

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-IV

*Health Sciences Research:
Nursing & Midwifery-IV*

**Editörler: Prof. Dr. Papatya Karakurt
Doç. Dr. Meryem Fırat**

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-IV

Editörler:

Prof. Dr. Papatya Karakurt

Doç. Dr. Meryem Fırat



Published by

Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

☎ +90.850 260 09 97

📞 +90.532 289 82 15

🌐 www.ozgurayinlari.com

✉ info@ozgurayinlari.com

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-IV

Health Sciences Research: Nursing & Midwifery-IV

Editörler: Prof. Dr. Papatya Karakurt • Doç. Dr. Meryem Fırat

Language: Turkish-English

Publication Date: 2023

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-975-447-845-7

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub385>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Karakurt, P. (ed), Fırat, M. (ed) (2023). *Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-IV*.

Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub385>. License: CC-BY-NC 4.0

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozgurayinlari.com/>



Ön Söz

Bu kitap; Toplumun her alanında sağlık hizmeti veren sağlık bakım profesyonellerinin kendi alanları ile ilgili sundukları ulusal ve uluslararası güncel yaklaşımları ele alan bir kitaptır. İnsanlığın varoluşundan beri değişen yaşamla birlikte, duyguları, değerleri, mesleki bilgi ve beceriyi içeren bakım hizmetini temel alarak, bireyin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik hizmetler sunan yazarların yazdığı bir kitaptır.

Bu kitabın içeriğinde farklı sağlık disiplinlerinin kendi alanlarına özgü kanıta dayalı uygulamaları, ulusal ve uluslararası çalışma sonuçları, kronik hastalıkların bakım yönetimi ve alana farklı bir bakış açısıyla getirdikleri çalışmalar yer almakta olup, lisans ve lisansüstü öğrencilerinin yanı sıra klinik/alan çalışanları ve akademisyenler yararlanacak.

“Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik ve Ebelik-IV” kitabının hazırlanmasında değerli fikir ve görüşleriyle emeği geçen tüm yazarlara teşekkür ederiz.

Papatya KARAKURT

Meryem FIRAT

Preface

This book; It is a book that deals with the current national and international approaches offered by health care professionals who provide health services in all areas of society, regarding their fields. It is a book written by authors who provide services to meet the health care needs of the individual, based on care services that include emotions, values, professional knowledge and skills, as life has changed since the existence of humanity.

The content of this book includes evidence-based practices of different health disciplines specific to their fields, national and international study results, care management of chronic diseases and studies they bring to the field from a different perspective, and will benefit undergraduate and graduate students, as well as clinical/field workers and academicians.

We would like to thank all the authors who contributed to the preparation of the book “Health Sciences Research: Nursing and Midwifery-IV” with their valuable ideas and opinions.

Papatya KARAKURT

Meryem FIRAT

İçindekiler

Ön Söz	iii
Preface	iv

Bölüm 1

Emzirme Davranışının Önüne Geçen Birtakım Kültürel Aktarımlar	1
<i>Ayla Güllü</i>	
<i>Nihal Aloğlu</i>	

Bölüm 2

İrritabl Bağırsak Hastalığı ve Yönetimi	11
<i>Demet Güneş</i>	
<i>Sebahat Atalukoğlu Başkan</i>	

Bölüm 3

Sağlık Alanındaki Eğitim Kurumlarında Okul/Örgüt Kültürü	23
<i>Deniz Ölmez</i>	
<i>Serap Torun</i>	

Bölüm 4

NANDA-I Nursing Diagnosis with Current Updates	39
<i>Elem Kocaçal</i>	
<i>Emre Barut</i>	

Bölüm 5

Anne Sütü ve Laktasyon	53
<i>Emine Kılıç Doğan</i>	
<i>Yasemin Yücel</i>	

Bölüm 6

Kültür, Din ve Coğrafi Bölgenin Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi	69
<i>Müge Seval</i>	
<i>Emine Uzuntarla Güney</i>	
<i>Tülay Kuzlu Ayyıldız</i>	

Bölüm 7

Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri ve Hemşirelik Bakımı	77
<i>Gamze Oğuz Erdem</i>	

Bölüm 8

Önyargılar ve Önyargılarla Başetme	131
<i>Gönül Akbulut</i>	
<i>Gülsüm Yetiş Koca</i>	
<i>Emine Aydınalp</i>	

Bölüm 9

Kuşburnunun Tıbbi Kullanımı ve Pullardaki Yeri	145
<i>Özüm Erkin</i>	

Bölüm 10

Hemşirelik Eğitiminde Etkileşimli Video Teknolojisinin Kullanımı	171
<i>Handan Eren</i>	

Bölüm 11

ALS Hastalığı Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu	183
<i>Sema Köse</i>	
<i>Münevver Yıldırım</i>	

Emzirme Davranışının Önüne Geçen Birtakım Kültürel Aktarımlar

Ayla Güllü¹

Nihal Aloğlu²

Özet

Ülkelerin en değerli unsurlarından biri hiç şüphesiz insan faktörüdür. Bu faktörün doğumdan itibaren fiziksel, zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmasında anne sütünün çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Mucizevi bir besin kaynağı olan anne sütüne doğumdan hemen sonra başlanması, yaşamın ilk 6 ayı boyunca tek besin ögesi olarak verilmesi ve daha sonra uygun olan ek gıdalarla desteklenerek iki yaşına kadar devam edilmesi Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu tarafından şiddetle tavsiye edilmektedir. Ancak bu doğrultuda hedeflenen sonuçlara henüz tam olarak ulaşamamıştır. Anne sütü vermemenin kanıtlanmış risklerine rağmen kadınların emzirmeye zamanında başlama ve emzirmeyi sürdürme oranları birçok ülkede nispeten düşük kalmaktadır. Bununla birlikte, emzirmeye yönelik davranış ve tutumlar ülkeden ülkeye ve ülkelerin kendi içinde değişkenlik göstermektedir. Emzirme davranışı çeşitli faktörlerden etkilendiği gibi kültürel aktarımdan ve yönelimden de etkilenmektedir. Mit; bilimsel temele dayanmayan geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücünün etkisiyle biçimlenen alegorik bir halk anlatımıdır. Farklı kültürlerde emzirmenin çeşitli sosyal ve sembolik ilişkilerin nesnesi ve konusu olduğu görülmektedir. Nitekim erken emzirme dönemindeki çoğu gıda uygulaması da bu mitlerin ve bilgilerin varlığıyla ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle emzirmeye başlama ve devam etme ile ilişkili davranışların altında yatan çeşitli inançları göz önünde bulundurmak emzirmenin etkinliğini artırmak için belirlenen müdahaleleri yönlendirmek açısından önemlidir. Bu çalışmada emzirme davranışlarına etki eden ve emzirmenin önüne geçen faktörler arasında yer alan kültürel inanç ve mitlerin önemine değinilmiştir.

- 1 Öğr.Gör.Dr., Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, aylgll@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1241-9370
- 2 Dr. Öğr.Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, nihaless@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0003-4162-2845

1. Giriş

Bir bebeğin gereksinimine göre özel olarak hazırlanmış en değerli besin anne sütüdür. Anne sütünün içeriğinin bebeğin içinde bulunduğu duruma göre değişkenlik göstermesi nedeniyle bir annenin kendi bebeğine verebileceği en mükemmel besindir. Anne sütü bebeğin doğum zamanına bakılmaksızın doğum anından itibaren bebeğin fizyolojisine göre içeriği değişen mucize bir besin kaynağı olmasının yanında, bebeğin daha sonra sağlıklı hayat yaşaması için obezite, tip I diyabet, virüs ve/veya bakteri kaynaklı enfeksiyonlardan da bebeği koruyan aynı zamanda bebek mortalite ve morbidite oranlarının düşmesinde önemli etkiye sahip olan bir faktördür (Centre for Disease Control and Prevention; Parker et al., 2019). Emzirme, bebeğin uygun gelişimi ve çocuk sağlığının teşviki için önerilen ilk beslenme uygulamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 'ne göre doğumdan sonra ilk saat içinde emzirmeye başlanmalıdır, doğumdan 6. aya kadar tek besin kaynağı anne sütü olmalıdır, daha sonra 2 yaşına kadar uygun ve sağlıklı bir şekilde sunulan diğer gıdalar takviye edilmelidir (World Health Organization). Anne sütünün besleyici ve immünolojik özelliklerinin yanında sindirimi kolaydır, ekonomiktir, zekâyı etkileyen bilişsel ve davranışsal gelişim üzerinde etkilidir ve anne ile bebek arasındaki sevgi-şefkat bağlarını güçlendirir. Emzirme eylemi anne için de son derece faydalıdır, annede anemiye önler, meme ve yumurtalık kanseri gelişme riskini azaltır. Kısacası emzirme, bebek ve annenin fiziksel, zihinsel ve ruhsal sağlığını geliştirmekle birlikte bebek ölümlerini en çok önleyen tek stratejidir (Balogun et al., 2016; Ferreira et al., 2018; Vandenplas, 1997; Zakar et al., 2018). Bu açılardan bakıldığında anne sütü birçok hastalığı önlemek ve sağlık hizmeti kullanım maliyetlerini azaltmakla kalmayıp toplumsal refah için gerekli olan sermayenin oluşturulmasında da son derece etkilidir. Ancak, istendik emzirme davranışı birçok ülkede uygulanamamakta, annenin bebeğini ilk kendi sütü ile beslemesi ve bebeğin gelişme sürecine entegre olarak anne sütü verme sürdürülebilirliği sağlanmış gibi durmamaktadır. Güçlü tavsiyelere rağmen anneler çeşitli nedenlerden dolayı emzirmemektedir (Brown et al., 2019; Pithia et al., 2021; Rahman and Akter, 2019; Wang et al., 2014). Annesinin sütü ile bebeğin arasına subliminal algılardan kültüre, sosyoekonomik unsurlardan mitlere kadar birçok etmenin girdiği söylenebilir.

2. Emzirme ve Kültür

Emzirme doğum sonrası doğal bir süreç olmanın yanında aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel etkilere bağlı olan biyo-kültürel bir süreçtir (Pesoa et al., 2018). Kadınlar için anneliğe geçiş yeni beceriler, sosyal ilişkilerde değişiklikler, kısıtlanma ve yorgunluk ile karakterize edilen yeni

bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu yeni role başarılı uyum kültürden, sosyal destekten, anne ve bebeğin özelliklerinden etkilenir (Hvatum and Glavin, 2017; McKerracher et al., 2020; Teixeira et al., 2011). Geçmişten bu yana emzirme, anne sütü, annelik ve kadın olmak farklı dönemlerde ve toplumlarda tartışıla gelmiştir. Antropolojik araştırmalar, emzirmenin yalnızca biyolojik olarak belirlenmiş içgüdüsel bir eylem olarak görülmediğini, kadının içinde bulunduğu tarihsel, sosyal ve kültürel bağlamdan (inançlar ve mitler) güçlü şekilde etkilenen karmaşık bir fenomen olduğunu göstermiştir. Bir mit, bilimsel açıdan kabul görmemesine rağmen toplum tarafından doğru olduğu kabul edilen ve genel nüfusa etki eden herhangi bir inanıştır. Emzirme eylemi nesiller boyu aktarılan mitler, inançlar ve değerlerle doludur. Bundan dolayıdır ki farklı kültürlerde bebek beslenmesi çeşitli sosyal ve sembolik ilişkilerin nesnesi ve konusu olmuştur. Bazı kültürlerde anne ile bebek arasındaki ilişkinin yakınlığı emzirmenin şekline göre tanımlanmıştır (Hvatum and Glavin, 2017; Mabilia,1996; Marques et al., 2011; Sámano et al., 2020; Teixeira et al., 2011). Diğer yandan paradoksal olarak emzirmenin önemi ve göreceli basitliği hakkındaki mesajlar, kadınların beklentileri ile gerçek emzirme deneyimleri arasında çatışma oluşturabilmektedir (Palmér, 2019). Doğum sonrası bedeninin eski haline dönme beklentisi ve sosyal alanda eski görüntüsüyle var olma eğilimi kadının kendi bedenini nesneleştirmesine neden olur. Nesneleřtirme teorisi, vücudun işlevinden ziyade nasıl göründüğüne vurgu yaparak bedeni dışarıdan bir bakış açısıyla değerlendirmektir. Bu vücut gözetimi süreci, kültürel çekicilik standartlarını karşılamadığı zaman vücut utancı duygularına yol açabilir. Bu da, emzirmeye yönelik olumsuz tutumları artırabilir (Gillen et al., 2021; Johnston-Robledo et al., 2007). Hamilelik ve emzirme dönemindeki çoğu gıda uygulaması da mitlerin ve bilgilerin varlığıyla ilişkilendirilmiştir (Guggino et al., 2016).

Emzirme davranışı açısından tarihi kültüre bakıldığı zaman, ilk sıralarda yer alan 2 model karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; kısıtlamasız emzirme modeli ve yanılıcı emzirme modelidir (Newton,1971). Bu emzirme modellerinden kısıtlamasız emzirme modeli, emmeyi kısıtlayan kurallar olmadan ilerler. Bebek her ağladığında veya huzursuzlandığında emzirilir. Genellikle annesiyle aynı yatakta ya da en azından aynı odada uyur böylece geceleri memeye kolayca erişebilir. Gündüzleri annesi tarafından ağlaması emme yoluyla kısa sürede susturulabilecek kadar yakınına taşınır (Mead and Newton, 1967). Yanılıcı emzirme modelinde ise, doğumdan itibaren süttten kesme tarihine kadar sosyal gelenekler tarafından emmenin ciddi bir şekilde kısıtlanması söz konusudur. Emzirme sayısını, besleme süresini, beslenmeler arasındaki süreyi ve anne-bebek temasını kısıtlayan kurallar vardır. Bebek ve anne genellikle farklı odalarda kalırlar. Anne ile bebeğin aynı yatakta yatması

tehlikeli kabul edilir. Bebeğe şeker, su, mama ve yarı katı gıdalar verilerek erken bir sürede bebeğin memeden uzaklaşması sağlanır (Newton,1971).

2.1. Emzirmeye Yönelik Kültürel Davranışların Çalışmalarla İncelenmesi

Bu bölümde emzirme davranışının kültürel aktarımdan ve kültürel bilgidен etkilenmesine yönelik yapılmış olan çalışmalar ortaya konulmuştur. Bu çalışmalarda farklı ülkelerde ve kültürlerde emzirme davranışları incelenmiştir. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra bebeklere verilecek ilk besin maddesinin anne sütü olması gerektiğinin bilindiği halde, uygulamada annelerin bebeğe emzirme öncesi sıklıkla su, bal, pastörize süt ve meyve suyu gibi gıdalar verdiği belirtilmiştir. Yeni doğan bebeği serinletmek ve nemlendirmek amaçlı dudaklarına su sürülmesi, bebeğin büyüdüğünde tatlı konuşabilmesi ve iyi huylu olması için bal verilmesi kültüre yönelik yapılan uygulamalar arasında yer almaktadır (Hackett et al., 2015). Tanzania'da yapılan bir çalışmada ise anne sütünün temel bir beslenme, enerji, canlılık ve güç kaynağı olarak algılandığı, bebeklerin doğumdan birkaç saat sonra emzirildiği, bebeğin, tarlada çalışırken bile gece gündüz annesinin yanında kaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada emzirme döneminde cinsel ilişkinin yasak olduğu ve emen bebeği süttен kesmeden tekrar hamile kalan annelerin utandırıldığı belirtilmiştir. Annenin sütü gelmiyorsa ve bebek ağlıyorsa bebeğe şekerli veya tuzlu kaynamış su verilir. Bu çalışmada eski zamanlarda doğumdan sonra anneye ve bebeğe bazı özel ilaçların karıştırıldığı yumuşak darı lapası verildiği de belirtilmiştir (Mabilia, 1996). Kamerun'da yapılan başka bir çalışmada emzirme uygulamalarını etkileyen en yaygın kültürel inancın emzirirken cinsellik yaşanamayacağı olduğu belirtilmiştir. Bazı durumlarda bu inanç, kadınların emzirmeyi erken bırakmasına neden olur (Reinsma et al., 2012). Kenya, Nairobi'de yapılan çalışmaya göre, anne sütü öncesi beslenme bebeğin doğal olarak aç doğduğu ve anne sütünün gelmesinden önce başka yiyeceklere ihtiyaç duyduğu inancıyla uygulanmaktadır. Kilolu doğan bebeklerin anne sütüyle doymayacağına inanılır. Bazı etnik gruplarda evlilik dışı ilişkilere giren bir annenin sütünün kirlendiğine inanılır. Annenin bebeğinin ölümüne yol açabilecek bu tür ilişkilere girerken emzirmeye devam etmesi 'kötü bir alâmet' veya 'lanet' olarak kabul edilir. Sonuç olarak bazı anneler bu tür ilişkilere girerlerse, temizlik ritüelleri yapılmadıkça emzirmeye devam edemezler. Bazı kadınlar toplum içinde nazar değdireceğine inanılan insanlar tarafından izlenebilecekleri için toplum içinde emzirmekten korkarlar. Toplumdaki genç anneler arasındaki diğer bir yaygın inanış, uzun süre emzirmenin fiziksel çekiciliğın azalmasına neden olacağıdır. Bazılarına göre de ne kadar

çok emzirirlerse, o kadar çok kilo verirler bu yüzden emzirmeyi bırakırlar (Wanjohi et al., 2016). Pakistan’da yapılan bir çalışmada ise bebeklere emzirme öncesinde tuzlu su, inek sütü, zenzem suyu, tereyağı, şekerli su ve kayısı yağı gibi yiyeceklerin verildiği belirtilmiştir (Khan et al., 2013). Zimbabwe’de yapılan başka bir çalışmada bazı anneler, bebek emmediğinde aç ve susuz olduğu için bebeğe su, yulaf lapası ve yoğurt verdiklerini belirtmiştir (Desai et al., 2014). Türklerdeki emzirmeye yönelik uygulamalara bakıldığında ise bazı annelerin sütünü üç ezan vakti geçtikten sonra verdikleri görülmektedir. Bu uygulamanın yapılmasıyla bebeklerin sabırlı olup, nefesine hâkim olacağı, “tok gönüllü olacağı” ve beklemeyi öğreneceğine inanılır. Diğer bir uygulama bebeğe ilk olarak şekerli su verilmesidir. Şekerli su uygulamanın nedeni bebeğin içini temizleyip ağrılarını dindirmesi ve dünyaya gelen çocuğun ağzı tatlı olsun dıyedir (Uçan, 2016). Bununla birlikte, annelerin sütlerinin yetersiz olduğuna dair algıları da genellikle yaygın olan mitlerle ilişkili olabilir. Bazı annelerin sütlerinin bebeklerine yaramadığı düşüncesi, bebeğin sürekli ağlamasının anne sütü yetersizliğine bağlanması, göğüsler dolgun değilse (yumuşaksa) ‘yeterince süt yoktur’ gibi inanışlar birçok annenin emzirmeyi erken bırakmasına ya da tam emzirmemesine neden olabilmektedir. Sonuç olarak, günümüzde batı toplumlarında kısıtlamasız emzirme modeliyle desteklenerek kadınların sosyal alanlarda emzirmesi yasal olsa da, Fransız kadınlarının emzirme işlevini çirkin bulması (Women Across Frontiers), toplum beslenmesinde yapay beslenme kültürünün hakim olduğu İrlanda’nın dünyada en düşük emzirme oranlarına sahip olması (Bishop et al., 2008), kültürel olarak emzirmeyi norm kabul eden Norveç’in Avrupa’da en yüksek emzirme oranlarına sahip ülke olarak belirtilmesi de kültürel faktörlerin bebek beslenmesi üzerindeki etkisine örnek olarak verilebilir.

3. Sonuç

Doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslemenin güçlü bir bağışıklığa ve optimal gelişime önemli ölçüde katkıda bulunacağına belirtilmesine, Dünya Sağlık Örgütü ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu’nun doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirmeye başlanmasını ve ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeyi şiddetle tavsiye etmesine rağmen emzirme konusunda hedeflenen davranışlara ulaşılamamaktadır. Bunun çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden birisi de kültürel uygulamalar olabilmektedir. Aileye yeni bir üyenin katılmasıyla mutluluk veren doğum sonu dönemde emzirmeye yönelik kültürel uygulamaların ve mitlerin yaygın olduğu görülmektedir. Anlaşıldığı gibi, çeşitli toplumlarda emzirmenin başlaması, emzirme süresi ve sıklığı hakkında karar vermede annelerin eylemlerini yönlendiren kültürel uygulamalar ve algılar mevcuttur.

Bir ülkenin beşeri sermayesini oluşturacak olan bebeklerle anne sütü arasındaki en büyük engellerden birisi, yine ülkenin kendi kültürel yapısı içinde bulunan mitler olabilmektedir. Dünya üzerindeki var olan kültürler, anne sütü ve emzirme konusunda kendi mitlerine sahiptirler. Önemli olan annelerin emzirme mitlerinden uzaklaşarak doğumdan hemen sonra bebeklerini istedik şekilde emzirmeye başlamalarıdır.

Emzirmeyle ilgili dünya kültürlerinin içinde günümüzde hala var olan mitlerin öncelikle ortaya çıkarılması ve kanıt dayalı uygulamaların emzirme konusundaki yerini alması gerekmektedir. Optimal emzirme uygulamaları ve beslenme sonuçlarının iyileştirilmesinde başarı şansını en üst düzeye çıkarmak için verilen mesajların bazı etnik ve kültürel gruplara göre uyarlanması gerekmektedir. Kültürel etkileri anlamak, bir davranış değişikliği uygulaması planlarken doğru bilgiyi sağlamak ve sağlıklı davranışa yönelik algılanan kısıtlamaları ortadan kaldırmak demektir. Kültürel uygulamalar ve sağlıklı uygulamalar arasında fikirlerin uyuşmaması ya da kuşaklar arası gerginliğe yol açmamak için de bir önceki kuşakta yer alan inanış ve davranışlar dikkate alınarak etkinliklerin planlanması doğru bir yaklaşım olacaktır. Bununla birlikte sağlık eğitimlerinde emzirme ile ilgili yanlış mitleri önlemede hedef kitle olarak özellikle doğum yapmamış ve emzirme deneyimi olmayan anne adaylarına öncelik verilmesi yanlış düzeltmeye çalışmak yerine doğruyu öğretmek açısından oldukça önemlidir. Erken dönemde toplumun sosyo-ekonomik sağlığı, ileri dönemde beşeri sermayenin gelişimini mitlerin varlığına bırakmamak önemli bir strateji olacaktır. Sonuç olarak toplumun kültür yapısının bebek beslenmesi üzerindeki etkisini kabul ederek yumuşak geçişlerle ve kültürel inanışlara duyarlı davranarak her doğan bebeğin hakkı olan anne sütünü alması konusunda etkili çalışmaların ve eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Balogun, O.O., O’Sullivan, E.J., McFadden, A., et al. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 11(11):CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
- Bishop, H., Cousins, W., Casson, K., & Moore, A. (2008). Culture and Caregivers: Factors Influencing Breastfeeding among Mothers in West Belfast, Northern Ireland. *Child Care in Practice.* 14(2):165-179. doi: 10.1080/13575270701868785
- Brown, S., Stuart-Butler, D., Leane, C. et al. (2019). Initiation and duration of breastfeeding of Aboriginal infants in South Australia. *Women Birth.* 32(3):e315-e322. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.009.
- Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Maternal Diet. Washington, DC, United States, 2020. Erişim: 15.10.2023 <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/diet-and-micronutrients/maternal-diet.html>
- Desai, A., Mbuya, M.N.N., Chigumira, A., et al. (2014). Traditional oral remedies and perceived breast milk insufficiency are major barriers to exclusive breastfeeding in rural Zimbabwe. *J Nutr.* 144(7):1113-9. doi: 10.3945/jn.113.188714.
- Ferreira, T.D.M., Piccioni, L.D., Queiroz, P.H.B., et al. (2018). Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study. *Einstein (Sao Paulo).* 16(4):eAO4293. doi: 10.31744/einstein_journal/2018AO4293.
- Gillen, M.M., Markey, C.H., Rosenbaum, D.L., & Dunaev, J.L. (2021). Breastfeeding, body image, and weight control behavior among postpartum women. *Body Image.* 38:201-209. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.04.006.
- Guggino, A., Barbero, S., Ponzio, V., et al. (2016). Myths about nutrition in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 36(7):964-965. doi: 10.3109/01443615.2016.1168372.
- Hackett, K.M., Mukta, U.S., Jalal, C.S.B., & Sellen, D.W. (2015). Knowledge, attitudes and perceptions on infant and young child nutrition and feeding among adolescent girls and young mothers in rural Bangladesh. *Matern Child Nutr.* 11(2):173-89. doi: 10.1111/mcn.12007.
- Hvatum, I., and Glavin, K. (2017). Mothers’ experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing.* 26(19-20): 3144–3155. doi:10.1111/jocn.13663
- Johnston-Robledo, I., Kristin Sheffield, B.A., Jacqueline Voigt, B.A., & Jennifer Wilcox-Constantine, B.A. (2007). Reproductive Shame: Self-Objectification and Young Women’s Attitudes Toward Their Reproductive Functioning. *Women & Health.* 46(1):25-39, doi: 10.1300/J013v46n01_0.

- Khan, G.N., Memon, Z.A., & Bhutta, Z.A.A. (2013). Cross sectional study of newborn care practices in Gilgit, Pakistan. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*.6:69–76 doi:10.3233/NPM-1364712
- Mabilia, M. (1996). Beliefs and practices in infant feeding among the Wagogo of Chigongwe (Dodoma rural district), Tanzania I. Breastfeeding. *Ecology of Food and Nutrition*. 35(3):195–207. doi:10.1080/03670244.1996.9991489
- Marques, E.S., Cotta, R.M.M., & Priore, S.E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(5):2461–2468. doi:10.1590/s1413-81232011000500015.
- McKerracher, L., Moffat, T., Barker, M., et al. (2020). Knowledge about the Developmental Origins of Health and Disease is independently associated with variation in diet quality during pregnancy. *Matern Child Nutr*. 16(2):e12891. doi: 10.1111/mcn.12891.
- Mead, M., and Newton, N. (1967). Cultural patterning in perinatal behavior. In: *Childbearing: its Social and Psychological Aspects*, edited by S. A. Richardson and A. F. Guttmacher. *Baltimore: Williams & Wilkins*. p. 142-144
- Newton, N. (1971). Psychologic differences between breast and bottle feeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 24(8): 993–1004. doi:10.1093/ajcn/24.8.993.
- Palmér, L. (2019). Previous breastfeeding difficulties: an existential breastfeeding trauma with two intertwined pathways for future breastfeeding—fear and longing. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 14(1): 1588034. doi: 10.1080/17482631.2019.1588034.
- Parker, M.G., Gupta, M., Melvin, P., et al. (2019). Racial and Ethnic Disparities in the Use of Mother’s Milk Feeding for Very Low Birth Weight Infants in Massachusetts. *J Pediatr*. 204:134-141.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.08.036.
- Pesoa, J.I., Vásquez, S.M., & Gajardob, K.A. (2018). Experiences, beliefs and attitude on donation of human milk in women of Arauco province. *Rev Chil Pediatr*. 89(5):592-599. doi: 10.4067/S0370-41062018005000504.
- Pithia, N., Dong, A., Grogan, T., et al. (2021). Race and Ethnicity and Exclusive Breastfeeding Success. *Breastfeed Med*.16(5):402-406. doi: 10.1089/bfm.2020.0333.
- Rahman, A., and Akter, F. (2019). Reasons for formula feeding among rural Bangladeshi mothers: A qualitative exploration. *PLOS ONE*. 14(2);e0211761. doi:10.1371/journal.pone.0211761.
- Reinsma, K., Bolima, N., Fonteh, F., et al. (2012). Incorporating cultural beliefs in promoting exclusive breastfeeding. *African Journal of Midwifery and Women’s Health*. 6(2):65-70. doi:10.12968/ajmw.2012.6.2.65.

- Sámamo, R., Lara-Cervantes, C., Martínez-Rojano, H., et al. (2020). Dietary Knowledge and Myths Vary by Age and Years of Schooling in Pregnant Mexico City Residents. *Nutrients*. 12(2):362. doi: 10.3390/nu12020362.
- Teixeira, M.A., Nitschke, R.G., & Silva, L.W. (2011). Breastfeeding in the daily family life -an intergenerational context: the influence of grandmothers. *Rev Kairós Gerontol*. 14(3):205-21.
- Uçan, S. (2016). Ebeveynlere Verilen Emzirme Eğitiminin Emzirme Sürecine, Kültürel Davranışlara ve Ebeveyn-Bebek Bağlanmasına Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Konya.
- Vandenplas, Y. (1997). Myths and facts about breastfeeding: does it prevent later atopic disease? *Acta Paediatrica*. 86(12):1283-1287. doi:10.1111/j.1651-2227.1997.tb14898.x.
- Wang, W., Lau, Y., Chow, A., & Chan, K.S. (2014). Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. *Midwifery*. 30(6):678-87. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.015.
- Wanjohi, M., Griffiths, P., Wekesah, F., et al. (2016). Sociocultural factors influencing breastfeeding practices in two slums in Nairobi, Kenya. *International Breastfeeding Journal*. 12(1). doi:10.1186/s13006-016-0092-7.
- Women Across Frontiers Administrator. The Stigma of Breastfeeding in France - Women Across Frontiers. Published October 13, 2016. Erişim: 16.09.2023. <https://wafmag.org/2016/10/stigma-breastfeeding-france/>
- World Health Organization. 'Global strategy for infant and young child feeding', 2003. Erişim: 15.09.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
- Zakar, R., Zakar, M.Z., Zaheer, L., & Fischer, F. (2018). Exploring parental perceptions and knowledge regarding breastfeeding practices in Rajanpur, Punjab Province, Pakistan. *International Breastfeeding Journal*. 13(1). doi:10.1186/s13006-018-0171-z.

İrritabl Bağırsak Hastalığı ve Yönetimi

Demet Güneş¹

Sebahat Atalıkoğlu Başkan²

Özet

İrritabl bağırsak sendromu, önemli bir sağlık bakımı yükü oluşturan, yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilen yaygın bir fonksiyonel bağırsak bozukluğudur ve en sık teşhis edilen gastrointestinal durumdur. İrritabl bağırsak sendromunun dünyada görülme sıklığının yaklaşık %11.2, Türkiye’de ise prevalansının %12.8 olduğu tahmin edilmektedir. Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ve birçok faktör rol oynamaktadır. En sık görülen semptomlar arasında karın ağrısı, zorlanma, miyalji, aciliyet hissi, şişkinlik yer almaktadır. Hastalık tanısı Roma IV kriterlerine göre konulmaktadır. Tedavisi farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerle yapılmaktadır. Hastalarda bakımın amacı, semptomları hafifletmek, komplikasyonları önlemek ve hastaların yaşam kalitesini yeniden sağlamaktır. İrritabl bağırsak sendromu olan hastalar için temel hemşirelik rolü, hastayı tanı ve tedavi rejimleri hakkında temel bilgilerle eğitmek ve hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini değerlendirerek bakımı sağlamaktır. Hemşireler hastalara diyet, hastalığın komplikasyonları, nedenleri, tedavide kullanılan ilaçlar ve olası yan etkileri gibi önemli konular hakkında bilgi vererek yönlendirme yapmalıdır.

1. İRRİTABL BAĞIRSAK HASTALIĞI TANIMI VE ÖNEMİ

İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS), bağırsak işlevinde değişiklik (sıklık ve/veya tutarlılık) ve karın ağrısı ile karakterize kronik bağırsak işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Camilleri, 2021). İBS, ülke ekonomisine önemli bir sağlık bakım yükü oluşturan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen,

- 1 Dr. Öğr. Üyesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye. E-mail: demetimm24@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4586-9768
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye. E-mail: atalikoglu_sebahat@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-3656-7186

yaygın bir fonksiyonel bağırsak bozukluğu olup en sık teşhis edilen gastrointestinal hastalıklar arasında yer almaktadır (Saha, 2014).

İBS değişen bağırsak alışkanlıklarının baskın düzenine bağlı olarak, Roma IV kriterlerine göre kabızlığın baskın olduğu İBS, ishalin baskın olduğu İBS, kabızlık ve diyarenin birlikte görüldüğü İBS ve sınıflandırılmamış İBS olmak üzere 4'e ayrılmıştır (Bonetto et al., 2021).

- Kabızlığın baskın olduğu İBS (sert veya topak topak dışkı \geq %25, gevşek veya sulu dışkı $<$ %25)
- İshalin baskın olduğu İBS (gevşek veya sulu dışkı \geq %25, sert veya topaklı dışkı $<$ %5),
- Karışık İBS (sert veya topaklı dışkı \geq %25, gevşek veya sulu dışkı \geq %25),

Sınıflandırılmamış İBS (yukarıdaki alt tipleri karşılamak için dışkı kıvamında yetersiz anormallik) (Ikechi et al., 2017).

2. EPİDEMİYOLOJİ

İBS'nin dünyada görülme sıklığı değişkenlik göstermekte olup küresel olarak yapılan bir meta analiz çalışmasında genel nüfusun yaklaşık %11.2'sini etkilediği tahmin edilmektedir (Lovell & Ford, 2012). Türkiye'de Roma III kriterleri kullanılarak yapılan bir çalışmada İBS prevalansının %12.8 olduğu belirlenmiştir (Özgen et al., 2017). İBS sıklıkla çocukluk döneminde ortaya çıkmakta ve en yüksek prevalansın erken yetişkinlik döneminde olduğu görülmektedir (Defrees & Bailey, 2017). Kadınlarda erkeklere göre 1.6 kat daha sık görülmekte olup prevalansı yaşla birlikte azalmakta ve coğrafi bölgelere göre değişiklik göstermektedir (Fukudo et al., 2021).

3. ETİYOLOJİ VE FİZYOPATOLOJİ

Etiyopatogenezi tam olarak anlaşılmamış olup motilite bozukluğu, visseral hipersensitivite, diyet, enfeksiyonlar, psikolojik faktörler, hormonal faktörler ve genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Black & Ford, 2020).

3.1. Beyin-bağırsak bozuklukları; İrritabl bağırsak sendromu geleneksel olarak diğer fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarla birlikte "beyin-bağırsak bozuklukları" olarak adlandırılan hastalığın bir parçası olarak düşünülmektedir. Merkezi sinir sistemi ile miyenterik pleksus arasındaki bağlantılar beyin-bağırsak eksenini oluşturmaktadır. Bu yol aracılığıyla duygular bağırsak hareketliliğini, mukozal sekresyonu ve bariyer fonksiyonunu etkileyebilmektedir. Aynı zamanda zihinsel fonksiyonlar da

gastrointestinal uyarılardan etkilenebilmektedir (Bonetto et al., 2021; Saha, 2014).

3.2. Bağırsak mikrobiyotasının rolü; İBS'nin patogenezi aynı zamanda bağırsağın bağışıklığını ve bütünlüğünü değiştiren, bağırsak-beyin eksenini ve bağırsak nöromüsküler kavşasını daha da modüle eden bağırsak mikrobiyotasındaki değişikliklerle de ilişkilidir. Homeostatik bağışıklık tepkilerinin uyarıldığı yer olan mukozal epitel, bariyerin bütünlüğünü sağlar ve mikropları yüzeye veya bağırsak lümenine sınırlayarak kommensal bakterilere karşı toleransı korumaktadır. Bu süreç, bakterilerin bağırsakta kararlı bir şekilde kolonileşmesine ve ortak işlevler gerçekleştirmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, bu bariyer istilacı inflamatuvar ajanlar, patojenler veya bağışıklık tepkisini şiddetlendiren diğer faktörler tarafından kırıldığında ciddi inflamasyon meydana gelmektedir. Bu inflamatuvar reaksiyon bağırsak mikrobiyotasının bileşimini etkilediği için bağırsak ortamını değiştirmektedir (Tang et al., 2021).

3.3. Visseral Aşırı Duyarlılık; Karın ağrısına neden olan ana mekanizmanın visseral aşırı duyarlılık olduğu belirtilmektedir. Gastrointestinal kanalın submukozal tunikasında ve düz kas lifleri arasında lokalize olan enterik sinir sisteminin primer afferent nöron terminalleri, sempatik ve parasempatik otonom sinir sistemi yoluyla uyarıları merkezi sinir sistemine (MSS) iletir. Talamus yoluyla gelen ağrı uyarılarını serebral korteksi uyarır ve iç organlardaki ağrının tanınmasına izin vermektedir. Hipotalamus yoluyla afferent uyarılar, düz kas liflerinin kasılmasını, bağırsak hareketliliğini, sekresyonunu değiştiren gastrointestinal sistemdeki enterositlerin salgılanmasını uyarır veya inhibe eden efferent nöral lifleri uyarılmaktadır (Karantanos et al., 2010).

3.4. Genetik Faktörler; TNF-SF15 geni olarak da bilinen Tümör Nekroz Faktörü (Ligand)-Süper Aile Üyesi 15'in chron hastalığı ve primer biliyer siroz ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu protein ekspresyon sonucu apoptozu indükleyen bir otokrin faktör olarak görev yapmakta ve endotelial hücre proliferasyonunu inhibe ederek inflamasyona neden olmaktadır. Bu immün aktivasyonun İBS'ye neden olduğu belirtilmektedir (Abdul Rani et al., 2016).

3.5. Gıda Toleransı; İBS hastalarında semptomlara neden olan en yaygın faktörlerden biri gıda intoleransıdır. Genellikle bu gıdalar arasında baklagiller, sebzeler, laktoz içeren gıdalar, yağlı gıdalar, sert çekirdekli meyveler ve yapay tatlandırıcılar yer almaktadır. Fermente edilebilir oligosakkaritler, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller içeren gıda çeşitleri ozmotik

ve fermantasyon etkilerinden dolayı İBS semptomlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Hadjivasilis et al., 2019).

3.6. Serotonin metabolizması; serotonin veya 5-HT, beyinde ve enterik sinir sisteminde (ENS) önemli bir nörotransmitterdir (Holtmann et al., 2016). Serotonin, bağırsak peristaltizmini uyarmak, salgı ve vazodilatör fonksiyonunu modüle etmek için ENS'nin enterokromafin hücrelerinden salınır. ENS'nin düzensizliği, sırasıyla ishal veya kabızlık olarak ortaya çıkabilen 5-HT salgısının artmasına veya azalmasına yol açmaktadır (Shaikh et al., 2023).

3.7. Stres; Psikolojik stres, İBS'nin gelişiminde önemli bir faktördür. Psikolojik stres bağırsak duyarlılığı, hareketliliği, salgılanması ve geçirgenliği üzerinde etkili olup altta yatan mekanizmanın, mukozal bağışıklık aktivasyonu, merkezi sinir sistemindeki değişiklikler, periferik nöronlar ve gastrointestinal mikrobiyota ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Nöro-endokrin-immün sistemde strese bağlı değişiklikler, bağırsak-beyin eksenini ve mikrobiyota-bağırsak-beyin eksenini üzerinde etki ederek İBS'de semptomların alevlenmesine neden olmaktadır (Qin et al., 2014).

3.8. Enfeksiyonlar; Hastalar bazen enfeksiyondan sonra İBS semptomlarından şikâyetçi olmaktadır. Bu genellikle enfeksiyon sonrası İBS olarak bilinmekte ve akut bakteriyel, viral veya protozoal gastroenterit sonrasında ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaklaşık %20'sinde İBS semptomları gelişmektedir. Risk faktörleri arasında uzun süreli enfeksiyon, uzun süreli ateş, genç yaş, depresyon ve anksiyete yer almaktadır. İBS'li hastalar genellikle kronik tekrarlayan bir hastalığa sahiptir ancak enfeksiyon sonrası İBS semptomlarında, enfeksiyondan sonraki 6-8 yıl içinde hastaların yarısında meydana gelen sorunlar çözümlenmektedir (Hadjivasilis et al., 2019).

4. TANILAMA

İBS'yi tanılamak için kullanılacak biyokimyasal veya anatomik anormallikler bulunmamaktadır. Hastalığın tanılanmasında fizik muayene, rektal tuşe, laboratuvar bulguları (tam kan sayımı, biyokimya testleri, tiroid fonksiyon testleri), gaita incelemeleri, kolonoskopi, simoidoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Çınar Pakyüz & Özbayır, 2014).

İBS'nin tanımı, Roma I kılavuzunun 1989'da yayınlanmasından sonra gelişmektedir. Mayıs 2016'da yayınlanan en son Roma IV kriterleri, İBS anlayışını "yapısal hastalığın yokluğundan" "gastrointestinal fonksiyon bozukluğuna" kaydırmaktadır. Roma IV tanı kriterleri, bağırsak-beyin etkileşimi bozuklukları kavramını, hareketlilik bozukluğu, iç organlarda

aşırı duyarlılık, değişen mukozal ve bağışıklık fonksiyonu, değişen bağırsak mikrobiyotası ve değişen merkezi sinir sistemi işleyişiyle ilişkili olduğu için genişletilmiştir (Ikechi et al., 2017). İBS uzmanlar tarafından Roma IV kriterleri kullanılarak tanılanmaktadır (Defrees & Bailey, 2017).

Roma III ve Roma IV Kriterlerine Göre İBS Tanımı (Defrees & Bailey, 2017)			
	Süre	Sıklık	Belirti
Roma III	Tanıdan en az 6 ay önce semptomların başlamasıyla birlikte ≥ 3 ay kalıcı semptomlar	Ayda ≥ 3 gün	Aşağıdaki kriterlerden 2 veya daha fazlasının eşlik ettiği tekrarlayan karın rahatsızlığı veya ağrısı: <ul style="list-style-type: none"> Dışkılama ile iyileşme Dışkı sıklığındaki değişikliklerle ilişkili başlangıç Dışkı şeklindeki değişikliklerle ilişkili başlangıç
Roma IV	Tanıdan en az 6 ay önce semptomların başlamasıyla birlikte ≥ 3 ay kalıcı semptomlar	Haftada ≥ 1 gün	Aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin eşlik ettiği tekrarlayan karın ağrısı: <ul style="list-style-type: none"> Dışkılama ile ilgili Dışkı sıklığındaki değişikliklerle ilişkili Dışkı şeklindeki değişikliklerle ilişkili

5. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

İBS, hem gastrointestinal hem de ekstraintestinal semptomların geniş bir yelpazesiyile ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında değişken yoğunlukta ve periyodik alevlenmelerle kronik karın ağrısı, değişen ishal ve kabızlık gibi bağırsak alışkanlıkları, sık sık küçük veya orta hacimli gevşek dışkılarla karakterize edilen ishal, normal bağırsak fonksiyonuyla birlikte uzun süreli kabızlık, genellikle sert, topak şeklinde dışkı ve rektum boş olsa bile tam boşaltılmama hissi gastrointestinal semptomlar arasında yer almaktadır (Ikechi et al., 2017). İBS'nin diğer gastrointestinal semptomları arasında boğazda bir yumru hissi (globus hissi), geğirme, reflü, disfaji, erken doyma, aralıklı dispepsi, bulantı, kalp dışı göğüs ağrısı, karın şişkinliği ve distansiyon bulunmaktadır (Wilkins et al., 2012). Ekstra-gastrointestinal semptomların en yaygın olanları ise uyuşukluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, idrarla ilişkili (noktüri, idrara çıkma aciliyeti, mesanenin tam olarak boşaltılamaması, disparoni) semptomlardır (Mosínska & Sałaga, 2017).

6. TEDAVİ YÖNETİMİ

Tedavinin amacı karın ağrısı, ishal, kabızlık veya şişkinlik gibi hastanın en sıkıntılı semptomlarının giderilmesini sağlamaktır (Black & Ford, 2020).

Karın ağrısı, ishal ve kabızlık için ilaçlar kullanılmaktadır. Loperamid gibi ishal önleyici ilaçlar genellikle gevşek dışkıların tedavisi için birinci basamakta reçete edilmekte fakat tedavinin etkili olmadığı durumlarda alosetron, ramosetron, rifaximin ve eluxadoline gibi ikinci basamak ilaçlar kullanılabilir. Polietilen glikol gibi ozmotik laksatifler ve sinameki gibi uyarıcı laksatifler genellikle İBS'de kabızlığın birinci basamak tedavisinde kullanılmaktadır. Linaklotid veya plekanatid gibi sekretagoglar, kabızlığın ikinci basamak tedavileri olarak geliştirilmiştir. Bu ilaçlar dışkıyı yumuşatır ve enterositlerin luminal yüzeyindeki iyon kanallarını aktive ederek bağırsak geçişini hızlandırır, iyonların ve suyun bağırsak lümenine hareket etmesine neden olmaktadır. Karın ağrısı başlangıçta hiyosin veya nane yağı gibi antispazmodiklerle tedavi edilir, ancak bu yaklaşım başarısız olursa amitriptilin gibi nöromodülatör ilaçlar kullanılmaktadır (Camilleri, 2021; Staudacher et al., 2023).

7. BAKIM YÖNETİMİ

İBS'de klinik, psikolojik, sosyal ve işle ilgili ortaya çıkan sorunları en aza indirmek için kapsamlı yönetim gereklidir. İBS yönetiminin temel hedefleri, remisyon süresini maksimuma çıkarmak, ilaç veya ameliyattan kaynaklanan ikincil etkileri minimuma indirmek, semptomları hafifletmek, komplikasyonları çözmek ve hastaların yaşam kalitesini yeniden sağlamaktır (Hernández-Sampelayo et al., 2010). Sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireler, hastaların semptomlarını şiddetlendirebilecek yaşam streslerini tanımlamalarına yardımcı olarak fiziksel aktiviteyi ve stres azaltma tekniklerini (derin nefes alma, rahatlama, yönlendirilmiş hayal gücü, danışmanlık, yoga ve meditasyon gibi) hastaların yaşamlarına dahil etmeleri önerebilir. İBS'nin genel semptomlarının yanı sıra İBS alt tipine göre semptomların tedavisine yönelik farmakolojik seçeneklere hâkim olan hemşireler, hastaların diyet ve ilaç değişiklikleri, yaşam stresi faktörleri ve destek ağları hakkında öyküsünü alarak ilaç türleri ve etki mekanizmaları konusunda hastaları bilgilendirmelidir (Weaver et al., 2017). İBS semptomlarının değerlendirildikten ve hastayla özelleştirilmiş bir tedavi planını oluşturduktan sonra hemşireler destek ve eğitim sağlamaya devam ederek hastaların tedaviye uyumunu teşvik etmelidir. Hastalara diyet değişiklikleri konusunda yardımcı olmak için bir diyetisyene yönlendirmelidir (Anastasi et al., 2013). Ayrıca farmakolojik olmayan seçeneklere ilişkin kanıta dayalı incelemeler konusunda güncel bilgileri takip ederek hastaların uygun müdahaleleri seçmeleri için tedavi alternatiflerini yönlendirmelerine yardımcı olmalıdır.

Kabızlığın baskın olduğu İBS'de hastalarda lif bakımından zengin gıdaların tüketimini artırmalı ve sıvı alımını teşvik edilmesi gerekmektedir.

Hacim artırıcı maddelerin (mısır lifi, kepek, psilyum, polikarbofil, ispaghula kabuğu ve metilselüloz) diyetle eklenmesi luminal suyu arttırarak dışkıya hacim kazandırır ve dışkı geçişini kolaylaştırmaktadır (Saha, 2014).

İBS semptomlarını tedavi etmek için kullanılan düşük FODMAP diyeti gastrointestinal semptomları azaltarak hastaların yaşam kalitesini ve bağırsak mikrobiyotasını olumlu yönde etkilemektedir. FODMAP'ler fermente olabilen oligosakkaritlerdir (buğday, çavdar, sarımsak ve galaktanlı soğan ve baklagiller ve hindiba çekirdekler) ve disakkaritler (süt ve süt ürünlerindeki laktoz), monosakkaritler (yapay tatlandırıcılardaki fruktoz) ve polioller (şeker) kısa zincirli karbonhidratlardır (Ünsal et al., 2020). Yapılan bir meta-analizde düşük FODMAP diyetine bağlı kalan hastaların, yaşam kalitesinde ve karın ağrısında iyileşme olduğu ve genel semptom şiddeti skorlarının azaldığı belirlenmiştir (Marsh et al., 2016).

Egzersiz fiziksel ve zihinsel sağlığın korunmasında önemli bir rolü bulunmaktadır. Gastrointestinal semptomlarla ilgili olarak, egzersiz gastrointestinal geçişi hızlandırmakta, şişkinliği olan hastalarda bağırsak gazlarının azalmasına etkili olmakta ve bağırsak-beyin ekseni yoluyla bağırsak mikrobiyal çeşitliliği arttırarak semptomları olumlu yönde etkilemektedir (Black & Ford, 2020; Saha, 2014). Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada İBS hastalarında 12 haftalık bir süre boyunca orta derecede artan fiziksel aktivite uygulamasının semptomları azalttığı belirtilmiştir (Johannesson et al., 2011).

İBS'nin patofizyolojisinde enterik sinir sistemi veya beyin-bağırsak ekseni rol oynadığı için zihin-beden müdahalelerinin semptomların hafifletilmesinde kullanılması önerilmektedir (Grundmann & Yoon, 2014). Merkezi nöromodülatörlere benzer şekilde, psikolojik tedaviler sadece ruh hali üzerinde merkezi etkiler yaratmakla kalmaz, aynı zamanda ağrı algısı, visseral aşırı duyarlılık ve gastrointestinal hareketlilik üzerinde de periferik etkiler gösterebilmektedir (Ford et al., 2020). Zihin-beden terapileri, öncelikle “zihnin fiziksel işleyişi etkilemek ve sağlığı geliştirmek için kullanılması amacıyla beyin, zihin, vücut ve davranış arasındaki etkileşimlere odaklanan” müdahaleler olup yoga, Tai-chi, meditasyon, hipnoterapi, derin nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri ve akupunktur gibi yöntemleri kapsamaktadır (Grundmann & Yoon, 2014). Yoganın İBS hastalarında etkisini değerlendirmek için yapılan bir sistematik derlemede İBS şiddeti, kaygı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli yararlı etkileri olduğu belirlenmiştir (Schumann et al., 2016). Yapılan bir meta-analizde, bilişsel davranışçı terapinin, bağırsağa yönelik hipnoterapinin, gevşeme terapisinin, çok bileşenli psikolojik terapinin ve dinamik psikoterapinin tamamının

kontrol müdahalesinden daha etkili olduğu belirtmiştir (Ford et al., 2019). İşhalin baskın olduğu İBS hastalarında yapılan bir sistematik incelemede akupunkturun, beyin-bağırsak peptidlerini düzenlemek, serebral bağlantı ve aktiviteyi değiştirmek, nöroendokrin fonksiyonları ve zihinsel durumu geliştirmek ve bağırsaklardaki inflamasyonu ve aşırı duyarlılığı azaltmak gibi patofizyoloji değişiklikleri üzerinde potansiyel etkisinin olduğu belirlenmiştir (Zhang et al., 2022).

8. SONUÇ

İBS klinikte en yaygın karşılaşılan, tekrarlayan karın ağrısı ve değişen dışkılama alışkanlıklarıyla seyreden, gastrointestinal bozukluklardan biri olup hastalığın tanısı Roma kriterleri kullanılarak semptomlar doğrultusunda konulmaktadır. İBS'nin bilinen bir tedavisi olmadığından mevcut tedavi, yaşam tarzı ve diyet değişikliklerinin yanı sıra farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler yoluyla semptomların yönetilmesine odaklanmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri semptomlarda yeterli iyileşme sağlanamadığında hastalar, baskın bağırsak alışkanlıklarına ve en belirgin semptomlara göre tedavi edilmelidir. Hemşirelerin tedavi süreci boyunca terapötik bir ilişki ile hastaların semptomlarının azaltılmasına ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli bir rolü bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Abdul Rani, R., Raja Ali, R. A., & Lee, Y. Y. (2016). Irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease overlap syndrome: pieces of the puzzle are falling into place. *Intestinal Research*, 14(4), 297. <https://doi.org/10.5217/ir.2016.14.4.297>
- Anastasi, J. K., Capili, B., & Chang, M. (2013). Managing Irritable Bowel Syndrome. *AJN, American Journal of Nursing*, 113(7), 42–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000431911.65473.35>
- Black, C. J., & Ford, A. C. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 17(8), 473–486. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0286-8>
- Bonetto, S., Fagoonee, S., Battaglia, E., Grassini, M., Saracco, G. M., & Pellicano, R. (2021). Recent advances in the treatment of irritable bowel syndrome. *Polish Archives of Internal Medicine*, 131(7–8), 709–715. <https://doi.org/10.20452/pamw.16067>
- Camilleri, M. (2021). Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: a review. *Jama*, 325(9), 865–877.
- Çınar Pakyüz, S., & Özbayır, T. (2014). Mide ve duodenum hastalıkları. In A. Karadokovan & F. Eti Aslan (Eds.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (5. Baskı, pp. 679–687). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Defrees, D. N., & Bailey, J. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(4), 655–671. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.009>
- Ford, A. C., Lacy, B. E., Harris, L. A., Quigley, E. M. M., & Moayyedi, P. (2019). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 114(1), 21–39. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0222-5>
- Ford, A. C., Sperber, A. D., Corsetti, M., & Camilleri, M. (2020). Irritable bowel syndrome. *The Lancet*, 396(10263), 1675–1688. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31548-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31548-8)
- Fukudo, S., Okumura, T., Inamori, M., Okuyama, Y., Kanazawa, M., Kamiya, T., Sato, K., Shiotani, A., Naito, Y., Fujikawa, Y., Hokari, R., Masaoka, T., Fujimoto, K., Kaneko, H., Torii, A., Matsueda, K., Miwa, H., Enomoto, N., Shimosegawa, T., & Koike, K. (2021). Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *Journal of Gastroenterology*, 56(3), 193–217. <https://doi.org/10.1007/s00535-020-01746-z>
- Grundmann, O., & Yoon, S. L. (2014). Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view. *World Journal*

- of *Gastroenterology*, 20(2), 346–362. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i2.346>
- Hadjivasilis, A., Tsioutis, C., Michalinos, A., Ntourakis, D., Christodoulou, D. K., & Agouridis, A. P. (2019). New insights into irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. *Annals of Gastroenterology*, 32(6), 554–564. <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0428>
- Hernández-Sampelayo, P., Seoane, M., Oltra, L., Marín, L., Torrejón, A., Vera, M. I., García, V., Lázaro, P., Parody, E., Blasco, A. J., & Casellas, F. (2010). Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: A synthesis of the evidence. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(6), 611–622. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2010.08.009>
- Holtmann, G. J., Ford, A. C., & Talley, N. J. (2016). Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 1, 133–146.
- Ikechi, R., Fischer, B., DeSipio, J., & Phadtare, S. (2017). Irritable Bowel Syndrome: Clinical Manifestations, Dietary Influences, and Management. *Healthcare*, 5(2), 21. <https://doi.org/10.3390/healthcare5020021>
- Johannesson, E., Simrén, M., Strid, H., Bajor, A., & Sadik, R. (2011). Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(5), 915–922. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.480>
- Karantanos, T., Markoutsaki, T., Gazouli, M., Anagnou, N. P., & Karamanolis, D. G. (2010). Current insights in to the pathophysiology of Irritable Bowel Syndrome. *Gut Pathogens*, 2(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1757-4749-2-3>
- Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10(7), 712-721.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>
- Marsh, A., Eslick, E. M., & Eslick, G. D. (2016). Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *European Journal of Nutrition*, 55(3), 897–906. <https://doi.org/10.1007/s00394-015-0922-1>
- Mosińska, P., & Sałaga, M. (2017). Clinical Features of Irritable Bowel Syndrome. In *Introduction to Gastrointestinal Diseases Vol. 1* (pp. 23–27). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49016-8_2
- Özgen, K., Şahin, E. M., Uludağ, A., Peker, E., Günay, Z., & Ertekin, Y. H. (2017). Birinci basamakta irritable barsak sendromu prevalansı. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 42(2), 216–216. <https://doi.org/10.17826/cutf.322847>

- Qin, H.-Y., Cheng, C.-W., Tang, X.-D., & Bian, Z.-X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(39), 14126–14131. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i39.14126>
- Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(22), 6759. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6759>
- Schumann, D., Anheyer, D., Lauche, R., Dobos, G., Langhorst, J., & Cramer, H. (2016). Effect of Yoga in the Therapy of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *14*(12), 1720–1731. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.04.026>
- Shaikh, S. D., Sun, N., Canakis, A., Park, W. Y., & Weber, H. C. (2023). Irritable Bowel Syndrome and the Gut Microbiome: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(7), 2558. <https://doi.org/10.3390/jcm12072558>
- Staudacher, H. M., Black, C. J., Teasdale, S. B., Mikocka-Walus, A., & Keefler, L. (2023). Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity — approach to multidisciplinary management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *20*(9), 582–596. <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00794-z>
- Tang, H.-Y., Jiang, A.-J., Wang, X.-Y., Wang, H., Guan, Y.-Y., Li, F., & Shen, G.-M. (2021). Uncovering the pathophysiology of irritable bowel syndrome by exploring the gut-brain axis: a narrative review. *Annals of Translational Medicine*, *9*(14), 1187–1187. <https://doi.org/10.21037/atm-21-2779>
- Ünsal, E. N., Akbulut, G., & Erdal, H. (2020). Different nutritional approaches in the treatment of irritable bowel syndrome. *Gulhane Medical Journal*, *62*(3), 139–144. <https://doi.org/10.4274/gulhane.galenos.2020.1091>
- Weaver, K. R., Melkus, G. D., & Henderson, W. A. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *AJN, American Journal of Nursing*, *117*(6), 48–55. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01>
- Wilkins, T., Pepitone, C., Alex, B., & Schade, R. R. (2012). Diagnosis and Management of IBS in Adult. *American Family Physician*, *86*(5), 419–426.
- Zhang, G., Zhang, T., Cao, Z., Tao, Z., Wan, T., Yao, M., Su, X., & Wei, W. (2022). Effects and Mechanisms of Acupuncture on Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Frontiers in Neuroscience*, *16*, 918701. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.918701>

Sağlık Alanındaki Eğitim Kurumlarında Okul/Örgüt Kültürü¹

Deniz Ölmez²

Serap Torun³

Özet

Örgüt; belirli hedefler için bir araya gelen, en az iki kişiden oluşan ve dış ortamla sürekli etkileşim içerisinde olan sosyal yapıları ifade etmekte olup bu yapıların gelişim dönemleri içerisinde oluşturularak kendilerinden sonraki nesillere taşıdığı tüm değerlerine de kültür denilmektedir. Tüm örgütlerin kendine has bir kültürü ve düzeni bulunmaktadır. Örgüt kültürü, üyelerinin davranışlarını belirleyen kurallar, alışkanlıklar ve inançlar toplamıdır.

Bilgi cemiyetinin önemli müesseselerinden biri olan okullar bilgiyi meydana getiren, aktaran ve yayan örgütlerdir. Her okulun kendine özgü bir kişiliği olup iklim de denilebilen bu olguya okul kültürü adı verilmektedir. Kurum personellerinin, öğrencilerin ve öğretmenlerin iletişim ve etkileşimleri okul kültürünün göstergesidir. Eğitim kurumlarında örgüt kültürü; modern, yenilikçi, üyelerine önem veren ve gelişimlerine yardımcı olan yapıda olmalıdır.

Bu kapsamda; sağlık alanında eğitim verilen okullarda örgüt kültürü ya da diğer bir ifade ile okul kültürü; nitelikli eğitim için değişim ve gelişim ihtiyaçlarının tespit edilmesinde, okul örgütünde yer alan üyelerinin tamamı için pozitif okul çevresinin oluşturulmasında ve mezunlar aracılığıyla sağlık örgütlerinde verimli görev sunumunda önemli bir rol oynamaktadır.

- 1 Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Serap TORUN'un danışmanlık yaptığı Deniz ÖLMEZ'in Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Okul Kültürü Algılarının İncelenmesi adlı yüksek lisans tez çalışmasından üretilmiştir.
- 2 MSc. Hemşire, Adana Seyhan İlçe Sağlık Müdürlüğü, denizolmez86@gmail.com, 0000-0002-3264-8472
- 3 Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, setorun@cu.edu.tr, 0000-0002-1651-2735

Giriş

Sosyal hayatımızın vazgeçilmez unsuru olan örgütler, amaçlarını gerçekleştirebilmek ve günümüz dünyasında verimli bir şekilde etkinliklerini devam ettirebilmek için örgüt kültürünü tanımlamak ve ihtiyaç duydukları insan faktörünü daha etkili olarak kullanabilecekleri bir yönetim biçimi geliştirmek durumundadırlar.

Bir eğitim örgütü olan okulların kültürü, vizyonundan ve değerlerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık eğitimcilerinin güçlü ve pozitif bir kültüre sahip olmanın önemini kavramaları gerekmektedir. Bu minvalde, sağlık alanında eğitim veren okul örgütlerindeki okul kültürünün tanımlanabilmesi için öncelikle örgüt, kültür, örgüt kültürü gibi kavramların tanımlanması ve içselleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

1. Örgüt Kavramı

Tüm toplumlar ihtiyaçlarını/isteklerini karşılamak, ilerlemek ve sorunlarını çözebilmek için sosyal oluşumlara gereksinim duymaktadırlar. Sorunlarının ve ihtiyaçlarının çeşitlerine göre amaçlarını gerçekleştiren bu sosyal yapılara örgüt denilmektedir. Örgütler toplumdaki bireylerin tutumunu belirleyici temel öğelerdir.

Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlüğü'nde örgüt “*ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik, teşekkül, teşkilat*” olarak tanımlanmaktadır. Örgüt sözcüğünün Fransızca karşılığı organizasyondur. Organizasyon sözcüğü, antik Yunan dilinde kullanılan “organon” kelimesinden türetilmiş olup araç, alet veya uzuv manasına gelmektedir. Buradan yola çıkılarak organizasyonların yani örgütlerin, amaçları gerçekleştirme yolunda icra edilmesi gereken fiillere destek vermek için oluşturulan teknik, sosyal ve ekonomik vasıtalar olduğu söylenilebilmektedir.

Günümüzde insanlar maddi-manevi, istek-ihyaçlarını karşılayabilmek amacıyla zamanlarının çoğunu örgütlerde geçirmektedir. Bireylerdeki bu kişisel arzu ve gereksinimler örgütün genel hedeflerini oluşturmaktadır.

Örgütlerde en önemli öğe ortak hedeflerin varlığı olup diğer önemli öğeler; örgüt üyelerinin sahip oldukları rollerin ve gerçekleştirecekleri görevlerin tayin edilmesi, bu görevlerin hiyerarşiye uygun şekilde bölüştürülmesi, görevlerin ve iş dağılımlarının eşgüdümlü olması için karar verme, problem çözme gibi bazı prosesler ve tatbik edilmesi gereken politikalarıdır.

Örgütlerin en bilindik ortak özellikleri şu şekildedir:

- Tüm örgütlerde belirli hedefler bulunmakta olup bu hedefler doğrultusunda etkinlik gösterilmektedir.
- Örgüt üyelerinin ferdi ve zihni çabaları koordinelidir.
- Örgüt öğeleri amaçlara göre biçimlenip yapılandırılmaktadır.
- Her örgütün belirli bir işleyişi bulunmaktadır.
- Örgütler belirli vasıftaki kişilerden oluşmaktadır.
- Fiziki, beşeri ve mali olarak örgütsel kaynaklar kullanılmaktadır.

Örgütün faaliyetlerinin neticesinin, çevrenin istek ve ihtiyaçlarının karşılaması beklenmektedir eğer örgüt dış çevrenin taleplerini karşılayamaz ise ya da dış çevre taleplerine yönelik olmayan bir şekilde kendini değiştirir ise örgütün güçsüzleşeceği düşünülmektedir. Bu nedenle, örgüt güçlü olmak ve hedeflerini etkili bir biçimde icra edebilmek istiyorsa çevredeki değişimleri incelemeli, talep ve gereksinimler doğrultusunda analiz ile kendisini yenilemelidir.

2. Kültür Kavramı

Kültür; toplum bireylerinin yaşarken ve toplu olarak yaşamalarından doğan problemlerini çözüme kavuştururken öğrendiği ve toplumun yeni üyelerine aktardığı beceri, kabiliyet, deneyim, alışkanlık, yordam, gelenek-görenek, inanç ve değerlerin tamamına denilmektedir. TDK Güncel Türkçe Sözlüğüne göre kültür *toplumların tarihsel gelişimleri boyunca yaratarak nesilden nesile aktardıkları maddi ve manevi değerler ile insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin* olarak tanımlanmaktadır.

Kültür, kişilere yapmakla mükellef olduğu hususları hatırlatarak ne şekilde davranmaları gerektiği konusunda sezi kazandırıp yol göstermektedir. İnsan tutumlarına biçim ve düzen getiren bir öge olarak kültürün özellikleri açıklanmalı ve öneminin bilinmesi gerekmektedir.

Kültür, kalıtım yolu ile aktarılamaz bu sebeple, insanlar herhangi bir kültüre sahip olarak doğmazlar. Öğrenme süreci evde aile ile başlamakta akabinde okul, iş yaşamı ve toplumda sosyalleşme süreci ile devam etmektedir. Kültürün oluşumu ve gelişimi için, bireylerin birlikte zaman geçirmeleri gerekmektedir.

Her toplumun ihtiyaçlarının, yapısının ve sorunlarının birbirinden farklı olması sebebiyle kültürlerinin de farklı olması beklenmektedir. Toplumdan topluma farklılık gösteren kültürün ortak özellikleri ise şu şekildedir:

- Kültür, öğrenilmiş davranışların tamamıdır.
- Kültür, tarihi ve daimidir.
- Kültür şartlara göre değişebilmektedir.
- Kültür işlevseldir.
- Kültür sembollere dayanmaktadır.

2.1. Kültürün Örgütteki Yeri

Örgüt üyelerinin kendilerine özgü inanç ve değer yargıları bulunmaktadır. Kişiler belli durumlarda kendilerine özgü davranışlar göstermektedirler. Sosyal oluşumlara dahil olan bireyler beraberlerinde kendi kültürlerini ve değerlerini de örgüte katarak örgütsel kültürü şekillendirmektedirler.

Örgütün çalışma biçimini ve etkinliklerinin neticesini etkileyen kültür; örgüt içerisinde gelenek-göreneklerin meydana gelmesini sağlayan, kişinin diğer kişilerle olan münasebetini biçimlendiren, belirli bir toplulukça oluşturulmuş inanç, değer gibi unsurların tamamını içermektedir denilebilir.

Kültür, bir örgütün kendi dışındaki diğer örgütlerden ayrımını ortaya çıkarmakta ve örgüt bireylerinde bir nitelik oluşturmaktadır. Kişilerin şahsi amaçlarından ziyade ortak bir amaca bağlanmalarını sağlayıp toplumsal düzenin dengesini güçlü duruma getirmektedir.

Kültür, örgütteki bireylerin müşterek bir süreç takip etmesine yardımcı bulunan müşterek bir düşünce stilini içermektedir. Bu müşterek inançlar ve değerler gözle görünmemekle birlikte etkili örgüt ile etkili olmayan örgüt arasındaki ayrımı belirgin bir şekilde ortaya çıkarmaktadır.

Neredeyse tüm örgütler, hedeflerine ulaşabilmek için üyelerinin desteğini ve aktif katılımını istemektedir. Üyelerinin örgüt ortamına uyum sağlaması, örgütün etkin ve etkili olabilmesi için şarttır. Örgütte uzun zaman içerisinde meydana gelen kültürel özelliklerin bireylerce hemen kabul edilmesi, örgüt ve örgüt yöneticilerinin beklentilerine olumlu katkı sağlamaktadır. Bireylerin içinden geldiği kültürün, yer alacağı örgütün kültürüyle aynı nitelikte olması uyum problemlerini azaltmaktadır. Bu sebeple, örgüt kültürü kurulurken kültüre uyum sağlayabilmenin üyelerden alınacak verime katkı sağlayacağı göz ardı edilmemelidir.

3. Örgüt Kültürü Kavramı

Zamanın getirdiği gelişmelerden dolayı örgütler geleneksellikten ayrılıp alternatif yöntem arayışlarına girmişler bu da örgüt kültürünün doğmasına ve yaygınlaşmasına vesile olmuştur.

Örgüt kültürünün öneminin 20. yüzyılda anlaşılmaya başladığı görülmektedir. Kaynaklara göre, 1930 yılında liderlikle örgüt iklimi arasındaki bağı inceleyip örgüt kavramı üzerinde ilk kez Lewin Lipit White çalışmıştır. Yine kaynaklara göre, örgüt kültürü tanımı ilk kez Pettigrew'in "Örgütsel Kültürler Üzerinde Çalışırken" adlı makalesi ile 1979'da yapılmıştır.

Örgüt kültürü, bir toplum tarafından paylaşılan mitleri, adetleri, dilleri, sembolleri, kuralları, inançları, değerleri açıklamaktadır. Bu sayılan hususlar örgütlerde bir nitelik oluşturmaktadır. Tüm üyelerde bulunması ve üyelerinin uyması gerekli olan bu nitelik örgüt kültürü olarak açıklanmaktadır.

Örgüt kültürüne dair birçok tanım bulunmakla birlikte tüm tanımlamalarda *örgüt üyeleri arasında paylaşılan ortak değerler* ifadesi dikkati üzerine çekmektedir. Örgütteki bireylerin paylaşımları sayesinde örgütün değerleri, tutumları, davranışları, duyguları, olguları ve ilkeleri kendiliğinden oluşmaktadır.

Ortak hedef/hedefler için bir araya gelen bir örgütün kültürünün güçlü olmasını sağlayan faktörlerden biri de örgüt üyelerinin örgütün kural, inanç, fenomen ve davranışlarını içselleştirmeleri ve örgüt amaçlarını kendi amaçları gibi kabullenmeleridir. Bu da devamlılık, gelişim ve verimlilik için çok önemli görülmektedir. Örgüt kültürü güçlü olan yapılar zayıf olanlara göre amaçlarına daha kolayca ulaşabilmektedir.

3.1. Örgüt Kültürünün Unsurları

Düğüler (Normlar): Kültür, normatif (kural koyucu) bir sistemdir. Düğüler; üyelerinin davranışlarını doğrudan etkileyen şifahi beklentiler olup gerçekleştirilmesi zorunlu olan davranış kalıplarıdır ve örgüt bireylerinin davranışlarında istem dışı olarak görülmektedir. Üyenin örgüt içerisindeki herhangi bir tutumunun kabul görüp görmediğine bakılarak örgütün içindeki düğüler veya diğer adıyla normlar hakkında fikir elde edilebilmektedir. Düğüler ödül-ceza metodu ile korunmakta olup üyelerin kural dışı tutumları cezalandırılmaktadır. Örgüt içinde faaliyet biçimi, giyim tarzı, üstlerle konuşma tarzı gibi adetler birer norm örneğidir.

Değerler: Değerler, örgütteki başarı ve ölçüyü açıklayarak örgüt üyelerinin faaliyetlerini biçimlendiren, değerlendiren ve muhakeme eden kavramlar ile inançlara denilmektedir. Örgüt üyelerinin neyi önemseydiğini gösteren değerler, inançlar doğrultusunda şekillenmekte olup aslında örgüt içindeki bir durumun diğerlerine göre tercih edilmesi şeklinde de ifade edilebilmektedir. Bir örgütün kültürel düzenini tam olarak ifade edebilmek ve öğrenebilmek için yapının en alt kademesinde yer alan ortak değerlerinin farkına varılması gereklidir. Bireylerin faaliyetlerinden, diğer bireyleri değerlendirmede ve

muhakeme etmede kullandıkları fenomenlerden oluşan değerler; uygun duruş biçimlerini sergilemektedir. Normatif olgular ve paylaşılan ortak değerler, örgüt üyelerinin müşterek bir hedefte ve davranışta iş görebilmesi için elzemdir. Örgütün değerleri, üyelerince paylaşılarak tekrarlandıkça örgütün verimliliği ve muvaffakiyeti artma eğilimi göstermektedir.

İnançlar: Doğru bulunan düşüncelere denilmektedir. Bireylerin olayları ve etrafındaki diğer bireylerin tutumlarını anlamlandırması neticesinde ortaya çıkmaktadır. İnançlar, geçmiş zamanda ve şu anda doğrunun ne şekilde olduğu/olması gerektiği konusunda kişinin düşüncelerinden meydana gelmektedir.

Varsayımlar (Sayıtlar): Sayıtlar, herkesçe teyit edilen ya da herkesçe bilinen doğrular olarak kabul edilen inançlar veya genellemelere denilmektedir. Varsayımlar, belirli bir dönem içerisinde kuşkuya yer bırakmayacak şekilde kabul edilen veya sistemin örgüte taşıdığı temel prensiplerdir. Varsayımların kişiler arasındaki bağa tesir edebilmesi için uzun süreli etkileşimin ve birikimin olması gerekmektedir.

Semboller: Semboller, bir kültürde özel anlam taşıyan kelimeler ve objelere denilmektedir. Örgüt içerisinde yönlendirici görevlere sahip olan semboller, belli değerleri anlatıp belli çağrışımlar yaparak hislerin anımsanmasına ve fikirlerin tekrar meydana gelmesine ortam hazırlamakta, böylece örgüt kültürünü kavrama sürecine katkı sağlamaktadır. Örgüt içerisinde bulunan fikirlerin, hislerin ve paylaşılan değerlerin transferinde görevli olan sembolere; logolar, flamalar, desenler, sloganlar, şarkılar, ünvanlar, giysiler örnek olarak gösterilebilir. Güçlü bir sembol, belli bir durumda en etkili kanıt olarak gösterilebilmektedir. Bununla birlikte, örgüt içindeki semboller örgütün değişim yaşayıp yaşamadığı hakkında da bilgi vermektedir.

Tutumlar: Tutum, kişilerin tecrübelerinden sonra belli durumlara mukabil olarak geliştirdikleri tavır olarak açıklanabilmektedir. Kişilerin herhangi bir duruma dair tavırları bilinirse tutumları önceden tahmin edilebilir ve kişi denetlenebilir olmaktadır.

Dil: Dil bir sembolleştirme sürecidir ve sembolik şifrelerin özünü oluşturmaktadır. Bir iletişim vasıtası olan dil ile şahsi ve içtimai değerler kuşaktan kuşağa aktarılabilir. Örgüt dili, kültürü besleyerek örgüt üyelerini birarada tutmayı sağlamaktadır. Hastanelerde daha çok tıbbi terimler kullanılırken, avukatlık bürolarında hukuk terimleri kullanılmaktadır. Bu terimler, özüksendikten sonra örgüt kültürü veya bir alt kültürde kişilerin ortak paydası olmaktadır. Yani, her örgütün faaliyet alanı dahilinde bir dili vardır. Üstelik, bazı örgütlerin alt kümelerinin diğerlerinden farklı

dilleri de bulunabilmektedir. Örnek olarak bir hastane içerisinde farklı bölümlerde kullanılan dil birbirlerinden farklı olabilir. Örgüt içerisinde devamlı tekrarlanan bu simgeler örgüt kültürünün önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Dil ile alakalı örgüt içerisinde kullanılan diğer bir unsur sloganlardır. Sloganlar, genellikle örgüt yönetimince belirlenerek örgüt kültürünün oturtulmasında etkili yollardan birisi olarak görülmektedir.

Artifaktlar: Örgüt bireylerinin yaptığı, kendilerinin duyabileceği ve/veya görebileceği somut unsurlar olarak açıklanan artifaktlar örnek olarak hikayeler, törenler, resmi belgeler, fiziki ortamın mimarisi, büro düzeni, teknolojik ürünler, dil gibi örgütün fiziksel ve sosyal ortamına ilişkin öğeleri içermektedir.

Hikayeler ve Mitler: Örgüt yapısının, örgütsel değer ve inançlarının üyelerince daha iyi kavranmasını sağlamak amacıyla örgüte ilişkin gerçek yaşanmış hadiselerin şifahi olarak anlatılmasına denilmektedir. Bu hikayeler, gerçekliğe yabancılaşarak bazı değişimlere uğradıysa efsane veya mit denilmektedir. Hikayeler güçlü bir tavsiye özelliği taşımakta olup bu nedenle örgüt değerlerinin öğretilmesinde önemli bir öğedir. Örgüt üyelerince paylaşılan hikaye ve efsaneler, örgüt içi bağlanmayı arttırmakta, kültürün korunmasını ve sürdürülebilirliğini kolaylaştırmakta, örgüt kahramanlarını ve örgüt sembollerini canlı tutmaya katkı sağlamaktadır.

3.2. Örgüt Kültürünün Sınıflandırılması

Örgüt kültürü sınıflandırmasında birçok model bulunmakta olup burada sadece iki tanesine yer verilerek konu hakkında bilgilendirme yapılması amaçlanmıştır.

- **Harrison Modeli Sınıflandırma**

Kaynaklara göre, Harrison'un 1972 yılında örgüt ideolojisi olarak yapmış olduğu sınıflandırmanın, bu konuda yapılmış olan ilk çalışma olduğu söylenilmektedir.

Harrisona göre örgütler aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır.

- **Güç eğilimli örgütler:** Bu kültürde ast-üst ilişkisi yer almaktadır. Üstlerin, astları üzerinde egemenliği vardır. Üniter bir yapı olup merkezden uzaklaştıkça yetki ve güç azalmaktadır.

- **Rol eğilimli örgütler:** Genellikle bürokrasi olarak anılmakta olup bu kültürlerde yazılı kaideler, yetki tanımlamaları ve iletişim öğeleri gibi nitelikler yer almaktadır. Rol ya da görev tanımlamaları örgüt üyelerinden daha öncelikli görülmektedir. Bireysel gücün hoş görülmediği bu kültürde,

ana gücü hiyerarşik güç meydana getirmektedir. Çevre durağan oldukça bu tip kültürün başarısını devam ettirmesi beklenmektedir. Bu kültür tipi özellikle resmi müessese ve tesislerde bulunmaktadır.

- **Görev eğilimli örgütler:** Bu tip kültürde, işin/projenin/hedefin tamamlanması ön planda olup takım çalışmasına ihtimam gösterilmektedir. İş paylaşımı esnasında ve ekip oluşturma sürecinde pozisyonun çok yeterlilik önemlidir çünkü görev eğilimli örgütlerde iktidarın ve faaliyetin kaynağı iktisastır. Esas olarak, otokontrole dayanmaktadır; serbest ve entegre olabilen yapılarda daha çok karşılaşılmaktadır.

- **Birey eğilimli örgütler:** Bu tip kültürün merkezinde her daim kişi bulunmaktadır. Örgütün kurulma amacı, bireylerin gereksinimlerinin karşılanması ve bireylere yardımcı olunmasıdır. Danışmanlık şirketleri, avukatlık ofisleri, sivil toplum kuruluşları gibi örgütler bu örgüt sınıflandırmasına örnek olarak verilebilir. Bu kültür tipinin genellikle uzmanlarca tercih edildiği bilinmektedir. Diğer üç kültürde üyeler örgüt için çalışırken bu kültürde diğerlerinden farklı olarak örgütün üyelere çalıştığı görülmektedir.

- **Hofstede Modeli Sınıflandırma**

Hofstede milli kültürün örgütler açısından neticelerini incelemiş ve çalışmasından elde ettiği sonuçları dört başlıkta toplamıştır. Bunlar;

- **Güç Mesafesi:** Kişiler arasında iktidarın ne şekilde dağıldığını, nasıl idrak edildiğini konuyla ilgili kişilerin düşünme, sezme ve davranışsal eğilimlerini ihtiva etmektedir. Kültürlerin iktidar aralığı tespit edilirken bireyler arasındaki eşitliğe verilen ehemmiyet, bireylerin kabullendikleri hayat biçimi ve gelir seviyesindeki ayrışmalar ayrıca idarecilerin veya liderlerin kullandığı iktidar kaynağının özelliği, ayrışmaları, karar alma ve katılım gibi öğeler göz önünde bulundurulmaktadır.

- **Belirsizlikten Kaçınma:** Bu başlıkta toplulukların belirsizliğe gösterdikleri tolerans düzeyleri incelenmektedir. Belirsizlikten kaçınma yöneliminin düzeyine göre topluluklar sınıflandırılmıştır. Risk alabilme düzeyiyle belirsizlikten kaçınma yönelimi arasında sıkı bir bağlantı vardır. Yönelimi yüksek kültürler, riskten kaçan örgütler oluşturma yöneliminde iken; yönelimi düşük kültürler daha kolay risk alabilen ve değişik düşüncelere açık örgütler oluşturma yönelimindedir.

- **Bireycilik Çoğulculuk:** Toplumun bu bilinci içinde yaşayan hakim değerlerin şahsi veya içtimai değerler olarak anlaşılmasıyla alakalıdır. Bazı topluluklarda ferdiyetçiliği önde tutan değer ve inançlar baskın iken bazı

topluluklarda plüralizmi önde tutan değer ve inançların baskın olduğu görülmektedir.

- **Eril Dişil Özellikler:** Bu özellikte; incelik, duyarlı olma, sevecenlik, merhamet gibi dişil özellikler ya da hırs, rekabet, söz geçirebilme, bağımsızlık gibi eril özelliklere göre parametreler tayin edilmektedir. Örnek olarak; dişil öğelerin daha fazla olduğu uluslarda işin yarattığı ruhsal gerilim az ve yüksek maaşla çalışan kadınlar erkeklerden daha fazla iken eril seviyesi fazla uluslarda işin yarattığı ruhsal gerilim yüksek ve yüksek maaşla çalışan erkekler kadınlardan daha fazladır.

4. Okul Kültürü Kavramı

Her örgüt, görev alanı ve amaçlarına göre özellikler göstermektedir. Bilgi cemiyetinin önemli müesseselerinden biri olan okullar bilgiyi meydana getiren, aktaran ve yayan örgütlerdir. Toplumdaki öteki örgütlerle mukayese edildiğinde okul örgütünün en önemli niteliği girdisinin ve çıktısının insan olmasıdır.

Tüm okulların kendine has duyguları ve kişilikleri vardır ve bunlar okul örgütünün üyelerinin birbirleriyle olan konuşmalarında görülmektedir. İşte, okulun tarihi sürecinde kendiliğinden oluşabilen ya da örgüt üyelerinin etkisiyle gelişebilen; üyelerinin davranışlarına biçim veren inançlar, değerler, gelenekler, normlar, semboller, ritüeller, törenlerin bütünü okul kültürü olarak tarif edilmektedir. Etkili okul kültürünün, üyelerinin başarısını arttırma, okul ve yönetime karşı güven oluşmasını sağlama, çatışmaları engelleme, bağlılık duygusunu arttırma gibi birçok faydası vardır.

Örgüt kültürü için gerekli hususlar okul kültürü içinde geçerli olmakla beraber okulun kültürü, bilimsel gelişmelere ve yeniliklere açık, kişilere kıymet veren ve kişilerin amaçlarını gerçekleştirmede onlara destek olan bir yapıda olmalıdır.

Devlet okullarına yönelik yapılan bir araştırmanın sonucunda, okulların dört ayrı kültür tipine sahip olduğu belirtilmektedir.

Bunlar:

1. **Aile Kültürü:** Bu kültür tipinde okul müdürü baba, arkadaş ya da koç görevini üstlenmekte olup diğer kişiler ailenin bir üyesi olmayı arzulamaktadır. Aile tipi okullar, içten olması ile birlikte çoğunlukla işbirlikçi ve koruyucudur.

2. **Makine Kültürü:** Bu kültürün yer aldığı okullarda okul bir makine gibi düşünülmektedir. Okulun sosyal yapısı oldukça katıdır.

3. Kabare Kültürü: Okulu kabare ya da sirk olarak gören bu kültürde okul müdürü cambaz olarak görülmektedir.

4. Korku Kültürü: Bu kültürde olan okullar, cezaevi gibi görülmektedir. Okul idaresinin işi her şeyin nizamda olmasını sağlamaktır. Öğretmen tutumunda baskı ve denetim hâkimdir. Sosyal faaliyetler az miktardadır. Bu kültürde oldukça soğuk ve düşmanca bir yaklaşım söz konusudur.

4.1 Okul Kültürünün Oluşturulması ve Etkili Okul Kültürü

Okul üyelerinin tecrübeleri ve birbirleri ile etkileşimleri zaman içerisinde okula has bir kültürün oluşmasına vesile olmaktadır. Okul kültürü, okulun prestijini, üyelerinin tutumlarını ve performansını etkileyen bir öğedir. Güçlü gelenekleri, törenleri, ritüelleri ve sembolleri bulunan ve içten idrak edilen bir okul kültürü, öğrenci başarısı ve güdülenmesi ile beraber öğretmenlerin performans ve doyumlarına pozitif yönde tesir etmektedir.

Okulun yaşı, tarihsel gelişimi, hedefleri, sosyo-ekonomik ve coğrafi ortamı, öğrencilerinin sosyo-ekonomik seviyeleri, alanının genişliği, idarecileri gibi bir çok unsur okul kültürünü etkilemektedir.

Okul kültürü zaman içerisinde meydana gelmektedir. Yeni açılan bir okulda kuvvetli bir okul kültürünün varlığından bahsedilememektedir. Okulun tarihi, aynı zamanda kültürünü de besleyen bir kaynaktır. Okul içerisinde yer alan deneyimli öğretmenler ve çalışanlar, okulun tarihinde yer alan bazı olayların aktarılmasında ve yeni üyelerin sosyalleşmesinde önemli rol almaktadırlar. Okul personellerinin uzun süreli beraberliği, okul içerisinde alt kültürlerin meydana gelmesine neden olabilmektedir. Bu alt kültürlerle beraber okul içinde bazen karşı kültürler de oluşabilmektedir.

Okul kültürünün oluşturulması ve güçlendirilmesi için önerilen faaliyetlerden birkaçı şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Okula özgü bir sembol geliştirilmelidir.
- Okula özgü bir marş, şarkı ya da slogan oluşturulmalıdır.
- Okul öykülerinin bir sonraki üyelere aktarılması sağlanmalıdır.
- Okulun tarihine ait bilgiler içeren yazılı kaynaklar oluşturulmalıdır.
- Okuldaki ilişkileri ve etkileşimi ve ortam üzerindeki tesiri kuvvetlendirmek için piknik, parti, doğum günleri, yemek gibi özel günler gerçekleştirilmelidir.
- Okulun tüm üyelerinin bu sürece destek olması sağlanmalıdır.

- Okul kültürünün çağa ayak uydurabilmesi adına var olan yapı ıslah edilemeli, ve geliştirilmelidir.
- Üyelerden dönütler alınmalı, alınan dönütler çerçevesinde uygun olan değişiklikler yapılmalı, bu değişiklikler ayrıca öğrenciler ile paylaşarak okulun öğrenci merkezli olduğu belirtilmelidir. Ancak değişiklikler birden değil her bir aşama detaylıca incelenerek uygulanmalıdır.
- Gereken durumlarda aynı eğitimi vermekte olan yurtiçi ve yurtdışı okulların uygulamaları tetkik edilmelidir.
- Öğretim elemanlarına mesleki gelişimlerine fayda sağlayacak toplantılara katılım sağlaması yönünde destek verilmeli, ayrıca öğretim elemanları ve diğer okul çalışanlarına dönemsel olarak hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Etkili olan ve olmayan okulların kültürlerine dair yapılan araştırmaların neticesinde; bariz farklılıklar tespit edilmiştir. Etkili ve başarılı okullarda, okul örgütünün üyeleri arasında ortak kültürel değerlerin var olduğu bu durumu temsilen rol modellerinin yer aldığı, temel değerlerin vurgulanmakta olduğu, anlamlı tören ve seremonilerin gerçekleştirildiği ve üyelerin tutumlarına şekil veren yüksek verimliliği ve başarıyı, maneviyat ve güdülenmeyi sağlayan diğer güçlü kültürel unsurlara yer verilmekte olduğu tespit edilmiştir.

Etkili ve olumlu bir okul kültürünün, okula bağlılığı artırma, okula ve idareye karşı güven sağlama, çatışmaları engelleme, öğretmen ile öğrencilerin davranış ve beklentilerini biçimlendirerek okulun performansını artırma gibi birçok faydası vardır. Olumlu okul kültürü okul örgütü içerisindeki üyelerin; kural ve ölçüleri kavrayarak başarılı olmaları için destek vermektedir. Bununla birlikte olumlu okul kültüründe, öğretmenler idare ile ahenk içerisinde çalışmakta ve verimliliğin artmasına yardımcı olmaktadır.

Olumlu kültür oluşturmanın metodu, açık iletişimle mümkün olup bu güdüleyici iklimin oluşturulmasında örgütün yöneticisine de önemli görevler düşmektedir. Okul yöneticisinin bu görevleri icra edebilmesi için öncelikle kültür unsurları konusunda donanımlı olması gerekmektedir. Daha sonra görev aldığı okulu bu kültür unsurları açısından analiz ederek, doğru bir şekilde tanımlayabilmelidir. Kısacası; okul yöneticisi, okulda üst düzey yönetimin temsilcisi ve kural uygulayıcısı olmaktan ziyade okulda temel değerlerin oluşturulmasında, geliştirilmesinde kılavuzluk yapan bir lider olmalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak; okul kültürü, okulun tarihi süreci içerisinde kendiliğinden oluşabilen ya da örgüt üyelerinin etkisiyle gelişebilen bir kavram olup üyelerinin davranışlarına biçim veren tüm unsurları ifade etmektedir. Okul kültürü bir çok unsurdan etkilenmekte ise de okul kültürünün vizyonu ve değerleri çerçevesinde oluşturulması ve geliştirilmesi sürecinde deneyimli üyelere ve okul yöneticisine bazı önemli görevler düşmektedir.

Tüm örgütlerde olduğu gibi okul örgütleri de görev alanı ve amaçlarına göre farklı özellikler gösterebilmekte olup sağlık eğitimi verilen okullarda da olumlu okul çevresinin oluşturulmasında ve mezunlar aracılığıyla sağlık örgütlerinde verimli görev sunumunun sağlanmasında etkili okul kültürünün önemli işlevi bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Terzi AR. *Örgüt Kültürü*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000.
2. Özyaman HG. *Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yardımcı Personelinin Algulamalarına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 2010.
3. Çelik V. *Okul Kültürü ve Yönetimi*. 3. Baskı, Ankara: Pegem A Yayınları, 2002.
4. Bursalıoğlu Z. *Eğitim yönetiminde teori ve uygulama*. Ankara: Pegem A Yayıncılık 1991.
5. İpek C. *Resmî Liselerle Özel Liselerde Örgütsel Kültür ve Öğretmen-Öğrenci İlişkisi*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 1999; 5(3): 411-442.
6. İtl N. *İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Okul Kültürü Alguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 2007.
7. Kantek F. *Hemşirelik Yüksekokulları için Örgütsel Kültür Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2005.
8. Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi:01.04.2020
9. Genç N. *Yönetim ve Organizasyon*. 2. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınları, 2005.
10. Şişman M. *Örgüt Kültürü (Eskişehir İl Merkezindeki İlkokullarda Bir Araştırma)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994; 732: 39.
11. Demir N. *Hastanelerde Örgüt Kültürü ve Hastane Yöneticilerinin Örgüt Kültürü Oluşturmadaki Yeterlilik Derecesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2005.
12. Başaran İE. *Yönetime Giriş*. Ankara: A. Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, 1984.
13. Ören K, Erdem B, Kaplan M. *Örgütsel Kültürün İşgücü Verimliliğine Etkisi*. Kamu-İş Dergisi, 2005; 8(2): 1-21.
14. Tutar H. *Örgütsel İletişim*. 1. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2003. 52
15. Tanyeri EE. *Özel Sektörde Yöneticilerin Örgüt İklimine Etkisi*. Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2000.
16. Türk Dil Kurumu Erişim Tarihi:17.03.2020
17. Doğan B. *Örgüt Kültürü*. 1. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2012.
18. Ergin M. *Türkiye'yi Bugüne Getiren Tarihi Seyir*, Ankara: 1986.
19. Dinçer Ö. *Stratejik Yönetim İşletme Politikası*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 1998.
20. Erdoğan İ. *İşletmelerde Davranış*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayını, 1983.
21. Şahal E. *Akademik Örgütlerde Örgüt Kültürü ve İş Tatmini Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 2005.

22. Unutkan Ataman G. *İşletme Yönetimi (Temel Kavramlar ve Yeni Yaklaşımlar)*. İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2001.
23. Şişman M. *Örgütler ve Kültürler*. Ankara: Pegem Yayıncılık, 2002.
24. Robbins SP. *Örgütsel Davranışın Temelleri*. Eskişehir: Etam, 1994.
25. Saruhan ŞC, Yıldız ML. *Çağdaş Yönetim Bilimi*. 2. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2013.
26. Hofstede G, Neuijen B, Ohayv DD, Sanders G. *Measuring Organizational Cultures A qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases*. Administrative Science Quarterly, 1990; 35(2): 286- 316.
27. Cook CW, Hunsaker PL, Coffey RE. *Management and Organizational Behavior*. Second Edition, USA: Irwin McGraw-Hill, 1997: 112-113.
28. Vural BA. *Kurum Kültürü ve Örgütsel İletişim*. 1. Basım, İstanbul: İletişim Yayınları, 1998: 40.
29. Özalp İ, Şahin M, Koparal C, Berberoğlu G, Ceylan R. *Yönetim ve Organizasyon*, 1. Baskı, Eskişehir: T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2003.
30. Bakan İ, Büyükbeşe T. *Kurum Kültürü*. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu, 2006: 36-37.
31. Sığırı Ü, Gürbüz S. *Örgütsel Davranış*. 2. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2014: 596.
32. Taş A. *Örgüt Kültürü*. Eskişehir : Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994.
33. Louis KS, Kruse SD. *Kruse Professionalism and Community: Perspectives on Reforming Urban Schools*, A Sage Publications Company Thousands Oaks, California, 1995.
34. Köse S, Tetik S, Ercan C. *Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler*. Yönetim ve Ekonomi, 2001; 7(1): 219-242.
35. Erdem R. *Örgüt Kültürü Tipleri İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İBBF Dergisi, 2007; 2(2): 63- 79.
36. Tevrüz S. *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*. Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 1997: 91.
37. Erdem F. *İşletme kültürü*. Fredrich-Naumann Vakfı Yayınları, Ankara, 1996: 38.
38. Wilkins AL. *The Culture Audit: A Tool For Understanding Organizations*. Organizational Dynamics, 1983; 12 : 24-38.
39. Balcı İ, Büyükbeşe T, Bedestenci HÇ. *Örgüt Sırlarının Çözümünde Örgüt Kültürü: Teorik ve Ampirik Yaklaşım*. İstanbul: Aktüel Yayınları, 2004: 52.
40. James J. *Gelecek Zamanda Düşünmek*. (Çev. Z.Dicleli). İstanbul: Boyner Yayıncılık, 1997.
41. Eroğlu F. *Davranış Bilimleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 1996.

42. Greenberg J, Baron RA. *Behavior in Organizations*. Seventh Edition, New Jersey: Prentice Hall, 2000.
43. Baykal ÜT, Türkmen EE. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, İstanbul: Akademi Basın, 2014: 679- 696.
44. Yılmaz A, Eroğlu C. *Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış*. 4. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2013.
45. Sökmen A. *Örgütsel Davranış*. Ankara: Detay Yayıncılık, 2013.
46. Ünsal S, Tıghı M. *Hofstede'nin Belirsizlikten Kaçınma Kültürel Boyutunun Yönetimsel Örgütsel Süreçlere ve Pazarlama Açısından Tüketici Davranışlarına Etkisi*. Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2006; 21(1): 330.
47. Altay H. *Güç Mesafesi, Erkeklik- Dişilik ve Belirsizlikten Kaçınma Özellikleri ile Başarı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2004; 9(1): 305-306.
48. Çetin ÖM. *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2004. 49. Gümüşeli AG. *Okul Kültürü ve Liderlik*. *artı@eğitim Dergisi*, 2006; 8: 14.
50. Stolp S, Smith SC. *Cultural Leadership, School Leadership: Handbook for Excellence*. Third Edition, (Edited by Smith, C. H. & Piele, P. K.). University of Oregon, USA, 1997: 157-178.
51. Şimşek Y. *Okul Müdürlerinin İletişim Becerileri ile Okul Kültürü Arasındaki İlişki: Eskişehir İli Örneği*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2003.
52. Bursalıoğlu Z. *Okul Yönetiminde Yeni Yapı ve Davranış*. 12. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2002.
53. Lunenburg FC, Ornstein AC. *Educational administration: Concepts and practices*. 5th ed, Belmont, CA: Wadsworth, 1991.
54. Balcı A. *Etkili Okul, Okul Geliştirme: Kuram Uygulama ve Araştırma*. Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2002.
55. Erdem F, İşbaşı JÖ. *Eğitim Kurumlarında Örgüt Kültürü ve Öğrenci Alt Kültürünün Algulamaları*. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 2001; 1: 33-57.
56. Özdemir A. *Okul Kültürünün Oluşturulması ve Çevreye Tanıtılmasında Okul Müdürlerinden Beklenen ve Onlarda Gözlenen Davranışlar*. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2006; 4(4): 411-433.
57. Şişman M, Turan S. *Eğitim ve Okul Yönetimi*. Eğitim ve Okul Yöneticiliği El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2004.
58. Balcı A, Özden Y. *Eğitim ve Okul Yöneticiliği: El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2004.
59. Ayaç T. *Eğitim ve Yönetimde Yeni Yaklaşımlar-Kurum İmajı*. *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi*, 2002; 3(31): 24-25

60. Eyüpoğlu Ö. *Okul Kültürünün Oluşturulmasında Öğretmenlerin Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2006.
61. Atay K. *Öğretmen Yönetici ve Denetmenlerin Bakış Açısından Okul Kültürü ve Öğretmenlerin Verimliliğine Etkisi*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2001; 7(26): 179-194.
62. Braham, BJ. *Öğrenen Organizasyon Yaratmak*. İstanbul: Rota yayınları, 1998.
63. Açıkgöz K. *Eğitimde Etkili Yönetici Davranışları*. İzmir: Kan yılmaz Matbaası, 1994.
64. Ölmez D. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Okul Kültürü Algularının İncelenmesi* Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2020.
65. Uzuntarla Y. *Sağlık Hizmetleri Eğitimi Veren Kurumlarda Okul Kültürü: GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2012.

NANDA-I Nursing Diagnosis with Current Updates

Elem Kocaçal¹

Emre Barut²

Abstract

Today, nursing classification systems have a key role in creating a common language among nurses all over the world. Nursing diagnosis, which is one of the classification systems and the first step of the nursing process, provides a basis for the selection of nursing interventions necessary to achieve results that are within the authority and competence of the nurse. Successful resolution of the individual's problem depends on the correct determination of the nursing diagnosis. Successful resolution of the individual's problem depends on the correct determination of the nursing diagnosis. The North American Nursing Diagnosis Association, now NANDA International (NANDA-I), began a formal effort to classify nursing diagnoses in 1973. NANDA-I continues to meet biennially to review proposed new nursing diagnoses and to examine the use of nursing diagnoses in research, education, and clinical practice. NANDA-I has also published Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023, the complete list of nursing diagnoses, definitions, and defining characteristics. Today, NANDA-I members continue to work to make regular updates on the ANA and International Council of Nursing classification systems. Creating a care plan based on carefully selected nursing diagnoses and their use in conjunction with the critical pathway will enable us to provide our patients with collaborative, high-quality care that includes a strong nursing component. In this context, it is very important to follow the updates in NANDA-I nursing diagnoses.

1 İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir/Türkiye
ORCID ID: 0000-0001-8771-5786 elem.kocacal@hotmail.com

2 İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, İzmir/Türkiye, ORCID ID: 0009-0002-7449-101X
emre.barut3535@icloud.com

1. Introduction

The use of a common language in nursing care based on a model with an individualized and holistic approach is extremely important in managing care, determining and documenting the quality of care. The most effective method in the use of middle language in nursing is classification systems. With classification systems, it can be easier to classify and name patient problems, appropriate nursing interventions for these problems, and the contributions of interventions to patient outcomes.

1.1. Nursing Process

The nursing process provides the framework for providing the best care and providing the best care, a critical thought process in professional nursing practice. The nursing process is parallel to scientific problem-solving steps. The components of the nursing process consist of identification-situation evaluation, making a nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation where the goal and expected outcome criteria (patient results) are determined (Ackley et al., 2017; Hardiker et al., 2019; Makic et al., 2022).

1.2. Nursing Diagnosis

It is the second stage of the nursing process and in this stage, the nurse brings together the information in the patient's history and makes an assessment of the patient's health status. An appropriate nursing diagnosis can only be made after thoroughly analyzing information by combining clues, scanning, organizing and clustering information. This process called clinical reasoning; It is a cognitive process in which formal or informal thought strategies are used to collect and analyze patient data, evaluate the importance of these data, and identify alternative practices.

Nursing diagnosis provides a basis for the selection of nursing interventions necessary to achieve results that are within the nurse's authority and competence. Successful resolution of the individual's problem depends on the correct determination of the nursing diagnosis. For example, does the nurse have the authority to intervene in a diagnosis of "pneumonia" or "hypertension"? The nursing officer is not responsible for both the diagnosis and treatment of pneumonia. However, nurses are responsible for describing the individual's physiological, social, psychological and spiritual reactions to pneumonia and how they are affected by the situation; It is responsible for facilitating the individual's adaptation to the situation (Ellis et al., 2000; Maas & Delaney, 2004).

Nursing diagnosis and medical diagnoses can often be confused. However, medical diagnoses diagnose trauma or disease. A medical pathology (hypertension...), diagnostic studies (e.g. bronchoscopy), equipment e.g. Medical diagnoses can be used in cases such as NG tube, urinary catheter), signs and symptoms, treatments (e.g. cortisone treatment, decubitus care), surgical procedures (e.g. tracheostomy). However, nursing diagnosis appears as a stimulus that activates nursing action. For example; “Deterioration in skin integrity due to tissue irritation secondary to nasogastric tube insertion is an example of a nursing diagnosis.

Nursing diagnosis is created in various ways based on data collected about the patient. For example; Let’s assume that a patient whose diet and metabolic status are being evaluated cannot eat due to nausea due to medication. In such a patient, it would be appropriate to make a nursing diagnosis of “change in nutrition: malnutrition” in the field of nutrition and metabolic status. Nursing diagnoses are formulated by analyzing and interpreting data (Maas & Delaney, 2004; Muller-Staub et al., 2006).

1.2.1. History of Nursing Process and Nursing Diagnoses

Classification in nursing started with Florence Nightingale in 1857. During her services during the Crimean War, Nightingale identified nursing-related problems such as nutritional deficiencies, risk of infection, and delayed recovery. And he gave great importance to observation, which is one of the diagnostic methods. The nursing process which was developed by Ida Jean Orlando in 1958. Virginia Fry, an important nurse leader, talked about the concept of nursing diagnosis as a first step of the nursing process in the 1950s (Di Giulio, 1992; Rabelo-Silva et al., 2021; Somantri et al., 2021).

When the nursing process was first defined, it only included the steps of data collection, planning, implementation and evaluation. In addition, in the last 30 years, some important developments have contributed to the addition of the “diagnosis” step, which is a different part of the nursing process. In the Nursing Practice Standards of the American Nurses Association (ANA) (1973), nursing diagnosis is defined as; “A separate and identifiable action performed by a licensed practical nurse. A group of nurse educators, theorists, and clinicians initially identified 37 nursing diagnoses. In 1991, the ANA published revised clinical practice standards that listed nursing diagnoses as a distinct step of the nursing process. Each state has approved in its nursing practice act the diagnoses listed as part of the nurse’s legal responsibility.

The North American Nursing Diagnosis Association, now NANDA International (NANDA-I), began a formal effort to classify nursing diagnoses in 1973. NANDA-I continues to meet biennially to review proposed new nursing diagnoses and to examine the use of nursing diagnoses in research, education, and clinical practice. NANDA-I has also published *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*, the complete list of nursing diagnoses, definitions, and defining characteristics. Today, NANDA-I members continue their work to make periodic updates on the ANA and International Council of Nursing classification systems (Paans et al., 2010; Ackley, 2019; De Groot et al., 2019).

1.2.2. Types of Nursing Diagnoses

Holistic evaluation of the patient is the most fundamental element in making the appropriate nursing diagnosis. For example; If during the evaluation of the patient, imbalance and balance disorder are encountered in the patient's gait and the patient verbally expresses such as "I am afraid of falling while going down the stairs", but there is no history of falling before, we can diagnose such a patient as falling risk (Tastan et al., 2014; Harrington, 2019; Rabelo-Silva et al. 2021).

1.2.2.1. Actual Diagnosis

This diagnosis, also called problem-focused nursing diagnosis, is a clinical judgment about an undesirable human response to a health condition or health process that occurs in the individual, family, or society. Associated factors are an integral part of all problem-focused diagnoses. These are etiologies, conditions, factors, or influences that are associated with nursing diagnoses. For example, excessive weight; Excessive food intake in connection with metabolic requirements, food intake being concentrated at the end of the day, and weight being 20% more than the skeleton and height. An actual nursing diagnosis describes a clinical decision that the nurse validates due to the presence of major defining features. These are the problems encountered in the patient during the nurse's assessment of the situation. Pain, distortion of body image, excessive nutrition, and hyperthermia are other examples of existing nursing diagnoses (Muller-Staub et al., 2006; Ackley, et al., 2019).

1.2.2.2. Risk Diagnosis

A risk nursing diagnosis is a clinical judgment regarding the vulnerability of an individual, family, or community to develop undesirable reactions to life processes or health conditions. Risk diagnosis is supported by the presence of risk factors that increase the individual, family, or community's vulnerability

to an unhealthy condition. In other words, risk nursing diagnoses are a clinical decision about whether an individual, family, or community is more likely to develop problems than others in the same or similar situation. Risk nursing diagnoses are used to express problems that may arise if precautions are not taken. In summary, the problem in risk nursing diagnoses has not yet emerged. It is supported by the presence of risk factors that increase the vulnerability of the individual, family or community to an unhealthy situation. Risk of obesity, risk of deterioration in skin integrity due to immobility due to hip fracture, risk of trauma, risk of deterioration in skin integrity, etc. (Bahrudin et al., 2019; Doenges et al., 2022).

1.2.2.3. Well-Being Diagnosis

It defines the reaction of the individual/family/society who is in a good state and ready to strengthen this state of well-being, increasing their willingness to reach the level of well-being. In other words; It is a clinical judgment regarding motivation and desire to increase well-being and activate human health potential. It can also be expressed as readiness to improve a specific health behavior or health condition. The health promotion response can occur in the individual, family, group or community. Promoting health is different from preventing problems. Health promotion focuses on being as healthy as possible, as opposed to preventing a disease or problem. The difference between promoting health and preventing disease is that health behavior must always be positive. With a health promotion diagnosis, outcomes and interventions should focus on further improving health. Readiness to become stronger in nutrition and readiness to become stronger in parenting are examples of well-being diagnoses (Ackley, et al., 2019; Doenges et al., 2022).

1.2.2.4. Syndrome Diagnosis

Syndrome diagnoses occur by clustering and combining other diagnoses. A syndrome diagnosis includes a group of current or at-risk nursing diagnoses that are predicted to occur due to a specific situation or event. When you look at the literature, it can be seen that this type of diagnosis is not used much in the educational or clinical field. It is thought that this situation is due to the lack of knowledge about nursing diagnoses and syndrome diagnosis type in this field. Rape trauma syndrome is an example of one of the syndrome diagnoses (Muller-Staub et al., 2006; Ackley, et al., 2019; Herdman et al., 2021).

1.2.3. Nursing Diagnosis - Medical Diagnosis

1.2.3.1. Collaborative Diagnosis

Collaborative diagnoses are problems that the nurse cannot solve alone. It requires collaboration with other members of the team to solve the problem. Change in urinary excretion, functional incontinence, and decubus ulcers are examples of this type of diagnosis.

Nursing diagnoses require an independent nursing approach. Collaborative diagnoses, on the other hand, require a semi-dependent nursing approach because they require other members of the team. Multidisciplinary approach is the most fundamental element for common diagnoses (Ackley, et al., 2019; Herdman et al., 2021).

1.2.4. Formulating Nursing Diagnostic Statements

After collecting patient data, symptoms of reaction to existing or potential health problems should be identified from the data obtained and the appropriate nursing diagnosis should be selected in line with clinical interpretation skills. In this context; relevant symptoms are highlighted or underlined (descriptive features). Is this normal when reviewing cookies? Is this a desired situation? Is this a problem for the patient? The questions are verified with the patient. Symptoms are listed, similar symptoms are classified, symptoms are analyzed (what do these symptoms mean?, do the symptoms make sense when put together?). In the analysis of symptoms, subjective and objective symptoms need to be interpreted. In the final stage of the formulation, the nursing diagnosis in the appropriate NANDA-I taxonomy II field is selected from the list (Doenges et al., 2022; Ardila Suárez et al., 2023).

1.2.4.1. Related Factors

They are relevant factors that show some stereotypical associations with nursing diagnosis. These; These are the elements that relate to, contribute to, or direct the situation before the situation. There may be causal or contributing factors such as pathophysiological and psychological changes, developmental period, and cultural or environmental conditions. Etiology is another expression used for related conditions. Although it is not a medical diagnosis, it is not a problem that a nurse can treat independently without a physician's request. To give an example of related situations; The etiology for decreased activity tolerance may be the imbalance between oxygen requirement and supply (Moser et al., 2018; Bağrıaçık & Bostanoğlu, 2022).

1.2.4.2. *Defining Characteristics*

Symptoms, signs and findings of individuals constitute defining characteristics. Descriptive features are, in a sense, evidence that leads the nurse to a nursing diagnosis. Therefore, collecting data in a systematic, holistic and comprehensive manner ensures both accurate identification of descriptive features and accurate and complete nursing diagnoses. Findings such as bad taste in the mouth, bleeding, rusty tongue, faded gums, and oral lesions are defining features for the nursing diagnosis of change in the oral mucous membrane (Ackley, et al., 2019; Herdman et al., 2021).

1.2.5 PES Format in the Formulation of Nursing Diagnose

Problem-Etiology-Symptom (PES) format is a way used in existing nursing diagnoses, one of the types of nursing diagnoses.

(P) Problem Name of nursing diagnosis

(E) Etiology Associated factor (contributing factors)

(S) Signs and symptoms Defining characteristics

According to the PES format, the nursing diagnosis of “Dysfunction in Ventilator Weaning Response: Adult” indicates the problem; Abnormal breathing sounds, audible airway secretions, decreased oxygen saturation, low pH, and sweating are examples of defining characteristics, while abnormal breathing sounds, audible airway secretions, decreased oxygen saturation, low pH, sweating, and cyanosis are examples of etiology (Ackley, 2019; Bağrıaçık & Bostanoğlu, 2022; Ardila Suárez & Escalada-Hernández, 2023).

1.3. The Importance of Nursing Diagnoses

Critical paths are being used in an increasing number of healthcare settings to guide a patient’s care process. It can be especially helpful for nursing students and new graduates to use a critical path. Responsibility for caregiving may be assigned for only a day or two for a particular patient. Seeing the entire pathway and examining the outcomes the patient is expected to achieve will help us gain a broader clinical perspective on care. Using the critical path as a guide to providing care does not eliminate the need to formulate and use nursing diagnoses. Nursing diagnoses continue to define nursing’s primary responsibility to diagnose and treat an individual’s response to actual or potential health problems. It is not possible to document/record all care needs of any patient in a critical way. When using a road; We should always keep in mind that the patient may need nursing intervention beyond what is stated on the critical path. Creating a care plan

based on carefully selected nursing diagnoses and using it together with the critical path will enable us to provide our patients with collaborative and high-quality care that includes a strong nursing component (Erdemir et al., 2017; Herdman et al., 2021; Miguel et al., 2022).

1.4. New 2021-2023 NANDA-I Taxonomy II Nursing Diagnoses

NANDA-I updates nursing diagnoses every four years. The most current list of nursing diagnoses by field is as follows (Herdman et al., 2021).

1.4.1. Health Promotion

- Risk for elopement attempt (00290)
- Readiness for enhanced exercise engagement (00307)
- Ineffective health maintenance behaviors (00292)*
- Ineffective health self-management (00276)*
- Readiness for enhanced health self-management (00293)*
- Ineffective family health self-management (00294)*
- Ineffective home maintenance behaviors (00300)*
- Risk for ineffective home maintenance behaviors (00308)
- Readiness for enhanced home maintenance behaviors (00309)

1.4.2. Nutrition

- Ineffective infant suck-swallow response (00295)*
- Risk for metabolic syndrome (00296)*

1.4.3. Elimination and Exchange

- Disability-associated urinary incontinence (00297)*
- Mixed urinary incontinence (00310)
- Risk for urinary retention (00322)
- Impaired bowel continence (00319)*

1.4.4. Activity/ Rest

- Decreased activity tolerance (00298)*
- Risk for decreased activity tolerance (00299)*
- Risk for impaired cardiovascular function (00311)

- Ineffective lymphedema self-management (00278)
- Risk for ineffective lymphedema self-management (00281)
- Risk for thrombosis (00291)
- Dysfunctional adult ventilatory weaning response (00318)

1.4.5. Perception / Cognition

- Disturbed thought process (00279)

1.4.6. Role -Relationship

- Disturbed family identity syndrome (00283)
- Risk for disturbed family identity syndrome (00284)

1.4.7. Coping/ Stress Tolerance

- Maladaptive grieving (00301)*
- Risk for maladaptive grieving (00302)*
- Readiness for enhanced grieving (00285)

1.4.8. Safety / Protection

- Ineffective dry eye self-management (00277)
- Risk for adult falls (00303)*
- Risk for child falls (00306)
- Nipple-areolar complex injury (00320)
- Risk for nipple-areolar complex injury (00321)
- Adult pressure injury (00312)
- Risk for adult pressure injury (00304)*
- Child pressure injury (00313)
- Risk for child pressure injury (00286)
- Neonatal pressure injury (00287)
- Risk for neonatal pressure injury (00288)
- Risk for suicidal behavior (00289)*
- Neonatal hypothermia (00280)
- Risk for neonatal hypothermia (00282)

1.4.9. Growth / Development

- Delayed child development (00314)
- Risk for delayed child development (00305)*
- Delayed infant motor development (00315)
- Risk for delayed infant motor development (00316)

1.5. Diagnoses removed from NANDA-I nursing diagnoses, 2021–2023

Twenty-three of the 52 diagnoses were revised and deleted from the NANDA-I nursing diagnosis list 2021-2023. The diagnoses that have been removed from the classification are listed in Table 1.

Table 1. Removed NANDA-I Nursing Diagnoses in 2021-2023 Version

Domain	Class	Diagnosis label	Code
1	2	Ineffective health maintenance	00099
	2	Ineffective health management	00078
	2	Readiness for enhanced health management	00162
	2	Ineffective family health management	00080
2	1	Ineffective infant feeding pattern	00107
	4	Risk for metabolic imbalance syndrome	00263
3	1	Functional urinary incontinence	00020
	1	Overflow urinary incontinence	00176
	1	Reflex urinary incontinence	00018
	2	Bowel incontinence	00014
4	4	Activity intolerance	00092
	4	Risk for activity intolerance	00094
	5	Impaired home maintenance	00098
9	2	Grieving	00136
	2	Complicated grieving	00135
	2	Risk for complicated grieving	00172
	3	Decreased intracranial adaptive capacity	00049
11	2	Risk for falls	00155
	2	Risk for pressure ulcer	00249
	2	Risk for venous thromboembolism	00268
	3	Risk for suicide	00150
	5	Latex allergy reaction	00041
13	2	Risk for delayed development	00112

Herdman, T., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2021). Nursing diagnoses - Definitions and classification 2021-2023. New York: Thieme.

1.6. Nursing Diagnoses with Changed Diagnosis Label

Seventeen nursing diagnoses' labels were revised to confirm whether the diagnostic label was consistent with current literature or not. The changes are demonstrated in Table 2.

Table 2. Revisions in Nursing Diagnosis Labels in 2021-2023 Version (Herdman et al., 2021)

Domain	Previous diagnosis label	New diagnosis label
1. Health promotion	Ineffective health maintenance (00099)	Ineffective health maintenance behaviors (00292)
	Ineffective health management (00078)	Ineffective health self-management (00276)
	Readiness for enhanced health management (00162)	Readiness for enhanced health self-management (00293)
	Ineffective family health management (00080)	Ineffective family health self-management (00294)
	Impaired home maintenance (00098)*	Ineffective home maintenance behaviors (00300)
2. Nutrition	Ineffective infant feeding pattern (00107)	Ineffective infant suck-swallow response (00295)
	Risk for metabolic imbalance syndrome (00263)	Risk for metabolic syndrome (00296)
3. Elimination and exchange	Functional urinary incontinence (00020)	Disability-associated urinary incontinence (00297)
	Bowel incontinence (00014)	Impaired bowel continence (00319)
4. Activity/rest	Activity intolerance (00092)	Decreased activity tolerance (00298)
	Risk for activity intolerance (00094)	Risk for decreased activity tolerance (00299)
9. Coping/stress tolerance	Complicated grieving (00135)	Maladaptive grieving (00301)
	Risk for complicated grieving (00172)	Risk for maladaptive grieving (00302)
11. Safety/protection	Risk for falls (00155)	Risk for adult falls (00303)
	Risk for pressure ulcer (00249)	Risk for adult pressure injury (00304)
	Risk for suicide (00150)	Risk for suicidal behavior (00289)
13. Growth/development	Risk for delayed development (00112)	Risk for delayed child development (00305)

Herdman, T., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2021). Nursing diagnoses - Definitions and classification 2021-2023. New York: Thieme.

1.7. Conclusion

Creating a care plan based on carefully selected nursing diagnoses and their use in conjunction with the critical pathway will enable us to provide our patients with collaborative, high-quality care that includes a strong nursing component. In this context, it is very important to follow the updates in NANDA-I nursing diagnoses.

1.8. References

- Ackley, B.J., et al. (2019). *Nursing Diagnosis Handbook E-Book: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Elsevier Health Sciences, St. Louis, MO.
- Akpınar, R.B., & Özer, N. (2023). *Vakalarla Hemşirelik NANDA NIC NOC*, 1. Ed., Hedef Yayıncılık, Ankara.
- Ardila Suárez E.F., & Escalada-Hernández P. (2023). Proposal of nursing diagnosis “adult disuse syndrome”: A conceptual derivation and integrative review. *Int J Nurs Knowl*. 2023 Jul 19. doi: 10.1111/2047-3095.12440.
- Bağrıaçık E., & Bostanoğlu H. (2022). Determination of Nurses’ Perceptions of Nursing Diagnoses. *Cyprus J Med Sci* 2022;7(4):559-564.
- Bahrudin, M., Sudiwati, N.L.P.U., Wulandari, T. (2019). Development of Diagnosis Determination Model in Nursing Process based on Patient Centered Theory. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 13(4): 1596-1599.
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., Francke, A.L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (7), 1379–1393.
- Di Giulio, P. (1992). Le diagnosi infermieristiche [Nursing diagnoses]. *Riv Inferm*. 11(3):146-51.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F, Murr, A.C. (2022). *Nurse’s Pocket Guide: Diagnoses, Prioritized Interventions, and Rationales*. 16 th. ed., F.A. Davis Company; USA.
- Ellis, P., Standing, M., Roberts, S. (2000). *Patient Assessment and Care Planning in Nursing Transforming Nursing Practice Series*, 3rd ed., Sage Publishing Company, 21-29.
- Erdemir, F, Kav, S., Yılmaz A.A. (2017). *Hemşirelik girişimleri sınıflaması*. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2017.
- Hardiker, N.R., Dowding, D., Dykes, P.C., Sermeus, W. (2019). Reinterpreting the nursing record for an electronic context. *International Journal of Medical Informatics*, 127, 120–126.
- Harrington, L. (2019). Future model for nursing documentation: extinction. *Nurse Leader*, 17 (2), 113–116.
- Herdman, T., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2021). *Nursing diagnoses - Definitions and classification 2021-2023*. New York: Thieme. <https://doi.org/10.1055/b000000515>.
- Maas, M.L., & Delaney, C. (2004). Nursing process outcome linkage research: issues, current status and health policy implications. *Medical Care* 42(S2), II40–II48.

- Makic, M.B.F., & Kratz, M.R. (2022). *Ackley and Ladwig's Nursing Diagnosis Handbook, 13th Edition*, Elsevier. St. Louis, MO.
- Miguel S.S.A., Caldeira S., Morais, S.C.R.V., Lopes C.T., Lopes M.V., de Carvalho E.C. (2022). Differential validation of nursing diagnoses: An integrative literature review on the use of the method. *Int J Nurs Knowl*. 2022 Oct;33(4):248-258. doi: 10.1111/2047-3095.12355.
- Moser, D.C., Silva, G.A., Olivera Marier, S.R., Barbosa, L.C., Silva, T.G. (2018). Nursing care systematization: the nurses' perception. *Research Fundamental Care*. 2018; 10(4): 998-1007.
- Muller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes— application and impact on nursing practice: a systemic review. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 514–531.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R.M., van der Schans, C.P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing* 66(11), 2481–2489.
- Rabelo-Silva, E.R., Monteiro Mantovani, V., López Pedraza, L., Cardoso, P.C., Takao Lopes, C., Herdman, T.H. (2021). International Collaboration and New Research Evidence on Nanda International Terminology. *Int J Nurs Knowl*. 2021 Apr;32(2):103-107. doi: 10.1111/2047-3095.12300.
- Somantri, I., Sekarwana, N., Mediawati, A.S., Ramoo, V., Yahaya, N.A., Yudianto, K. (2021). Analysis of Standardized Nursing Languages Application in the Context of Nursing Diagnosis in Hospital in Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*. 9(T6):173-8.
- Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., ... & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1160-1170.

Anne Sütü ve Laktasyon

Emine Kılıç Doğan¹

Yasemin Yücel²

Özet

Anne sütü, optimal bebek beslenmesi ve sağlığı için küresel altın standarttır. Dünya Sağlık Örgütü emzirmenin doğumun ilk saatinde başlatılması, bebeğin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini daha sonra bebeğin 2 yaş ve sonrasına kadar emzirilmesini önermektedir. İlk altı ay boyunca yalnızca emzirmenin hem anne hem de bebek için hayati önem taşıdığı bilinmektedir. Anne sütünün bileşimi dinamiktir ve emzirme boyunca değişmektedir. Demografik ve genetik faktörlerin, annenin yaşam tarzının bir sonucu olarak süt bileşenleri ile biyoaktif bileşiklerde meydana gelen değişiklikler, bebek sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Emzirmenin birçok faktörden etkilendiği bilinmekte ve bu faktörler fizyolojik, psikolojik, bireysel, çevresel ve toplumsal olarak değişmektedir. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesini etkileyen bireysel faktörler anne ile ilgili olan faktörlerdir. Bu faktörler içerisinde, annenin emzirme bilgisi ve becerisi, ebeveynlik deneyimi, yaşamış olduğu doğum deneyimi, annenin iyilik hali yer almaktadır. Yenidoğanda herhangi bir sağlık sorunu olması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi nedenlerden dolayı erken dönemde emzirmenin başlatılmasına engel olabilmektedir. Hem anne hem de bebek ile primer ilgilenen ebelerin pek çok rolleri bulunmaktadır. Ebeler bakım verme, hasta haklarını savunma, karar verme, eğitim verme gibi rollere sahiptir. Ebelerin bu rollerini kullanması sayesinde annelerin emzirme davranışlarında pozitif etkiler meydana gelmektedir. Ebeler doğum sonu ilk saat içinde anneyi teşvik ederek emzirmenin başlatılmasında öncü olmalıdır. Anneler emzirmenin sürdürülmesi aşamasında da desteklenerek doğru emzirme alışkanlıklarını kazanmalarında ebelerin desteği önem sağlamaktadır.

1 Arş. Gör. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-5999-1166, emine.kilic@gop.edu.tr

2 Arş. Gör. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-7836-8046, yasemin.yucel@gop.edu.tr

1.GİRİŞ

Anne sütü, optimal bebek beslenmesi ve sağlığı için küresel altın standarttır (Hermansson ve ark., 2019; Piwoz ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) emzirmenin doğumun ilk saatinde başlatılması, bebeğin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini daha sonra bebeğin 2 yaş ve sonrasına kadar emzirilmesini önermektedir (WHO, 2013). Anne sütü, bebeklik döneminde büyümeyi ve bağışıklık gelişimini destekleyen kritik besinleri ve biyoaktif bileşikleri sağlamaktadır (Lyons ve ark., 2020; Rio-Aige ve ark., 2021). İlk altı ay boyunca yalnızca emzirmenin hem anne hem de bebek için hayati önem taşıdığı bilinmektedir (Gökdoğan-Keleş ve ark., 2023). Ayrıca emzirme ile anne bebek arasındaki bağ oluşmakta ve güçlenmektedir (Ekti Genç, 2020). Anne sütünün bileşimi dinamikdir ve emzirme boyunca değişmektedir (Ballard ve Morrow, 2013; Rio-Aige ve ark., 2021; Sriraman, 2017). Emzirmeyi birçok fizyolojik, psikolojik, bireysel, çevresel ve toplumsal faktör etkilemektedir (Dündar, 2021). Emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek olumsuz faktörler ebeler tarafından değerlendirilmelidir (Tiryaki ve Altınkaynak, 2021). Annelerin emzirme hakkındaki bilgi ve tutumunun iyileştirilmesi, gebelik sürecinde emzirme konusunda ebeler tarafından eğitilmesi ile ilk altı ayda yalnızca anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için daha fazla anneye ulaşılarak eğitim ve danışmanlık verilmelidir (Soyhan ve Demirci, 2020).

2.ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ

Anne sütü, optimal bebek beslenmesi ve sağlığı için küresel altın standarttır (Hermansson ve ark., 2019; Piwoz ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu [United Nations International Children's Emergency Fund] (UNICEF) emzirmenin doğumun ilk saatinde başlatılması, bebeğin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini ve daha sonra bebeğin 2 yaşına veya daha sonrasına kadar emzirmeye devam edilmesinin yanı sıra tamamlayıcı gıdalar almasını önermektedir (WHO ve UNICEF, 2003; WHO, 2013). UNICEF ve DSÖ'nün Küresel Emzirme Ortaklığı kapsamında hazırladığı rapora göre, ilk altı ayda sadece anne sütüyle besleme oranının 2025 yılına kadar %50'ye ulaşması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda kapsamlı emzirme hizmetlerinin sağlanması için sağlık kurumlarında emzirme politikaları ve programları ile kişilerarası ilişkileri güçlendirerek emzirmeyi desteklemek ve teşvik etmek gerekmektedir (Gökdoğan-Keleş ve ark., 2023; Gupta ve ark., 2017). Her yıl 800.000'den fazla 5 yaş altı çocuk yetersiz emzirme nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin 250.000'ini zatürre ve ishal oluşturmaktadır (Piwoz ve ark., 2015).

Hem UNICEF hem de DSÖ'nün Dünya Emzirme Haftasındaki ortak açıklamasına göre; son 10 yılda birçok ülke emzirme oranlarını artırma konusunda önemli ilerleme kaydetmiştir. Ayrıca son on yılda yalnızca anne sütüyle beslemenin yaygınlığı % 10 gibi dikkat çekici bir artış göstererek dünya genelinde % 48'e yükselmiştir. Ancak % 70'lik küresel 2030 hedefine ulaşmak için kadınların ve ailelerin emzirme hedeflerine ulaşmada karşılaştıkları engellerin ortadan kaldırılması gerektiği vurgulanmaktadır (UNICEF ve WHO, 2023).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile, anne ve bebek sağlığını güçlendirmede UNICEF ve DSÖ tarafından küresel emzirme oranlarını artırmak amacıyla "Küresel Emzirme Ortaklığı" olarak güncel faaliyet raporu yayımlanmıştır. Bu raporda önerilen standartlara göre %100 uyum gösteren herhangi bir ülkenin olmadığı ön plana çıkmaktadır (Uludasdemir ve Kaya, 2023). Raporda; 194 ülkenin "Küresel Emzirme Skor Tablosu" değerlendirilmesi sonucunda altı aydan küçük bebeklerin yalnızca %40'ının anne sütü aldığı görülmektedir. İlk altı ay yalnızca anne sütü ile beslemede 23 ülkenin beslenme oranı %60'ın üzerinde olduğu belirlenmiştir (Global Breastfeeding Scorecard, 2017).

Ülkemizdeki TNSA 2018 verilerine göre; çocukların %98'i hayatlarının bir noktasında emzirilmektedir. 2 yaş altı çocukların %71'i doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmiştir. 6 aydan küçük bebeklerin %41'i sadece anne sütü ile beslenmiştir ve sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirme süresi 1.8 aydır. Sadece anne sütü alan çocukların oranı yaşla birlikte hızla azalmakta; 0-1 aylık çocuklar arasında %59'dan 2-3 aylık çocuklar arasında %45'e ve 4-5 aylık çocuklar arasında %14'e düşmektedir (TNSA, 2018).

Uluslararası platformlarda yürütülen faaliyetler kapsamında emzirmeye özendirilmeye ve teşvik etmeye yönelik ulusal düzeyde de pek çok program yürütülmekte olup, yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde etkin olarak yürütülen programlar arasında Anne Dostu Hastane Programı, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastane Programı ve Üreme Sağlığı Eğitim Modülleri yer almaktadır. Bunlarla birlikte analık izni, ücretsiz izin verilmesi ve işyerlerinde emzirme odalarının oluşturulup düzenlenmesi ve çocuk bakım yurtları da öne çıkan yasal düzenlemeler arasındadır. Ayrıca "Emzirme Haftası" nda ülkemizde emzirmenin önemi vurgulanarak, toplumsal farkındalığa yönelik çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Ancak ülkemizde anne sütüne teşvik etmek için yapılan düzenlemelere ve faaliyetlere rağmen emzirme oranları, ilk altı ay sadece anne sütü alma ve ek besine başlama zamanı istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu sebepler doğrultusunda emzirmenin desteklenmesi, teşvik edilmesi ve sürdürülmesi

hususunda çalışmalara devam etmek gerekmektedir (Uludasdemir ve Kaya, 2023; Yeşildere Sağlam ve ark., 2020).

3.EMZİRMENİN FAYDALARI

Anne sütü, bebeklik döneminde büyümeyi ve bağışıklık gelişimini destekleyen kritik besinleri ve biyoaktif bileşikleri sağlamaktadır (Lyons ve ark., 2020; Rio-Aige ve ark., 2021). Demografik ve genetik faktörlerin ve annenin yaşam tarzının bir sonucu olarak süt bileşenlerinde ve biyoaktif bileşiklerde meydana gelen değişiklikler, bebek sağlığı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilere sahip olabilmektedir (Lyons ve ark., 2020). Ek olarak anne sütü, yeni doğan bebek için sürekli bir bakteri kolonizasyonu kaynağı olarak da hizmet edebilecek benzersiz bir mikrobiyotayı barındırmaktadır (Hermansson ve ark., 2019). İlk altı ay boyunca yalnızca emzirmenin hem anne hem de bebek için hayati önem taşıdığı bilinmektedir (Gökdoğan-Keleş ve ark., 2023). Ayrıca emzirme ile anne bebek arasındaki bağ oluşmakta ve güçlenmektedir (Ekti Genç, 2020). Emzirme, bebek ve anne sağlığına olumlu katkı sağlarken aynı zamanda anne sütü yerine geçen ürünlerin maliyetini (farklı topluluklarda kişi başına düşen gelirin %15-20'si) azaltarak toplumun ekonomik yükü üzerinde de etkiye sahiptir (Dalili ve ark., 2020).

3.1 Emzirmenin Bebeğe Faydaları

Besleyici faydalarının ötesinde emzirmenin özellikle bebek ölümlerine neden olan solunum ve mide-bağırsak enfeksiyonlarını azalttığı (ishal ve zatürre gibi), nekrotizan enterokolit, ani bebek ölümü sendromu, otitis media, çocukluk çağı kanserleri ve neonatal sepsis gibi hastalıkların riskini azalttığı, özellikle erken doğmuş bebeklerde nöro-gelişimsel sonuçları iyileştirdiği bilinmektedir (Ekti Genç, 2020; Gökdoğan-Keleş ve ark., 2023; Hermansson ve ark., 2019; Lyons ve ark., 2020; Yuen ve ark., 2022). Ayrıca, uzun süreli ve yalnızca anne sütüyle besleme, bebeklerde bilişsel gelişimin iyileşmesiyle ilişkilendirilmiştir (Lyons ve ark., 2020).

Emzirme yalnızca yaşamın erken dönemlerinde ölüm ve hastalık riskini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda yetişkin yaşamı boyunca da kalıcı sağlık yararları sağlamaktadır. Anne sütüyle beslenen bebeklerin çocuklukta ve yetişkin yaşamda alerji, astım, diyabet, obezite, irritabl bağırsak sendromu ve Crohn hastalığı gibi kronik hastalıklara yakalanma riskinin azaldığı da bildirmiştir (Lyons ve ark., 2020). Bunun yansıya, anne sütü alan bebeklerde ağız ve çene gelişimine ait bozukluklar ve diş çürümesi daha az görülmektedir (Ekti Genç, 2020).

3.2 Emzirmenin Anneye Faydaları

Kısa dönemde emzirmenin anne için birçok faydası bulunmaktadır. Emzirme yoluyla memenin uyarılması anne kanındaki oksitosin konsantrasyonunu artırarak uterusun daha hızlı gerilemesi (uterus involüsyonu) sağlanmaktadır. Bu sayede kan kaybını azaltmakta ve endometriti önlenmektedir. Psikolojik olarak da emzirmenin anneye birçok faydası bulunmaktadır. Emzirme ile annedeki stres ve doğum sonrası depresyon riski de azalmaktadır (Abou-Dakn, 2018; Karaca Saydam, 2020a). Ayrıca emziren anneler düzenli ve sağlıklı beslendikleri takdirde gebelik öncesi kilosuna da kolayca dönmektedir (Karaca Saydam, 2020a). Emzirmenin uzun vadede birçok faydası bulunmaktadır. Kadınların emzirme ile meme ve yumurtalık kanseri, diyabet ve hipertansif kalp hastalığına yakalanma riski de azalmaktadır (Gökdoğan-Keleş ve ark., 2023).

4. ANNE SÜTÜ ÜRETİMİ-LAKTASYON

Anne sütü, bebeği beslemek ve bebeğin kendi bağışıklık sistemi olgunlaşana kadar onu hastalıklardan korumak için memeli olan canlılarda anne memeleri tarafından üretilen biyolojik sıvıdır (Andreas ve ark., 2015). Emzirmenin gerçekleşebilmesi için meme bezinin rahimde başlayıp doğuma kadar devam eden bir dizi gelişimsel değişikliğe uğraması gerekmektedir (Truchet ve Honvo-Houéto, 2017; Lyons ve ark., 2020). Bu süreçte meme bezi dallanıp uzamakta ve doğumun ardından aktif hale gelen, tam işlevli bir süt salgılama ağı oluşturmaktadır (Lyons ve ark., 2020). Ayrıca anne sütü, insanın evrimi sırasında bebeğin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanmıştır. Anne sütünün bileşimi, beslenmeye göre gün içinde ve anneler arasında değişiklik göstermektedir (Ballard ve Morrow, 2013).

Meme oluşumu ergenlik döneminde başlasa da gebeliğe kadar tam olarak tamamlanmamaktadır. Alveol hücrelerinin süt salgısı için maksimum olgunluğa ulaşması ve gelişmesi hormonların etkisi ile gebelik sırasında gerçekleşmektedir. (Lyons ve ark., 2020).

Laktasyon, meme bezinden sütün salgılanması olarak tanımlanmaktadır ve karmaşık bir hormonal ağdan etkilenmektedir. Laktogenez, laktojenez 1 ve laktojenez 2 olarak iki farklı aşamada meydana gelir. Gebeliğin 12. haftasında hücre bölünmesi ve epitel yüzey alanının artması sonucu lobüllerin sayısı hızla artmaktadır (Lyons ve ark., 2020). Alveol hücrelerinde süt yapımı ise gebeliğin 10-22. haftasında başlamaktadır (Karaca Saydam, 2020b). Emzirmenin başlangıcı olarak da bilinen laktojenez 1, gebeliğin ortasında meydana gelmektedir ve alveolar meme epitel hücrelerinin, süt bileşenlerini sentezleme kapasitesine sahip laktositlere salgılayıcı farklılaşması ile

tanımlanmaktadır (Lyons ve ark., 2020). Bu süreçte meme bezi, meme alveollerine, sonrasında meme başına ulaşan ve dışarı atılan az miktarda protein açısından zengin sıvıyı salgılamak için yeterlidir. Bu salgıya kolostrum denir; ancak yüksek progesteron seviyeleri tipik olarak doğumdan önce süt salgılanmasını engeller (Lyons ve ark., 2020; Truchet ve Honvo-Houéto, 2017).

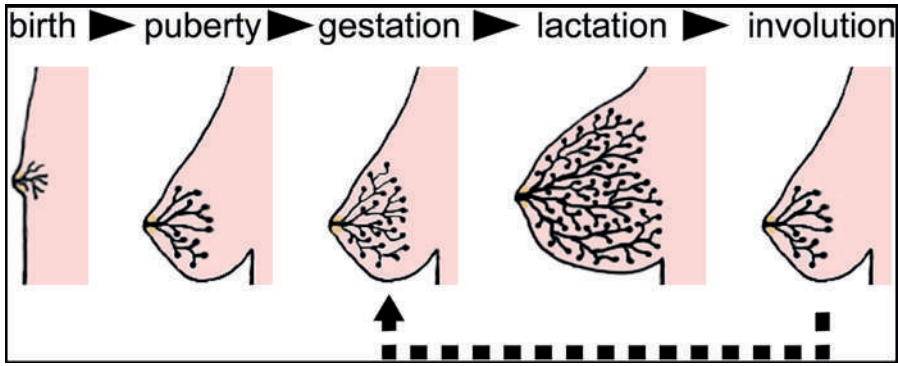
Doğumdan sonra plasentanın atılması ile progesteron ve östrojende ani bir azalma meydana gelmekte ve bu duruma prolaktin, insülin ve kortizol hormonlarındaki artış eşlik etmektedir. Böylece bol süt üretimi uyarılmakta ve dolayısıyla laktogenez 2. aşamanın başlangıcına giriş yapılmaktadır (Lyons ve ark., 2020; Truchet ve Honvo-Houéto, 2017). Bu süre zarfında meme epitel hücrelerinin süt sentezleme yeteneği hızla gelişmekte ve süt hacminin doğumdan sonraki dört günde 100 mL'den 500 mL'ye, sekizinci günde ise 650 mL'ye çıktığı ve bunun endokrin sistemin hormonal olarak tetiklenmesi sonucunda meydana geldiği rapor edilmiştir. Eğer Laktogenez 2 evresinde bol süt üretiminin başlangıcı doğum sonrası 72 saate kadar gerçekleşmemişse “gecikmiş” olarak rapor edilmektedir (Lyons ve ark., 2020).

Süt üretimi ve salınımında prolaktin ve oksitosin olarak temelde iki hormon işlev görmektedir (Karaca Saydam, 2020b).

Süt sentezinin gerçekleşebilmesi için prolaktinin mevcut olması gerekir. Başlangıçta meme bezinin morfolojik gelişimi ve farklılaşması için gerekli olmasına rağmen prolaktin, süt proteini ve laktoz sentezinin uyarılmasında önemli bir role sahiptir (Lyons ve ark., 2020). Prolaktin meme başı uyarı ile ön putuiter bezden salgılanmaktadır ve dopamin ise fizyolojik olarak inhibitör kontrolünden sorumlu olan hormondur (Karaca Saydam, 2020b). Süt sentezi için gerekli besin maddeleri ve elementler, kan ve lenf sistemi yoluyla meme bezindeki meme epitel hücrelerine ulaşır ve burada paraselüler ve transselüler yollar olarak bilinen çok sayıda düzenlenmiş taşıma yolu ile süte salgılanır. Süt sentezi için gerekli olan zorunlu bileşenler, çok sayıda düzenlenmiş taşıma mekanizması yoluyla meme bezine ulaşmaktadır (Lyons ve ark., 2020). Doğumda serum progesteron seviyesinin düşmesi ile yüksek kalan prolaktin seviyelerine bağlı olarak süt salınımı gerçekleşir (Karaca Saydam, 2020b).

Süt üretimi bir “arz talebi” sürecine bağlıdır ve sütün çıkarılması, arzın sürdürülmesi için birincil kontrol mekanizmasıdır. Oksitosin, meme bezinden sütün uzaklaştırılması için gereklidir (Lyons ve ark., 2020; Triansyah ve ark., 2021). Bebeğin emzirilmesi, farklılaşmış alveoller ve laktiferöz kanallar üzerinde yer alan miyoepotelyal hücre reseptörleri ile etkileşime giren arka hipofizden oksitosin salınımını tetiklemektedir. Bu, meme bezinden sütün

salgılanmasını sağlayan hücrelerin kasılmasına neden olmaktadır. Süt sentezi, emzirme sağlandıktan sonra süt üretimini düzenleyen “laktasyonun geri besleme inhibitörü” adı verilen bir polipeptidin kontrolü altındadır (Lyons ve ark., 2020). Anne sütü bebeğin emmesi veya sağma yoluyla uzaklaştırılmazsa, emzirmenin geri bildirim inhibitörü birikmektedir ve süt üretiminde bir azalmaya neden olmaktadır. Emzirmenin kesilmesi, süt sentezleyen epitel hücrelerinin apoptozu nedeniyle süt üretiminin azalmasına neden olmaktadır (Lyons ve ark., 2020; Kent ve ark., 2012). Bebek süttten kesildiğinde ise süt üretimi durmakta, meme alveolleri gerilemekte (involüsyon) ve meme epitelisi gebe olmayan bir duruma dönmektedir (Truchet, S., & Honvo-Houéto, 2017).



Şekil 1: Meme Bezi Gelişimi (Truchet ve Honvo-Houéto, 2017)

5. ANNE SÜTÜ İÇERİĞİ

Anne sütünün %87'si su iken, geri kalan %13'ü besinsel olmayan yararlı işlevlere sahip besin bileşenleri ve biyoaktif bileşiklerdir (Rio-Aige ve ark., 2021). Bu bileşikler, diğerlerinin yanı sıra çok çeşitli antimikrobiyal faktörleri, mikroorganizmaları, sitokinleri, hormonları, büyüme modülatörlerini ve sindirim enzimlerini içerir, ancak Ig'ler bebeğin bağışıklık koruması ve gelişimi için özel öneme sahiptir (Martin ve ark., 2016). Anne sütü aslında esas olarak yaklaşık %87-88 oranında su ve makro besinler gibi katı bileşenlerden oluşur. Bunlar, büyüme, vücut fonksiyonları ve aktivitesi için enerji sağlayan, temel vücut bileşiklerinin yapı taşlarını sağlamak ve insan bağırsak mikrobiyotasının metabolik aktivitelerini şekillendirmek için gerekli olan yaklaşık %7 (60-70 g/L) karbohidratları içermektedir. Makro besinler ayrıca görsel ve beyin gelişimi için %3,8 (35-40 g/L) yağ ve büyüme ve gelişme için önemli yapı taşları olarak %1 (8-10 g/L) protein içermektedir (Hatmal ve ark., 2022).

Anne sütü salgılanan döneme ve bileşimine göre isimlendirilmektedir. Bunlar;

1-Kolostrum: Doğum sonu ilk 5 gün süresince salgılanan süttür.

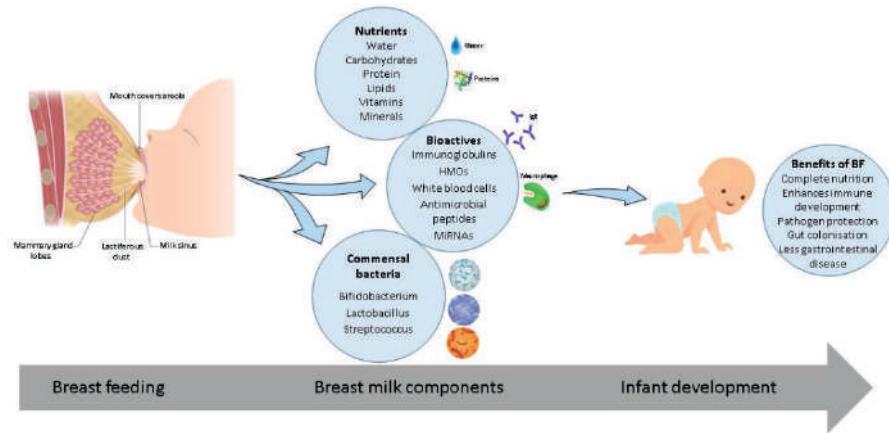
2-Geçiş Sütü: Doğum sonu 5-15. günlerde salgılanan süttür.

3-Olgun Süt: Doğum sonu 15. gün sonrasında salgılanan süttür (Tunçkılıç ve ark., 2019).

Anne sütünün bileşimi dinamiktir ve emzirme boyunca değişmektedir. Doğumdan sonraki ilk 2-4 gün içinde meme bezleri tarafından üretilen sütün ilk formu, düşük hacimlerde (300-400 mL/gün) üretilen, daha yüksek protein, daha düşük karbonhidrat ve yağ içeriğine sahip olan kolostrumdur. Ayrıca kolostrumun immünooglobulinler (Igs), laktoferrin, lökositler ve oligosakkaritler gibi immünolojik bileşenler açısından daha zengin olması, birincil fonksiyonlarının beslenmeden ziyade immünolojik olduğunu düşündürmektedir (Ballard ve Morrow, 2013; Rio-Aige ve ark., 2021; Sriraman, 2017).

Doğumdan 4-5 gün sonra kolostrum, daha yüksek verim (500-800 mL / gün) ve daha düşük protein ve Ig içeriği ile karakterize edilen geçiş sütüne dönüşür ve buna büyüme taleplerini karşılamak için laktoz, yağ ve suda eriyen vitaminlerde bir artış eşlik etmektedir. Son olarak olgun süt, doğumdan 6 hafta sonra bileşim açısından nispeten benzer kalmaktadır (Ballard ve Morrow, 2013; Cacho ve Lawrence, 2017).

Doğum sonrası 14. Günde 700-1000 mL süt üretimi gerçekleşmektedir. Bu oran bebek sayısı 2 ve üzerine çıktığında 2000mL'nin üzerine de çıkabilmektedir (Olukman ve Göksel, 2020).



Şekil 2: Anne Sütünün Bileşimi ve İlişkili Faydaları (Lyons ve ark., 2020)

6. EMZİRMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Emzirmeyi birçok fizyolojik, psikolojik, bireysel, çevresel ve toplumsal faktör etkilemektedir. Bireysel faktörler anne ile ilgili olan faktörlerdir. Annenin emzirme bilgisi ve becerisi, ebeveynlik deneyimi, yaşamış olduğu doğum deneyimi, annenin iyilik hali gibi faktörleri içermektedir. Bu faktörler emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesini etkilemektedir. Ayrıca bu faktörler genellikle sosyo-demografik değişkenlerle de ilişkilidir. Sosyo-demografik değişkenler, kişiden kişiye değişen faktörlerdir (Dündar, 2021). Annenin yaşı, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu, gebeliğin istenme durumu, doğum sayısı, sosyoekonomik durum, sigara ve ilaç kullanımı ve emzirme öz yeterliliği gibi pek çok faktör emzirmeyi etkilemektedir (Balogun ve ark., 2015; Dündar, 2021; Erçin ve Köseoğlu, 2022).

Anneye ve yenidoğana ait sağlık sorunları da emzirmeyi etkilemektedir. Yenidoğanda herhangi bir sağlık sorunu olması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi nedenler erken dönemde emzirmeye başlanmasına engel oluşturmaktadır (Erçin ve Köseoğlu, 2022). Ayrıca yenidoğanda yarık damak ve dudak olması, bebeğin memeyi reddetmesi, bebeğin biberonla beslenmesi ve emzik kullanımı, kolik, sarılık, ankiloglossi ve bebekte kalıtsal metabolizma hastalığı gibi faktörlerde emzirmeyi olumsuz etkilemektedir. Anne de mastit, memede apse olması, meme kanseri, memede dolgunluk (engorjman), tıkalı süt kanalları, az süt oluşumu, ağırlı ve çatlak meme başı, düz veya içe çökük meme başı ve bazı enfeksiyonların olması emzirmeyi olumsuz etkilemektedir (Çaka ve ark., 2017; Çerçer ve Nazik, 2023).

Annenin bebeği hatalı teknik ile beslemesi, emzirmeye geç başlanması, annenin emzirme hakkında yeterli bilgilendirilmemesi, sağlık profesyonelleri tarafında emzirme hususunda annenin desteklenmemesi, annenin sütünü yetersiz algılaması, aile içi desteğinin eksik olması, anne ve bebeğin ayrı kalması da emzirmeyi olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Çaka ve ark., 2017; Çerçer ve Nazik, 2023; Erçin ve Köseoğlu, 2022; Soyhan ve Demirci, 2020).

Anneler bu süreçte olumsuz faktörler nedeniyle emzirme sürecini iyi yönetememektedir. Bu sürecin iyi yönetilmesi hususunda gerek gebelik sürecinde gerekse doğum ve doğum sonu süreçte annelere uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından emzirme danışmanlığı verilerek desteklenmesi sorunların çözümünde anahtar rolü üstlenmektedir (Soyhan ve Demirci, 2020).

Annenin içinde bulunduğu ortamı, yaşadığı çevreyi toplumsal faktörler temsil etmektedir. Doğumun gerçekleştiği hastanelerin emzirmeyle ilgili

politika ve uygulamaları, emzirme danışmanlıkla profesyonel destek sağlanma durumları, annenin aldığı sosyal destek, çalışan anneler için emzirme hususunda sağlanan kolaylıklar, toplumun emzirmeye olan bakış açısı ve emzirme ile ilgili mitlere olan inançlar bu faktörler arasında yer almaktadır. Toplumsal faktörler, ülkeler arasında ve hatta ülke içerisinde bile farklılıklar gösterebilmektedir. Bu sebeple her ülkenin, emzirmeyi etkileyen toplumsal faktörleri kendi toplumu açısından belirlemeli, değerlendirmeli ve düzenlenmelidir (Dündar, 2021).

7. EMZİRMEDE EBENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Emzirmeye doğum sonu ilk bir saat içinde başlanmalı ve en az altı ay yalnızca anne sütüyle devam edilmelidir. Emzirmenin erken dönemde başlaması ve sürdürülmesini etkileyen pek çok faktör mevcuttur (Çetinkaya ve Sarı, 2023). Emzirme anne-bebek arasındaki bağı oluşturan öne çıkan faktörler arasında da yer almaktadır. Ülkemizde emzirme yaygın olmasına rağmen doğum sonu emzirmenin geç başlatılması ve ek besinlere erken başlanması önemli bir problemidir (Tunçkılıç ve ark., 2019). Bu doğrultuda anne ve bebeğin en yakınında olan ebelere bu noktada önemli görevler düşmektedir. Ebeler doğum sonu ilk saat içinde anneyi teşvik ederek emzirmenin başlatılması öncü olmalıdır. Ayrıca anneler emzirmenin sürdürülmesi aşamasında da desteklenerek doğru emzirme alışkanlıklarını kazandırılmalıdır (Arça ve Işık, 2019; Çetinkaya ve Sarı, 2023; Tunçkılıç ve ark., 2019).

Ebeler bakım verme, hasta haklarını savunma, karar verme, eğitim verme gibi pek çok rol üstlenmektedir. Ebeler bu rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışlarında pozitif etkiler sağlamaktadır (Arça ve Işık, 2019). Emzirme davranışının sürdürülmesi ve istendik düzeye gelmesi için annelere gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte gerekli eğitimler verilerek emzirme danışmanlığının yapılması gerekmektedir (Tunçkılıç ve ark., 2019). Ayrıca annenin yanı sıra babayı da bu konuda bilgilendirilerek cesaretlendirmek önemlidir (Çetinkaya ve Sarı, 2023). Anneye doğum öncesi süreçte verilen eğitim ve danışmanlık doğum sonu döneme uyum sağlaması hususunda fayda sağlamaktadır (Arça ve Işık, 2019). Yapılan bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfı eğitimine katılan gebelerin doğum sonu ten tene teması talep ettiği, doğum sırasında yapılan müdahalelerin azaltılması ile de ilk emzirme süresini olumlu etkilediği saptanmıştır (Esencan ve ark., 2018). Yapılan başka bir araştırma da ise hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrası emzirme danışmanlığı alan annelerin emzirme özyeterlilikleri ve başarıları, danışmanlık almayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu belirlenmiştir (İnce ve ark., 2017).

Doğum öncesi süreçte anne ile karşılaşıldığında annenin düşünceleri ve hissettikleri öğrenilmelidir. Özellikle emzirmeye yönelik bireysel özellikleri, tutum ve inançları değerlendirilerek emzirme için gerekli eğitimler ve danışmanlıklar yapılmalıdır. Doğum öncesi süreçte emzirme açısından eğitim verilmezse, doğum sonu süreçte bebek ile hem emzirme hususunda temel bilgilerin verilmesi hem de emzirme ile ilgili yaşanan sorunların çözülmesi konularında güçlükler yaşanabileceği belirtilmektedir. Gebelik döneminde alınan önlemler sayesinde doğum sonu süreçte yaşanabilecek olan olası sorunlar ortadan kaldırılacaktır (Arça ve Işık, 2019).

Emzirme danışmanlığına doğum öncesi süreçte başlanıp doğumu takiben doğum sonrası süreçte de devam etmesi önem arz etmektedir. Emzirmenin önemini annenin tam olarak kavraması için anne ve bebek açısından yararları ve etkileyen faktörler anneye açık bir şekilde anlatılmalıdır (Arça ve Işık, 2019). İdeal bir emzirme için annenin yanı sıra tüm çevresinin de dahil edilmesi sağlanmalıdır. Çünkü annenin emzirmeye olan algısını, tutumunu ve inancını çevresi etkilemektedir (Soyhan ve Demirci, 2020). Özellikle ailenin emzirme sürecindeki kültürel uygulamaları dinlenmeli, eğitimde esnasında bu konu göz ardı edilmemelidir. Eğer anne veya bebek açısından zararlı bir uygulama varsa kanıtlar düzeyinde nedenleri ile birlikte aileye açıklanmalıdır (Arça ve Işık, 2019).

Emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek olumsuz faktörler ebeler tarafından değerlendirilmelidir. Meme ile ilgili problemler belirlenerek erken dönemde çözüm üretilmeli ve bu konuda anneye eğitim verilmelidir. Ayrıca meme problemlerinin oluşmaması için uygulanabilecek girişimler ve meme problemlerine neden olabilecek hatalı emzirme uygulamaları ile ilgili bilgilerde bu eğitimde yer almalıdır (Tiryaki ve Altınkaynak, 2021).

Doğum sonu ilk bir saat içinde bebeğin emzirmeye başlanması ile emzirmenin sürekliliğini ve annenin emzirmeye olan olumlu tutumu artırmaktadır. Bu sebepler doğrultusunda bebek doğduktan sonra emzirmeye en kısa sürede başlanması için anneyi desteklemek ebeğin önemli sorumluluklarındandır. Emzirme anne bebek arasındaki oluşan duygusal bağ içinde büyük bir katkı sağlamaktadır (Çetinkaya ve Sarı, 2023; Dönmez ve Yeygel, 2022).

Emzirmeye başlanmasını etkileyen önemli faktörlerden biri de doğum şeklidir. Sezaryen doğumda annenin anestezi alması, daha geç mobilize olması operasyona bağlı daha fazla ağrı yaşaması emzirmeyi olumsuz etkilemektedir. Bu sebepler doğrultusunda emzirmeye vajinal doğuma kıyasla sezaryen doğumda daha geç başlanmaktadır. Ebeler tarafından

sezaryen doğum yapan anneler ve ailesi emzirmeye olan tutum ve bilgisi değerlendirilerek desteklenmelidir (Çetinkaya ve Sarı, 2023).

Emzirmenin sürdürülmesi noktasında önemli faktörlerden biri de annenin çalışma durumudur. Ebeler tarafından çalışan annelere verilen danışmanlık konularında süt saklama koşulları mutlaka anlatılmalıdır. Ayrıca ebeler, emzik ve biberon kullanılması nedeniyle bebeğin memeyi reddedileceği için emzirme dışında emzik ve biberon kullanmamaları hususunda anneyi bilgilendirmelidir (Çetinkaya ve Sarı, 2023).

Annelerin emzirme hakkındaki bilgi ve tutumunun iyileştirilmesi, gebelik sürecinde emzirme konusunda ebeler tarafından eğitilmesi ile ilk altı ayda yalnızca anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için daha fazla anneye ulaşılarak eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Bu nedenle emzirme oranlarının istenilen seviyeye ulaşması için öncelikle nitelikli ebelere ve ülke politikalarının düzenlenmesine ihtiyaç bulunmaktadır (Soyhan ve Demirci, 2020).

8.SONUÇ

Anne sütü, optimal bebek beslenmesi ve sağlığı için altın standart değeri taşımaktadır. Emzirme, bebek ve anne sağlığına olumlu katkı sağlarken aynı zamanda anne sütü yerine geçen ürünlerin maliyetini azaltarak toplumun ekonomik yükü üzerinde de etkiye sahiptir. Uluslararası platformlarda yürütülen faaliyetler kapsamında emzirmeye özendirilmeye ve teşvik etmeye yönelik ulusal düzeyde de pek çok program yürütülmekte olup, yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Emzirmeyi birçok fizyolojik, psikolojik, bireysel, çevresel ve toplumsal faktör etkilemektedir. Emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek olumsuz faktörler ebeler tarafından değerlendirilmelidir. Özellikle annenin ve ailenin emzirmeye yönelik bireysel özellikleri, tutum ve inançları değerlendirilerek emzirme için gerekli eğitimler ve danışmanlıklar yapılmalıdır.

9. KAYNAKÇA

- Abou-Dakn, M. (2018). Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundh. Gesundh*, 61, 986-989.
- Andreas, N. J., Kampmann, B., & Le-Doare, K. M. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early human development*, 91(11), 629-635.
- Arça, G. & Işık, H.K. (2019). Anne sütü ve emzirmeye ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 221-228.
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), 49-74.
- Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Anigo, K. M., Ota, E., & Sasaki, S. (2015). Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal & child nutrition*, 11(4), 433-451.
- Cacho, N. T., & Lawrence, R. M. (2017). Innate immunity and breast milk. *Frontiers in immunology*, 8, 584.
- Çaka, S. Y., Topal, S., & Altınkaynak, S. (2017). Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 3(2), 120-8.
- Çerçer, Z., & Nazik, E. (2023). Emzirme Sorunları ve Hemşirenin Roller. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(2), 353-365.
- Çetinkaya, H., & Sarı, E. (2023, June). Method of Birth And Breastfeeding-Doğum Şekli ve Emzirme. *Ases VI. International Health, Engineering And Sciences Conference*, 43-52.
- Dalili, H., Shariat, M., Nayeri, F., Emami, Z., Sahebi, R., & Sahebi, L. (2020). Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran, systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, e23-e30.
- Dönmez, A., & Yeyğel, Ç. (2022). Kadın ve Çocuk Sağlığında Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(3), 54-58.
- Dündar, T. (2021). Emzirmeyi etkileyen faktörler. Özsoy S. emzirme ve anne sütü ile beslemede danışmanlık/güncel yaklaşımlar. 1. baskı (ss. 59-65). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Ekti Genç, R. (2020). Anne Sütünün Çocuk Sağlığı Açısından Önemi. Çeber Turfan, E., Akçiçek, E., Başgün Eksioğlu, A. (Ed.) Anne Sütü ve Emzirme İçinde (81-98. ss.) Ankara; Vize Yayıncılık.
- Erçin, E., & Köseoğlu, S. Z. A. (2022). Güncel bilgilerle laktasyon dönemi ve etkileyen faktörler. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 94-99.

- Esencan, T. Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A. D., Abbasoğlu, D. E., Külek, H., Şimşek, Ç., & Kılıççı, Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(1), 31-43.
- Global Breastfeeding Scorecard. (2017). Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. Erişim Adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/breastfeeding/global-breastfeeding-collective/global-bf-scorecard-2017.pdf?sfvrsn=d5ebb905_5&download=true, Erişim Tarihi: 11.12.2023.
- Gökdoğan-Keleş, M., Akdolun-Balkaya, N., & Toker, E. (2023). Attitudes and counselling of healthcare professionals on increasing breast milk: cross-sectional study. *Enfermeria Clínica (English Edition)*, 33(3), 195-204.
- Gupta, P. M., Perrine, C. G., Chen, J., Elam-Evans, L. D., & Flores-Ayala, R. (2017). Monitoring the World Health Organization global target 2025 for exclusive breastfeeding: experience from the United States. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 578-581.
- Hatmal, M. M. M., Al-Hatamleh, M. A., Olaimat, A. N., Alshaer, W., Hasan, H., Albakri, K. A., & Mohamud, R. (2022). Immunomodulatory properties of human breast milk: MicroRNA contents and potential epigenetic effects. *Biomedicines*, 10(6), 1219.
- Hermansson, H., Kumar, H., Collado, M. C., Salminen, S., Isolauri, E., & Rautava, S. (2019). Breast milk microbiota is shaped by mode of delivery and intrapartum antibiotic exposure. *Frontiers in nutrition*, 6, 4.
- İnce, T., Aktaş, G., Aktepe, N., & Aydın, A. (2017). Annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, 7(3), 183-190.
- Karaca Saydam, B. (2020a). Emzirmenin Anne Yönünden Önemi. Çeber Turfan, E., Akçiçek, E., Başgün Eksioğlu, A. (Ed.) Anne Sütü ve Emzirme İçinde (97-108 ss.) Ankara; Vize Yayıncılık.
- Karaca Saydam, B. (2020b). Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Laktasyon. Çeber Turfan, E., Akçiçek, E., Başgün Eksioğlu, A. (Ed.) Anne Sütü ve Emzirme İçinde (109-116 ss.) Ankara; Vize Yayıncılık.
- Kent, J. C., Prime, D. K., & Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 114-121.
- Lyons, K. E., Ryan, C. A., Dempsey, E. M., Ross, R. P., & Stanton, C. (2020). Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients*, 12(4), 1039.
- Martin, C. R., Ling, P. R., & Blackburn, G. L. (2016). Review of infant feeding: key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*, 8(5), 279.

- Olukman M., Göksel, S. (2020). Galaktogoglar. Çeber Turfan, E., Akçiçek, E., Başgün Eksioğlu, A. (Ed.) Anne Sütü ve Emzirme İçinde (163-172 ss.) Ankara; Vize Yayıncılık.
- Piwoz, E. G., & Huffman, S. L. (2015). The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food and nutrition bulletin*, 36(4), 373-386.
- Rio-Aige, K., Azagra-Boronat, I., Castell, M., Selma-Royo, M., Collado, M. C., Rodríguez-Lagunas, M. J., & Pérez-Cano, F. J. (2021). The breast milk immunoglobulinome. *Nutrients*, 13(6), 1810.
- Soyhan, F., & Demirci, N. (2020). Türkiye ve Dünyada Emzirme Danışmanlığı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 101-114.
- Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: anatomy and physiology of lactation. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(12), 305-310.
- Tiryaki, Ö., & Altınkaynak, S. (2021). Emzirme danışmanlığında hemşirenin rolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 218-224.
- TNSA (2018). Erişim Adresi: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- Triansyah, A., Indarty, A., Tahir, M., Sabir, M., Nur, R., Basir-Cyio, M., ... & Rusydi, M. (2021). The effect of oxytocin massage and breast care on the increased production of breast milk of breastfeeding mothers in the working area of the public health center of Lawanga of Poso District. *Gaceta Sanitaria*, 35, S168-S170.
- Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 367-384.
- Tunçkılıç, M., Aydın, N., & Küğcümen, G. (2019). Anne sütü ve emzirmenin yenidoğan üzerine etkisi ve ebelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 1-8.
- Uludasdemir, D., & Kaya, S. P. (2023). Kadınların Kamusal Alanda Emzirmesinin Önündeki Engeller: Literatür İncelemesi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 22-32.
- UNICEF, WHO. (2023). Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/press-releases/joint-statement-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-0> , <https://www.who.int/news/item/01-08-2023-joint-statement-by-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-general-dr-tedros-adhanom-gebreyesus-on-the-occasion-of-world-breastfeeding-week>. Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- World Health Organization (2013). Country implementation of the international code of marketing of breast-milk substitutes. Retrieved from WHO. World Health Organization. Erişim Adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85621/9789241505987_eng.pdf , Erişim Tarihi: 11.11.2023.

- World Health Organization, & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization. Erişim Adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=biABXOXrajYC&oi=fnd&pg=PP6&ots=1oy0if6WUR&sig=uGdOCrJKvQrg_RQgM0qJxBf9VRc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false, Erişim Tarihi: 11.11.2023.
- Yeşildere Sağlam, H., Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2020). Çalışan Kadınlarda Emzirme: Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesini Etkileyen Faktörler, Emzirme Politikaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(2), 338-344.
- Yuen, M., Hall, O. J., Masters, G. A., Nephew, B. C., Carr, C., Leung, K., ... & Moore Simas, T. A. (2022). The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. *Journal of Women's Health*, 31(6), 787-807.

Kültür, Din ve Coğrafi Bölgenin Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi

Müge Seval¹

Emine Uzuntarla Güney²

Tülay Kuzlu Ayyıldız³

Özet

Çocuklar belirli bir ailenin içine doğmakla beraber belirli bir toplum ve kültürün de içine doğarlar. İnançlarını manevi değerlerini, bilgi ve becerilerini ailelerinden ve içinde buldukları kültürden öğrenirler. Dolayısıyla çocuklar yaşadıkları bölgenin sosyal, kültürel ve manevi yönlerinden etkilenirler. Sağlıkla ilgili inançlar ve uygulamalar, bireylerin kültürlerinin bir bileşenidir. Bir toplumun kültürü ve kültürel uygulamaları çocukların ve ailelerin sağlık ve hastalık anlayışlarını, sağlık sorunlarına karşı tutumlarını, tepkilerini ve tedavi uygulamalarını doğrudan etkiler. Ailelerin kültürel ve manevi değerlerini sağlık uygulamalarına yansıttıkları ve sağlık sorunlarına bu değerleri dikkate alarak çözüm aradıkları belirtilmektedir. Bu derleme çalışmasında toplumların belirli kültürel ve dini değerlerinin ve yaşadıkları coğrafi bölgelerin sağlık bakım ve tedavi uygulamalarına nasıl yansıdığı üzerinde durulmuş çocuk sağlığını nasıl etkileyebileceği konusunda bir perspektif geliştirmeye çalışılmıştır. Belirli din ve inançların beslenme ve sağlık bakım uygulamalarına dair; belirli coğrafi bölgelerin ise sağlık bakım uygulamaları, çocuk ve aile ilişkileri ve iletişim şekillerine dair örnekler verilmiştir. Sonuç olarak sağlık bakım profesyonelleri, farklı kültürlerin, inançların ve coğrafi bölgelerin sağlık uygulamalarına ve çocukların sağlığına nasıl yansıyabileceğinin farkında olmalıdır. Ayrıca toplumların ve bireylerin kültürel değerleri ve sağlık uygulamalarındaki farklılıkları anlamak için bütüncül bir bakıma yaklaşmalı, kültürel farkındalık ve yeterliliğe sahip olmalıdır.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, sevalmuge@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1917-285X

2 Uzm. Hem. Doktora Öğrencisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, amine.uzuntarla@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6167-0409

3 Prof. Dr. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, tayyildiz67@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8924-5957

GİRİŞ

Campinha-Bacote'ye göre “bir grup insanın ortak inançları, değerleri, uygulamaları, din ve dil gibi özelliklerinin tamamı” olarak tanımlanan kültür, Tanrıverdi'nin tanımında “yaşam biçimi, maddi ve manevi unsurların bileşimi ve insanların yaptığı her şey” şeklinde ifade edilmiştir. (Campinha-Bacote, 1998; Tanrıverdi, 2016; 2017). Nesilden nesile geçen, inanışlar, davranış şekilleri ve insanların yaşam biçiminin tamamıdır. Kültürel değerler insanın düşünerek, karar almasına ve buna uygun harekete geçmesine yol gösteren itici güçlerdir. Kültürel farklılıklar ise bireyin hayat biçimlerindeki değişiklikleri gösterir Pek çok toplumda çocuklar insanların devam ettirdiği gelenek göreneklere göre yetiştirilirler. Gelenek ve görenekler din, yaşanan coğrafya ve kültür saç ayağının üzerindeki derin kazanda şekil bulan bir karışımdır. Üç ezan beslenemeyen bebek de, kuvvetli olsun diye dimdik kundaklandığı için kalça çıkığı olan minik oğlan da, ileri de kokmasın diye tuzlanıp susuz kalan bebek de, evdeki büyük gerek duymadığı için ateşlendiği halde doktora götürülemeyip nöbet geçiren çocuk da, okula giderse söz dinlemez denilen kız çocuğu da aynı dinin, coğrafyanın ve kültürün çocuklarıdır. (<https://www.cocukpsikiyatri.org/kulturum-cocuklar-uzerindeki-etkisi>). Toplumun refah, kültür, ahlak düzeyinin yükselmesi için dinin ve kültürün aynı coğrafyada yaşayan insanları bütünleştirme özelliğinin iyi kullanılması gerekir. Manevi değerlerimizi ve kültürel bütünlüğümüzü korumak için coğrafya kader olmaktan çıkarılmalı ve çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi desteklenmelidir.

1. Kültür, Din ve Coğrafi Bölgenin Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi

Kültür; bireyin sahip olduğu, içinde bulunduğu aile ve toplum tarafından öğrendiği, paylaştığı, gelecek nesillere aktardığı değerler, inançlar, tutumlar, davranışlar ve geleneklerdir (Eğri ve Konak, 2011; Aral ve Kılıçoğlu, 2018). Kültür, çocukların toplum içerisinde yetişmesine yardımcı olduğu gibi aile yapılarının gelecek nesillere aktarılmasını da sağlar (Yıldız vd, 2018).

Çocuklar belirli bir ailenin içine doğmakla beraber aynı zamanda belli bir toplum ve kültürün de içine doğarlar (Kyle ve Carman, 2013) ve inançlarını manevi değerlerini, bilgi ve becerilerini ailelerinden ve içinde buldukları kültürden öğrenirler (Hockenberry ve Wilson, 2011; Yıldız vd., 2018). Dolayısıyla çocuklar yaşadıkları bölgenin sosyal, kültürel ve manevi yönlerinden etkilenirler (Kyle ve Carman, 2013). Ayrıca kültür, çocukların fiziksel, zihinsel, duygusal gelişmesinde ve sosyalleşmesinde önemli rol oynamaktadır (Hockenberry ve Wilson, 2011; Yıldız vd., 2018).

Sağlıkla ilgili inançlar ve uygulamalar, bireylerin içinde buldukları toplumun kültürü veya sahip oldukları kültürün bir bileşenidir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2011). Bir toplumun kültürü ve kültürel uygulamaları çocukların ve ailelerin sağlık ve hastalık anlayışlarını, sağlık sorunlarına karşı tutumlarını ve tepkilerini ve tedavi uygulamalarını doğrudan etkilemektedir (Ojua vd., 2013). Kültür, din-inanç, genetik faktörler, coğrafi konum, eğitim düzeyi, göç ve aile yapısının çocuk sağlığını etkilediği, ailelerin kültürel ve manevi değerlerini sağlık uygulamalarına yansıttıkları ve sağlık sorunlarına bu değerleri dikkate alarak çözüm aradıkları belirtilmektedir (Yıldız vd., 2018).

1.1. Din/İnanç ve Çocuk Sağlığı

Toplumların sağlık bakım ve tedavi süreçlerinde dini uygulamaları kullandıkları görülmektedir. Din, toplumların ve bireylerin yaşam felsefesini, sağlık ve hastalık anlayışlarını, tüketilen besin türlerini, doğum ve ölüm geleneklerini ve sağlık uygulamalarını etkileyebilmektedir (Sternthal vd., 2012; Chiswick ve Donka, 2013). Örneğin:

Budizm'de bazı mezhepler vejetaryendir. Alkol ve ilaç kullanımı sakıncalı görülür ve sığır eti yenmesi yasaktır. Fazla beslenmekten ve ameliyatların sık yapılmasından kaçınılır. Temizliğe önem verilir. Dini uygulamalarda ölümden sonra dini tören yapılır.

Hristiyan Alimlerinde kahvenin, bazı çay formlarının ve alkolün fazla tüketilmesinden kaçınılır. Hastalık durumunda ilaç ve terapi uygulamaları hoş karşılanmaz onun yerine fiziksel ve manevi tedavileri tercih edilir. Dini uygulamalarda ölümden sonra dini tören yapılır ve dua edilir.

Hinduizm'de tüm etlerin, hayvansal yağların ve bazı sebzelerin yenmesi yasaktır. Tıbbi uygulamalarda ise çoğu uygulama kabul edilir. Dini uygulamalarda ölümden sonra dini tören yapılır dua edilir.

İslamiyet'te domuz eti, domuz yağı, domuzdan yapılmış janbon, sakatatlar gibi domuz ürünleri, alkol ürünleri ve içecekleri yasaktır. Tıbbi uygulamaların yapılması reddedilmez. Tıbbi bakımda erkek çocukları sünnet ettirilir. Dini uygulamalarda kuran okunur, dua edilir.

Yehova Şahitlerinde tütün kullanmak yasaktır ve alkol az miktarda tüketilebilir. Kan ve kan ürünlerinin tıbbi bakımda kullanımına izin verilmez fakat kan hacmini artırıcı ilaçların kullanımı serbesttir.

Yahudilikte kabuklu deniz ürünleri ve leş ile beslenen balıklar, domuz ve yırtıcı kümes hayvanların eti ve kanlı etlerin (kanlı sosis, çiğ et) yenilmesi yasaktır. Aynı öğün içerisinde et ve süt karışımı yiyeceklerin yenilmesi yasaktır. Süt ürünlerinin tüketimi, et yedikten birkaç dakika sonra gerçekleşmesi

gerekir. Tıbbi bakımda erkek çocukları sünnet ettirilir. Dini uygulamalarda dua edilir.

Roman Katoliklerinde ise paskalyadan önceki ilk çarşamba günü et tüketmek yasaktır. Tıbbi bakımda, hastalığı tedavi etmek için kutsal yağlar kullanılır. Dini uygulamalarda çocuklar vaftiz edilir (Puchalsi vd., 2004; Kongnetiman vd., 2008; Hockenberry ve Wilson, 2011; Terkeş ve Bektaş, 2013; Wiener vd., 2013; Kyle ve Carman, 2013).

1.2. Coğrafi Bölge ve Çocuk Sağlığı

Coğrafi bölge/konuma bağlı olarak çocuğun ve ailenin içinde buldukları çevre sağlık, hastalık ve ağrı anlayışlarını, bunları ifade etme şekillerini etkiler ayrıca bunların sağlık uygulamalarına yansımaya neden olur (Yıldız vd., 2018). Örneğin; Asyalılar, Filipinliler, Suudiler ve İrlandalılar fiziksel ağrıyı sözlü olarak dile getirebilirler (Lovering, 2006). Hindistan, Nepal, Bangladeş, Pakistan gibi Güney Asya ülkeleri ağrıyı yeniden doğuş olarak görebilmektedir (Matthews vd., 2006). Kızılderililer genellikle ağrıyı dile getirmezler ve sadece metaforik olarak bahsedebilirler (Olsen vd., 2007). Koreliler ve Ruslarda zaman zaman hastalık aile/akran ve çocuklar arasındaki çatışmayı artırabilen bir faktör olarak düşünülmektedir (Song ve Ahn, 2007). Nijerya kırsalında çocuklar hırsız, cadı veya büyücü olmasını diye yumurta, et gibi gıdalar kısıtlanabilmektedir (Ojua vd., 2013).

Afrikalılarda geleneksel sağlık uygulamalarında yaygındır ve bu uygulamalar dini kökenlidir ve halk hekimi ile birlikte yürütülür. Tedavi ve hastalıktan korunmak için dua edilir. Afrikalıların aile bağları güçlüdür. Sözel olmayan davranışlar onlar için önemlidir. Uzun göz teması öfke ifadesi olarak görülebilir.

Birleşik Arap Emirlikleri'nde hastalıkta genellikle bitkisel ilaçlar kullanılır. Doğal/bitkisel ilaçların daha az deri bütünlüğünü bozduğu, daha az yan etkisi olduğu, uygun maliyetli olduğu ve vücudu güçlendirdiğine inanılır. Zihinsel ve bedensel hastalıkları azaltmak için yatıştırıcı bir şifa aracı olarak gördükleri kuran okumayı kullanırlar. Suya Kuran ayet okuma gibi uygulamalar görülebilir.

Çinlilerde akupunktur, akupresür ve tıbbi bitkiler sağlık uygulamalarında yaygın şekilde kullanılır. Çocukların davranışları ailenin davranışlarını yansıtır. Bireyin ve ailenin saygınlığı, kendine güveni ve özsaygısı oldukça önemlidir. Duyguların açıkça ifade edilmesini hoş görmezler. Saygı göstergesi olarak göz temasından kaçınırlar.

Japonlarda akupunktur, akupresür, masaj, moksibusyon, kampo tıbbi bitkiler sağlık uygulamalarında kullanılır. Kuşaklar arasında güçlü ilişkiler vardır. Çocuklar gelecek nesil olmaları açısından önemlidir. Duygularını yüz ifadeleri ve el hareketleri ile kolayca ifade ederler ve iletişime açıktırlar.

Haitililerde besinlerin sıcak/soğuk ve hafif/ağır dengesini koruyacak şekilde olması gerekir. Ailenin üremesi önemlidir. Çocuğun aile hiyerarşisinde ikincil bir yeri vardır. Bir şeyi anlamadıklarında genellikle gülerler.

Yerli Amerikalılarda bazı hastalıklar tıbbi yöntemlerle bazıları ise geleneksel yöntemlerle tedavi edilir. Ailedeki yaşlıları ailenin liderleri olarak görürler. Sözel olmayan bir iletişim mevcuttur ve göz temasından kaçınmak saygısızlık olarak görülür.

Meksikalı Amerikalılarda sağlık uygulamaları, bitkisel yöntemler ritüeller ve dini uygulamaları içerir. Beslenmede sıcak ve soğuk besinler yasaktır. Aile bağları güçlüdür. Çocuklar çok değerlidir ve sevilirler. Uzun süreli göz teması saygısızlık olarak yorumlanır.

Vietnamlılar tedavide bitkisel ürünler akupunktur ve spiritüel uygulamalar kullanır. Muayene sırasında hastanın başına dokunulmasına dair endişeleri vardır. Aile saygının bir kurumudur ve çocuklar çok değerlidir. Ebeveynler çocuklarından saygı ve itaat bekler. Soru sormayı saygısızlık olarak görebilir bu yüzden sormakta tereddüt edebilirler Saygı göstergesi olarak sağlık çalışanlarıyla göz teması kurmaktan kaçınabilirler.

İspanyollarda hastaların tedavisi için bitki çayları ve lapa gibi geleneksel sağlık uygulamaların yanı sıra dua da kullanılmaktadır. Aile onlar için önemlidir. Baba ailenin bilgeliği, gücü ve kendine güveni temsil eder; anne ise bakıcı ve sağlık konularında karar vericidir.

Porto Rikolular, hastalıkların tedavisinde geleneksel uygulamaları yaygın şekilde kullanırlar ve sağlığı geliştirmek için çeşitli bitkiler kullanılır. Çocuklar değerlidir ve Tanrı'nın armağanı olarak görülürler. Çocukların ebeveynlerine saygı göstermeleri ve itaat etmeleri beklenir.

Güney Asya; Nepal, Pakistan, Sri Lanka, Maldivler 'de ise dini kurallar çok önemlidir. Sağlık ile ilgili kararlar doktor ve aile üyeleri ile birlikte alınır. Hastanın yatağının etrafına kutsal su serpiştirme ve hastaya kutsal su içirme görülebilir. Aile ile ilgili kararlar baş rahip tarafından alınır ve aile ölümü sosyal bir süreç olarak görür. Ailede akrabalar arasındaki bağlar güçlüdür. Aile ve çocukla iletişimi güçlendirmek için özel sorular sorulabilir (Yıldız vd., 2018; Al-Yateem vd., 2023).

1.3. Sonuç

Farklı kültürler çocukların sağlığını, sağlık uygulamalarını, beslenme biçimlerini, aile ilişkilerini ve iletişim yollarını etkiler. Hemşireler, çocukların ve ailelerin kültürel inanç ve uygulamalarının çocuk sağlığına yansımalarının farkında olmalıdır. Küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan kültürel çeşitlilik sonucu hasta çocuk/aile ve hemşire arasında iletişim farklılıkları oluşabilmekte, bu da sağlık bakım uygulamalarında eksikliklere neden olabilmektedir (Xu vd., 2010; Henderson vd., 2016). Toplumların ve bireylerin kültürel değerleri ve geleneksel sağlık uygulamalarındaki farklılıkları anlamak için hemşirelerin bütüncül bir bakım sağlaması, kültürel farkındalık ve yeterliliğe sahip olması gerekmektedir. Bütüncül bakım uygulamalarının kaliteli ve güvenli olması açısından hemşireler, iletişim farklılıklarını bilmeleri ve etkili iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (Xu vd., 2010; Farmer vd., 2015; Henderson vd., 2016; Yıldız vd., 2018). Hemşireler iletişim yöntemlerinin yanı sıra empati, öz farkındalık ve eleştirel düşünme becerilerini de geliştirmelidir (Jeong vd., 2011; Henderson vd., 2016). Bakım uygulamalarında hemşire, çocuğun ve ailenin kültürel değerlerini dikkate almalıdır (Conk vd., 2013). Ayrıca hemşireler çocuk sağlığını etkileyen geleneksel uygulamaları yakından takip etmeli ve değerlendirmelidir (Lewallen, 2011; Periyakoil, 2011). Ailenin kültürel ve dini tutumlarını değerlendirmeli ve ihtiyaçlarının uygun şekilde karşılanmasını sağlamalıdır (Wiener vd., 2013).

KAYNAKLAR

- Al-Yateem N, Lajam AMA, Othman MMG, Ahmed MAA, Ibrahim S, Halimi A, Ahmad FR, Subu MA, Dias JM, Rahman SA, Saifan AR, Hijazi H. (2023). The impact of cultural healthcare practices on Children's health in the United Arab Emirates: a qualitative study of traditional remedies and implications. *Front Public Health*, 6(11), 1266742. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1266742.
- Aral, N. ve Arslan Kılıçoğlu, E. (2018). Türk kültürü, bez bebekler, kültürel aktarım. 6. *Uluslararası Multidisipliner Avrasya Kongresi, Roma La Sapienza Üniversitesi*, 4-6 Eylül, Tam Metin Bildiri Kitabı, 435-444, Roma.
- Chiswick BR, Donka MM. (2013). Religion and child health: Religious affiliation, importance, and attendance and health status among American youth. *Journal of Family and Economic Issues*, 120-40.
- Campinha-Bacote, J. (1998). Cultural competence in psychiatric mental health nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(2), 35-41.
- Eğri G B, Konak A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Journal of World of Turks*, 3, 143-5.
- Farmer ME, Wehbe-Alamah H, McFarland M, et al. (2015). Development of an extensible game architecture for teaching transcultural nursing, 5, 1-6.
- Henderson S, Barker M, Mak A. (2016). Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Journal of Nursing Education Practice*, 16, 71-78.
- Hockenberry MJ, Wilson D. (2011). *Nursing care of infants and children*, 10th Edn, Mosby Publishing House.
- İlhan S. (2023). Kültürün çocuklar üzerindeki etkisi. <https://www.cocukpsikiyatri.org/kulturun-cocuklar-uzerindeki> .Erişim tarihi: 23.12.2023
- Kongnetiman L, Lai D, Berg B. (2008). Cultural Competency in Palliative Care Research Report. *Alberta: Alberta Health Services*, 1-25.
- Kyle T, Carman S. (2013). *Essentials of Pediatric Nursing*. 2nd Edn: China Wolters Kluwer Health, 25-56.
- Lovering S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 389-395.
- Matthews RA, Del Priore RE, Acitelli LK, et al. (2006). Work-to-relationship conflict: crossover effects in dual-earner couples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 228.
- Ojua TA, Ishor DG, Ndom PJ. (2013). African cultural practices and health implications for Nigeria rural development. *International Review of Management and Business Research*, 1, 176-83.

- Olsen P, Taulii M, Eteni L, et al. (2007). Culture Clues: Communicating with your American Indian/Alaska Native Patient: Patient and Family Education Services at the University of Washington Medical Center.
- Puchalski CM, Rabbi ED, Imam YH. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20, 689-714.
- Seviğ, Ü., Tanrıverdi, G., (eds). (2011). *Kültürlerarası Hemşirelik*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Song S, Ahn P. (2007). Culture clues: Communicating with your Korean Patient: Patient and family education services at the University of Washington Medical Center.
- Sternthal MJ, Williams DR, Musick MA, et al. (2012). Religious practices, beliefs, and mental health: Variations across ethnicity. *Ethnicity & Health*, 17, 171-185.
- Tanrıverdi G. (2016). Kültürel Farklılıklar ve Toplum Temelli Hemşirelik Uygulamaları. Erci B. (Ed.), Halk Sağlığı Hemşireliği (Genişletilmiş 2. Baskı) içinde (ss. 312-319). Elazığ: Güler Matbaacılık, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelikte yeni bir model önerisi: Çevre odaklı kültürel yeterlilik modeli. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4658-4670.
- Terkeş, N., ve Bektaş, H. (2013). Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında kültür. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29 (1), 60-67.
- Wiener L, McConnell DG, Latella L, et al. (2013). Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 11, 47-67.
- Xu Y, Shen J, Bolstad AL, et al. (2010). Evaluation of an intervention on socio-cultural communication skills of international nurses. *Nursing Economy*, 28, 386-92.
- Yıldız, S., Törüner, KE., Altay, N., (2018). Effects of different cultures on child health. *Journal of Nursing Research and Practice*, 2 (2), 6-10.

Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri ve Hemşirelik Bakımı

Gamze Oğuz Erdem¹

Özet

Sıvı ve elektrolit dengesinin korunması, hastaların bakımı açısından çok önemlidir. Bunu yapabilmek için hemşirenin hasta izlem ve değerlendirme parametreleri konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Bu bölümde, temel elektrolitler, vücuttaki işlevleri, normal değerler, elektrolit bozukluğu belirti ve semptomları, tedavi ve bakım ele alınmaktadır.

Giriş

Sıvı elektrolit bozuklukları klinikte karşılaşılan en yaygın sorunlardan biridir. Ciddi yanıklar, travma, sepsis, beyin hasarı ve kalp yetmezliği gibi riskli durumlar sıvı-elektrolit homeostazisinde bozukluklara neden olmaktadır. Olası mekanizmalar arasında hipovolemi veya hipotansiyona bağlı olarak renal perfüzyonün azalması; renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve vazopressin gibi hormonal sistemlerin aktivasyonu ve iskemik veya nefrotoksik böbrek hasarı nedeniyle tübüler hasar yer almaktadır. Ayrıca sıvı ve elektrolit bozukluklarının tanı ve tedavisinde uygunsuz sıvı ve elektrolit uygulanması da göz önünde bulundurulmalıdır. Riskli hastalar sıvı ve elektrolit dengesizlikleri açısından yakından takip edilmelidir. Uygun sıvı tedavisi ve elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi kritik hastaların hayatta kalma oranında büyük fark yaratır. Hasta takibinde hemşire, sağlık ekibinin sıvı ve elektrolit dengesindeki değişiklikleri değerlendiren ve tanımlayan hayati bir üyesidir. Vücuttaki sıvı ve elektrolit dengesizliğinin temel prensiplerini anlamak, hastayı değerlendirilmek, girişimleri planlamak ve bakımın etkilerinin değerlendirilmesinde hemşireler önemli bir role sahiptir.

1 Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği, ORCID ID: 0000-0002-1526-0679, e-mail: gamze.oguz@atlas.edu.tr

1. Vücuttaki Sıvı Dağılımı

Vücudun en önemli işlevlerinden biri sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini korumaktır. Hücre fonksiyonu sadece sürekli beslenmeye ve metabolik atıkların giderilmesine değil, aynı zamanda çevredeki sıvıların fiziksel ve kimyasal homeostazına da bağlıdır. 1857 yılında Fransız Fizyolog Claude Bernard ilk kez "iç ortam" kavramını vurgulamıştır.

Total Vücut Sıvısı Hacim= 40 L Vücut Ağırlığının %60'ı		
Ekstrasellüler Sıvı Hacim= 15 L Vücut Ağırlığının %20'si		
İntrasellüler Sıvı Hacim= 25 L Vücut Ağırlığının %40'ı	İnterstisyel Sıvı Hacim: 12 L Ekstrasellüler Sıvı'nın %80'i	Plazma Hacim= 3 L Ekstrasellüler Sıvı'nın %20'si

Şekil 1: Vücut Sıvı Bölümleri

Su vücudun en önemli içeriğini oluşturmaktadır ve sağlıklı yetişkin bir bireyde vücut ağırlığının yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Su; beden tuzları, besinler ve atıkların çözüldüğü ve taşındığı bir eriticidir. Su içeriği cinsiyet, yaş ve beden kitlesine bağlı olarak değişim gösterir. Vücut ağırlığının su yüzdesinin, kadınlara göre erkeklerde daha fazla olması, erkeklerde vücut kitlesindeki yağ oranının daha az olmasına bağlanmaktadır. Yağ dokusu, aynı miktardaki yağsız dokudan daha az su içeriğine sahiptir. Bebeklerin beden ağırlığı, düşük vücut yağı ve düşük kemik kütesine bağlı olarak % 70-%80 oranında sudur. Bebeklikten sonra, toplam vücut suyu yaşam boyu azalma eğilimindedir, su yaşlıların vücut kütesinin sadece % 45'ini oluşturur (Kanan, 2012).

Hastalıklar, yaralanmalar ve cerrahi travmaya maruz kalmak vücudun sıvı-elektrolit dengesinde değişikliklere sebep olmaktadır. Sıvı-elektrolit dengesinde meydana gelen değişikliklerin fark edilebilmesi için vücudun normal sıvı-elektrolit metabolizmasının bilinmesi gerekmektedir. Vücut sıvısı farklı bölümlerde yer almaktadır. Total vücut sıvısının 2/3'ü intrasellüler, 1/3'ü ekstrasellüler alanda yer alır. Ekstrasellüler bölüm interstisyel ve intravasküler alan olmak üzere ikiye ayrılır. İnterstisyel ve ekstrasellüler sıvılar arasında elektrolit içeriği açısından belirgin farklılıklar görülmektedir. Potasyum (K⁺) yoğun olarak intrasellüler alanda iken Sodyum (Na⁺) ve Klor (Cl⁻) ekstrasellüler alan iyonlarıdır. İnterstisyel ve ekstrasellüler

alan arasında sıvı değişimi osmoz yoluyla gerçekleşir. Ekstrasellüler alanın iki komponenti arasında suyun hareketi esas olarak protein konsantrasyon farkları ile belirlenir. Hücre dışı sıvı içerdiği iyonlarla birlikte hücreler için gerekli oksijen, glikoz, yağ asitleri ve aminoasit gibi besinleri de içermektedir. Hücrelerden atılmak üzere akciğerlere taşınan karbondioksit ve böbrekler yoluyla atılacak hücre atıklarda hücre dışı sıvı içerisinde yer alır. İntravasküler sıvı, organ perfüzyonu için kritik öneme sahiptir (Demirel ve ark., 2006; Kaymakçı, 2014). Hücre dışı sıvının küçük ancak en önemli sıvı bölümü *Transsellüler sıvıdır*. Bu bölüm vücut ağırlığının %1-2'ini oluşturur. Asit ve plevral effüzyon gibi durumlarda sıvı volüm hesaplamasında dikkate alınması gerekir. Transsellüler sıvının geri emilimi olmadığı için kaybedilen miktarın yerine konulmadığı durumlarda ciddi sıvı ve elektrolit dengesizliği meydana gelebilir (Kanan, 2012; Kaymakçı, 2014).

2. Vücut Sıvı Dengesi

Normal bir erişkinde, günlük ortalama sıvı alımı 2600 ml'dir. Sıvı alımı içecek, yiyecek ve oksidasyon (metabolizma sonucu) yoluyla gerçekleşir. Günlük sıvı kaybı, idrar, akciğerler, deri ve dışkı yoluyla gerçekleşmektedir. Normal yetişkin bireylerde vücut sıvılarında osmolalitenin korunması bakımından alınan ve kaybedilen sıvı miktarının dengede olması gerekmektedir (Ören, 2016).

Tablo 1: Erişkin Bireylerde Ortalama Günlük Alınan ve Kaybedilen Sıvı Miktarı

Alınan Sıvı	Miktar (ml)	Kaybedilen Sıvı	Miktar (ml)
Sıvı içecekler	1300ml	İdrar	1500ml
Yiyecekler ile alınan sıvı	1000ml	Gaita	200ml
Oksidasyon (Metabolizma)	300ml	Akciğerler	300ml
		Deri	600ml
Toplam Alınan Sıvı	2600ml	Toplam Kaybedilen Sıvı	2600ml

Kaynak: Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Tenth Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.

3. Elektrolitler

Vücut sıvılarındaki (hücre içi ve hücre dışı) elektrolitler aktif kimyasallardır (pozitif yük taşıyan katyonlar ve negatif yük taşıyan anyonlar).

Vücut sıvılarındaki temel katyonlar sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve hidrojen iyonudur. Başlıca anyonlar ise klorür, bikarbonat, fosfat, sülfat ve proteinat iyonlarıdır (Smeltzer ve Bare, 2004).

Tablo 2: Vücut Sıvılarındaki Elektrolit Dağılımları

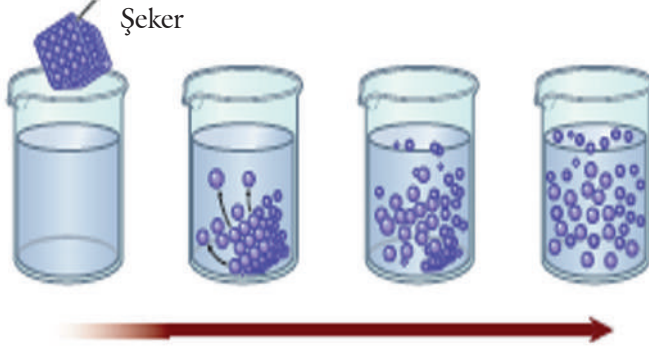
	Ekstrasellüler sıvı	İntrasellüler sıvı
Katyonlar		
Na ⁺	142 Eq/Lt	10 Eq/Lt
K ⁺	5 Eq/Lt	141 Eq/Lt
Ca ⁺⁺	5 Eq/Lt	1 Eq/Lt
Mg ⁺⁺	3 Eq/Lt	58 Eq/Lt
Anyonlar		
Cl ⁻	103 Eq/Lt	4 Eq/Lt
HCO ₃	28 Eq/Lt	10 Eq/Lt
PH ₄ (fosfat)	4 Eq/Lt	75 Eq/Lt
SO ₄ (sülfat)	1 Eq/Lt	2 Eq/Lt
Proteinat	-	18 Eq/Lt

Kaynak: Demirel, İ. Atalan K., & Çakar, N. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science, 2(18): 45-61.

3.1. Sıvı- Elektrolit Hareketini Düzenleyen Mekanizmalar

Su ve elektrolitlerin intrasellüler ve ekstrasellüler sıvı arasındaki hareketi basit difüzyon, kolaylaştırılmış difüzyon ve aktif transport gibi birçok farklı süreci içerir. Elektrolitler, konsantrasyon ve elektrik eğiliminin az olduğu, karşıt yüklü alana doğru hareket ederler. Suyun geçişinde hidrostatik basınç ve osmotik basınç gibi iki kuvvet etkilidir (Lewis ve ark., 2014).

Difüzyon: Moleküllerin, yüksek konsantrasyonlu ortamdan daha düşük konsantrasyonlu ortama geçişidir. Sıvı, gaz ve katı maddelerde meydana gelir. Her iki alanda konsantrasyonlar eşit olduğunda moleküllerin hareketi durur. Maddelerin geçişinin sağlanabilmesi için iki bölme ayıran membran geçirgen olmalıdır. Basit difüzyon dışarıdan bir enerji gerektirmez (Lewis ve ark., 2014).



Şekil 2: Difüzyon

Kaynak: Lewis, S. H., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. Single Volume. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Şekilde moleküllerin yüksek konsantrasyonlu alandan düşük konsantrasyonlu alana geçişi gösterilmektedir. Sonunda şeker molekülleri eşit olarak dağılır (Lewis ve ark., 2014).

Kolaylaştırılmış Difüzyon: Kolaylaştırılmış difüzyon, hücre zarından geçemeyecek büyüklükte moleküllerin bir taşıyıcı protein aracılığı ile yüksek konsantrasyonlu alandan düşük konsantrasyonlu alana hareket etmesine yardımcı olur. Basit difüzyon gibi kolaylaştırılmış difüzyon da pasiftir ve enerji gerektirmez. Glikozun hücre içine geçişi örnek olarak verilebilir (Lewis ve ark., 2014).

Aktif Transport: Aktif transport, moleküllerin daha yoğun olan kısma doğru hareket ettiği bir süreçtir. Bu işlem enerji gerektirir. Sodyum potasyum pompası örnek olarak verilebilir. Sodyum ve potasyum konsantrasyon yoğunlukları, hücre içi ve hücre dışında farklılık göstermektedir. Bu konsantrasyon farkını korumak için aktif transport aracılığıyla sodyum hücre dışına ve potasyum hücre içine hareket eder. Sodyum potasyum pompası için enerji kaynağı mitokondride üretilen adenozin trifosfat (ATP)'tir (Lewis ve ark., 2014).

Ozmoz: Yarı geçirgen bir zarla ayrılmış iki bölme arasında suyun hücre zarı yoluyla düşük yoğunluklu alandan yüksek yoğunluklu alana doğru hareketidir. Dışarıdan enerji gerektirmez, konsantrasyon farkı ortadan kalktığında veya hidrostatik basınç oluştuğunda ve suyun ileri hareketi yeterli olduğunda durur (Lewis ve ark., 2014).

Osmolarite: Bir litre solüsyon içinde çözülmüş partiküllerin toplam sayısı osmolarite olarak ifade edilir (Partiküllerin oluşturduğu yoğunluk). Osmolaritesi hücre içiyle aynı olan sıvılara “*izotonik*”, hücre içi osmolaritesinden yüksek olanlara “*hipertonik*”, hücre içi osmolaritesinden düşük olanlara “*hipotonik*” sıvılar denir (Akdemir ve Tel, 2018).

Osmotik Basınç: Suda çözülmüş olan partiküller sürekli hareket halinde oldukları için birbirlerine ve buldukları bölmenin duvarlarına çarparak osmotik basınç oluştururlar. Geçirgen bir zar ile ayrılan ve aralarında osmolarite farkı olan iki bölme arasında suyun geçişi; osmolaritenin yüksek, suyun konsantrasyonunun düşük olduğu bölmeye doğru olur. Plazma ozmotik basıncı, yaklaşık 25 mmHg'dır (Akdemir ve Tel, 2018).

Hidrostatik basınç: Hidrostatik basınç, sıvı bölümü içerisindeki kuvvettir. Kan damarlarındaki hidrostatik basınç kalp kontraksiyonundan kaynaklanan kan basıncıdır. Vasküler sistemdeki hidrostatik basınç, kan kapiller ucunda yaklaşık 40 mmHg olana kadar arter boyunca hareket ederken yavaş yavaş azalır. Kapiller seviyede, hidrostatik basınç suyu vasküler sistemden dışarı interstisyel boşluğa iten önemli kuvvettir (Lewis ve ark., 2014). Arteriyollerde 32 mmHg, venüllerde ise 12 mm Hg'dır (Çelik, 2014).

Kolloid Osmotik Basınç: Plazma proteinlerinin oluşturduğu basınçtır. Kapillerdeki normal osmotik basınç 22 mmHg'dır (Çelik, 2014).

Filtrasyon basıncı: Sıvıyı damar dışına iten kuvvettir. Hidrostatik basınç ile kolloid osmotik basınç arasındaki farkı ifade eder. Arteriyollerdeki filtrasyon basıncı $32-22 = +10$ mmHg, venüllerdeki filtrasyon basıncı ise $12-22 = -10$ mmHg'dır (Çelik, 2014).

3.2. Sıvı Volüm Dengesizlikleri

3.2.1. Hipovolemi

Hipovolemi, dolaşımdaki sıvı volümünün azalmasıyla ortaya çıkan ve sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Sıvı kaybı nedeniyle vücut kitlesinin %1 veya daha fazlasının kaybı olarak tanımlanabilir. Hipovolemide hücre dışı sıvı volümü azalmış olmasına karşılık plazma sodyum yoğunluğu azalmış, normal ya da artmış olabilmektedir (Çelik, 2014).

Tablo 3: Hipovolemi Nedenleri

Vücuttan Aşırı Sıvı Kaybı	Yetersiz Sıvı Alımı	Elektrolit Yetersizlikleri
Kusma, diyare, aspirasyon Terleme Yüksek solunum hızı Kanama Ciddi yanıklar Peritonit ADH yetersizliği	Yutkunamama Sıvı bulunmaması Sıvı almada dikkatsizlik İnkontinans korkusu Kalp yetmezliği	Sindirim yoluyla aşırı miktarda su alımı İntravenöz yolla elektrolit içermeyen solüsyonlar verilmesi

Kaynak: Çelik, S. (2014). Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri. Editör: S. Çelik. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

Vücuttan aşırı sıvı kaybedilmesi, yetersiz sıvı alımı ve elektrolit yetersizliği hipovoleminin ortaya çıkmasına neden olur. Hipovolemi gelişen hastada; kreatinin ve üre artışı, idrar yoğunluğu ve miktarında artış, susama, vücut sıcaklığında artış, kan viskozitesinde artış, kilo kaybı, iştahsızlık, bulantı, hızlı ve zayıf nabız, ortostatik hipotansiyon, santral venöz basınçta düşme, deri turgorunda azalma, soğuk nemli deri, baş ağrısı, yorgunluk, uyku hali, sersemlik, koma, uyku hali, oligüri ve akut böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir (Çelik, 2014).

Belirti ve Bulgular

Hastanın klinik tablosunun ağırlık derecesine göre görülebilecek belirti ve bulgular:

- Taşikardi
- Deri ve mukoz membranlarda kuruluk
- Deri turgorunda azalma
- Oligüri, anüri
- Konsantre idrar
- Hemogloblin düzeyinin artışı
- Postural hipotansiyon
- Zayıf ve hızlı kalp atımı
- Boyun venlerinde düzleşme
- Vücut sıcaklığında artış

- Deliryum, halüsinasyon ve iritabilite gibi merkezi sinir sistemi belirtileri, CVP düşüklüğü, hemoglobin, sodyumda artma, gözyaşı, tükürük ve terin azalması
- Kilo kaybı
- Periferik vazokonstriksiyon
- İştahsızlık
- Bulantı (Akdemir ve Tel, 2018).

Tedavi ve Bakım

Temel yaklaşım sıvı kaybı nedeninin tedavi edilmesi ve kaybın yerine konmasının sağlanmasıdır. Amaç, kaybedilen sıvının yerine konması ve hipovolemi komplikasyonlarının önlenmesini sağlamaktır. Hasta ağızdan beslenebiliyor ve ciddi kayıp yoksa kaybedilen sıvının ağız yoluyla yerine konması tercih edilir. Ciddi kayıplarda laktatlı ringer ve %0.9'luk izotonik sıvılar tercih edilir. Sıvı kaybı %25 ve daha üzerinde ise şok tablosu gelişir (Akdemir ve Tel, 2018; Çelik, 2014).

Hemşirelik Girişimleri

Hemşire;

- Aldığı çıkardığı takibi
- Kilo takibi
- Vital bulgular
- Cilt turgoru ve rengi
- CVP ölçümü
- Bilinç düzeyi
- Solunum sesleri

Gerekli durumlarda şok'a ilişkin izlem ve bakım uygulamalarını yerine getirir (Akdemir ve Tel, 2018; Çelik, 2014).

- **Aldığı-çıkardığı sıvı izlemi:** Bireyin sıvı dengesinin izlenmesinde 24 saatlik aldığı sıvı ve çıkardığı idrar miktarı kaydedilerek günlük kayıt tutulmalıdır. Alınan ve çıkarılan miktar değerlendirilirken oral, parenteral ve enteral beslenme, intravenöz sıvı tedavisi dikkate alınmalıdır. Hasta ağızdan beslenebiliyorsa sıvı alımı artırılmalıdır. Ağızdan beslenemiyorsa duruma göre intravenöz yolla %0.9 NaCl, Laktatlı ringer ve %5 Dekstroz verilir. Yeterli hidrasyon sürdürme

nedenleri ve amaçlanan oranda sıvı alımının sağlanması yönünde hastaya açıklama yapılmalıdır. Hastanın her 24 saatte günde en az 1000-1500 ml sıvı çıkışı sağlanmalı ve takibinin yapılması gerekir. İdrar dansitesinde azalma yönünden hasta takibi yapılmalıdır. Hastanın çıkardığı takibi yapılırken; idrar, sıvı halde dışkı, kusma esnasında kaybedilen sıvı, nazogastrik drenaj, terleme ile kaybedilen sıvı, yara drenajı ve solunum esnasında kaybedilen ek sıvı kayıpları da hesaplanmalıdır. Kahve, çay ve greyfurt suyunun diüretik etkiye sahip olduğu ve sıvı kaybını arttıracacağı konusunda bilgi verilmelidir (Kaymakçı, 2014; Akdemir ve Tel, 2018; Moyet, 2012).

Yara drenajı varsa;

- Drenaj miktarı ve tipi kaydedilmelidir.
- Gerekli durumlarda sıvı kaybını tahmin etmek için pansuman sargıları tartılmalıdır.
- Sıvı kaybını minimuma indirmek için yara kapatılmalıdır (Moyet, 2012).

Vital bulguların izlemi: Vital bulgu takibi hastanın durumuna göre düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Hafif hipovolemide kompensasyon mekanizmalarının devreye girmesine bağlı olarak kan basıncı normal sınırlarda olup nabız artmıştır. Ciddi sıvı volüm eksikliğinde kan basıncı düşer, nabız hızlı ve zayıftır, boyun venlerinde düzleşme vardır. Doku perfüzyonundaki azalmaya bağlı hipoksi ve solunum hızında artış meydana gelebilir. Hastanın mental durumunun da yakından takip edilmesi önemlidir. Serebral perfüzyonun azalmasına bağlı olarak mental durumda değişimler söz konusu olabilir. Bilinç düzeyinde meydana gelen değişimler söz konusu olduğunda travmalara karşı koruyucu önlemler alınır (Kaymakçı, 2014; Çelik, 2014).

Kilo takibi: Hasta'nın hergün aynı saatte aynı tip giysilerle idrar yaptıktan sonra kilo kontrolü yapılmalıdır. Hastada 0.5 kg'lık akut kilo kaybı yaklaşık 500 ml sıvı kaybını göstermektedir. Vücut ağırlığında %2-%4 kayıp olması hafif dehidratasyonu, %5-%9 kayıp olması orta derece dehidratasyonu gösterir (Kaymakçı, 2014; Moyet, 2012).

Deri turgorunun değerlendirilmesi: Volüm dengesizliklerinde deri turgoru değerlendirilmelidir. Hipovolemik hastada dehidratasyon varsa deri turgoru azalmıştır. Deri turgoru kontrolü el, ön kol, sternum üzerinden yapılır. Deride kuruluk olması durumunda deri nemlendirilir. Yaşlı bireylerde deri turgoru değerlendirmesi alın ya da sternum üstü gibi cilt elastikiyetinin daha az değişim gösterdiği alanlar tercih edilir. Yaşlı bireylerde hastanın

pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmelidir. Kanamaya bağlı hipovolemi gelişmişse kan transfüzyonu yapılmalıdır (Kaymakçı, 2014; Akdemir ve Tel, 2018; Çelik, 2014).

3.2.2. Hipervolemi

Hücre dışı sıvı volümünde artışa bağlı olarak gelişen hipervolemide sıvı artışına bağlı olarak sodyum da artış gösterir. Böbrekler hipervolemiye bağlı olarak tuz tutmaya başlar bu durum vücudun toplam sodyum içeriğini arttırarak sıvı artışına neden olur (Çelik, 2014; Cirino, 2023).

Tablo 4: Hipervolemi Nedenleri

Hipervolemi Nedenleri	Plazma Proteinlerinin Azalması	Kapiller geçirgenliğinin Artması
Böbreklerde su ve tuz tutulması Yüksek venöz basınç Arteriyel dirençte azalma	Proteinlerin böbrekten atılması Deriden protein kaybı (yanıklar, derin yaralar) Protein sentezinde duraklama (karaciğer hastalıkları, beslenme bozuklukları)	Yanıklar Uzun süren iskemi Vitamin C eksikliği Bakteriyel enfeksiyonlar, toksinler

Kaynak: Çelik, S. (2014). Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri. Editör: S. Çelik. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

Belirti- Bulgular

- El bileği, ayak bileği, ayak ve yüz bölgesinde sık sık karşılaşılan gode bırakan ödem, göz kapaklarında ödem
- Rahatsızlık hissi, kramp, baş ağrısı ve midede şişkinlik
- Hipertansiyon
- Dispne, solunum sayısında azalma
- Kilo artışı
- Taşikardi, dolgun nabız
- İdrar yoğunluğunda azalma
- Boyun venlerinde dolgunluk, santral venöz basınçta artış
- Dilüsyon nedeniyle BUN, hemoglobin ve hematokritte düşmeler yaşanabilir. Bazı durumlarda protein alımının yetersiz olmasına bağlı

olarak da benzer durumlar yaşanabilmektedir. Neden tespit edilerek takibi yapılmalıdır (Akdemir ve Tel, 2018; Cirino, 2023).

Tedavi ve Bakım

Tedavide primer amaç intravasküler sıvı volümünü azaltmak, sıvı yükünü azaltmak, sıvı dengesini sağlamak, planlanan miktarda sıvı ve diyet takibi yapmak, deri bütünlüğünün devamını sağlamaktır (Çelik, 2014).

Hipervolemi altta yatan bir hastalığa bağlı olduğu için öncelikle altta yatan hastalığın tedavi edilmesi gerekir. Na⁺ kısıtlaması yapılmalıdır. Bu kısıtlama mevcut ödemin derecesine ve hastanın uyumuna göre yapılır. Hafif ve orta şiddette hipervolemide Na⁺ ve su kısıtlanması yeterlidir. Hafif ve orta şiddetteki hipervolemide tiyazid grubu, ciddi hipervolemide ise Loop diüretikler (furosemid) kullanılır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda potasyum tutan diüretikler kullanılmamalıdır. Hastanın böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler göz önünde bulundurularak gerekli durumlarda Na⁺ ve su fazlalıklarında nitrojen artı ürünlerini, K⁺'u ve asit-baz dengesini düzeltmek, Na⁺ ve su fazlalığını azaltmak için diyaliz ya da peritoneal diyaliz yapılabilir. Hastanın diyet düzenlemesi yapılmalıdır. Klinik durumuna göre su ve Na⁺ kısıtlamasının yapılması gerekir. Na⁺ içeren gıdalardan hasta uzak durmalıdır ve bunun yerine tatlandırıcılar, lezzet veren baharatlar (limon, nane, reyhan gibi) kullanılabilir. Lezzet vermek için yine tuz yerine sirke kullanılabilir (tadına göre, yaklaşık 4-5 litreye 2-3 çay kaşığı sirke) (Kaymakçı, 2014; Akdemir ve Tel, 2018; Çelik, 2014; Moyet, 2012).

Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşire;

- Aldığı-çıkarıldığı takibi
- Günlük kilo takibi
- Ödem takibi
- Dispne ve ortopne geliştirse oturur pozisyonda olmasını sağlar.
- Hastada sodyum kısıtlaması yapılarak tuz yerine kullanılacak maddeler konusunda bilgilendirilmesini sağlar.
- Solunum sesleri takibi
- CVP takibi
- Boyun venlerinde dolgunluk
- HiperTA açısından hastayı takip altında tutmalıdır (Moyet, 2012).

Hipervolemisi olan hastada sıvı volüm artışından dolayı nabız dolgun, boyun venleri genişlemiştir. Pulmoner ödeme bağlı olarak sık ve zorlu solunum görülmekte, öksürük ve akciğerler dinlendiğinde çıtırtı sesleri duyulmaktadır. Parenteral sıvı tedavisi alan hastalarda akciğer sesleri dinlenmelidir. Ödem varsa deri basınç belirtileri yönünden izlenmeli, derinin basınç altında kalan bölgeleri desteklenmeli ve nazıkçe hijyeni sağlanarak dikkatlice kurulmalıdır. Flaster ya da bant gibi materyaller kullanmaktan kaçınılmalıdır. En az 2 saatte bir hastanın pozisyonu değiştirilmelidir. Hemşire, ödem derecesini, vücudun hangi bölgelerinde olduğunu gözlemleyerek kaydetmelidir. Ödemli ekstremitelere kalp seviyesinin yukarısında olacak şekilde tutulmalıdır. Böbrek fonksiyonlarında yetersizlik olduğu durumlarda hemodiyaliz uygulanır ve 24 saatlik aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Bunun dışında hemşirenin hastaları hipervolemiyi önlemek için kullandıkları ilaçların Na⁺ içermesi bakımından bilgilendirmesi gerekmektedir. Hastaların evde bakıma yönelik mutlaka diyet, sıvı alımı ve kullandığı ilaçlar konusunda eğitimleri planlanmalıdır (Akdemir ve Tel, 2018; Moyet, 2012).

3.3. Elektrolit Dengesizlikleri

Elektrolit; su gibi bir çözücüde iyon adı verilen elektrik yüklü partiküllere ayrılan atomlardan oluşan bileşenler olarak ifade edilmektedir. Pozitif iyonlar "katyon" negatif iyonlar ise "anyon" olarak adlandırılmaktadır. Elektrolitler; iyon yükleri reaksiyona girerek enzimatik ve biyokimyasal reaksiyonlarda hücre membranının yapı ve fonksiyonları, hormon fonksiyonları, kas kontraksiyonları ve kardiyak fonksiyonların sürdürülmesinde, sinir uyarılarının iletiminde, kemik oluşumunda, sıvı ve asit baz dengesinin düzenlenmesinde önemli role sahiptir. Hücre içi sıvıların temel katyonu potasyum, hücre dışı sıvıların ise temel katyonu sodyum'dur (Çelik, 2014).

3.3.1. Sodyum (Na) Dengesizlikleri

Ekstrasellüler sıvının temel katyonudur. Plazma ve hücre dışı bölgede sodyum yoğunluğu 135-145 mEq/L (135-145 mmol/L)'dir ve ekstrasellüler sıvının hacmi ve osmolalitesinin temel belirleyicisidir. Sodyumun vücutta su dağılımını kontrol etmede büyük rolü vardır. Sodyum, ayrıca kas kasılması ve sinir uyarılarının iletilmesinde de rol almaktadır (Smeltzer ve ark., 2010).

3.3.1.1. Hiponatremi

Serum sodyum değerinin 135 mmol/Lnin altında olması hiponatremi olarak ifade edilmektedir. Hiponatremi en sık karşılaşılan elektrolit bozukluklarından biridir. Uzun süre hastanede yatan, oral olarak

beslenemeyen, destek amaçlı sadece dekstroz içeren intravenöz solüsyonları alan hastalarda hiponatremi gelişmesi riski yüksektir (Zümrütdal, 2013). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda %30-%40 gibi yüksek oranda görülen hiponatremi önemli bir klinik sorunu teşkil etmektedir (Dasta ve ark., 2015). Epidemiyolojik çalışmalarda kalp yetmezliği, siroz, kronik böbrek yetmezliği, kanser ve son dönem böbrek yetmezliği gibi hastalıklarda mortalite oranında artış görülmesinin hiponatremi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Jovanovich ve Berl, 2015). Sodyum düzeyinin düşük olması total vücut sodyumunun eksikliği anlamına gelmez. Toplam Na⁺ ile volüm arasındaki dengenin bozulduğunu gösterir (Akdemir ve Tel, 2018).

Etiyoloji

Normalde organizmada hipoosmolarite gelişince susama merkezi ve antidiüretik hormon inhibe edilerek böbreklerden sıvı kaybının artmasına sebep olarak osmolar denge sağlanır (Akdemir ve Tel, 2018). Hiponatremi, sodyum içeren sıvı kayıpları ve ya aşırı sıvı alımından kaynaklanmaktadır (Sahay, M ve Sahay R, 2014). Konjestif kalp yetmezliği, karaciğer sirozu, nefrotik sendrom gibi hastalıklarda ödeme bağlı olarak dilüsyonel hiponatremi gelişebilmektedir (Akdemir ve Tel, 2018). Hiponatremi psödo hiponatremi, gerçek ve translokasyonel hiponatremi olarak sınıflandırılır.

Pseudo (normo - osmolal) veya izotonik hiponatremi, hipertrigliseridemi veya plazma proteinlerinde artışa bağlı olarak gelişir. Belirgin hiperlipidemi (trigliserit > 1500 mg / dL) veya hiperproteinemi (protein > 10 g / dL) olan olgularda plazma su fraksiyonu yüzde 80'in altına düşmektedir (Sahay ve Sahay 2014). Hiperglisemi, mannitol, gliserol gibi serum osmolaritesinin yüksek olduğu tabloda redistribütif hiponatremi gelişebilmektedir. Örneğin; her 100 mg/dl kan glikoz artışı için Na 1.6 mEq/L düşüş gösterir (Yolcu, 2015).

Organizmada hipoosmolarite geliştiği durumlarda susama merkezi ve ADH inhibe edilerek böbreklerden sıvı kaybı artırılır ve osmolar denge sağlanır. Fakat, kafa travmaları, bazı endokrin hastalıklar, fizyolojik ve psikolojik stres durumlarında oksitosin, siklofosamid, vinkristin, tiyoridazin, amitriptiline gibi ilaçların kullanılması durumunda ADH'nin uygun salınmamasına bağlı olarak dilüsyonel hiponatremi tablosu gelişir. Etkin sıvı volümünün azalması, loop diüretiklerinin kullanılması, böbrek yetmezliği, adrenal yetmezlik sebebiyle kortizol eksikliği de böbreklerden suyun atılımını azaltarak dilüsyonel hiponatremiye sebep olabilir. Musluk suyu ile lavman yapılması, gastrik irigasyon için salin solüsyonu yerine su kullanılması, IV olarak fazla sıvı yüklenmesine bağlı olarak da dilüsyonel hiponatremi gelişir (Akdemir ve Tel, 2018).

Artmış Serum Osmolalitesi ile Birlikte olan Hiponatremi (Tranlokasyona Bağlı Hiponatremi); Serumda birçok solütün konsantrasyonlarının artmasına bağlı gelişen ozmolalite artışlarında, ozmolaliteyi dengelemek için, su hücre içinden hücre dışına geçer. Bu durumda serumdaki su miktarının artması sebebiyle sodyum konsantrasyonu düşer. Bu şekilde gelişen serum sodyum konsantrasyonu azalmasına translokasyona bağlı hiponatremi adı verilmektedir. Sıklıkla ortaya çıkış sebebi hiperглиsemilerdir. Serum glukoz düzeyindeki her 100 mg/dl'lik artış için, serum sodyum konsantrasyonunda 2.4 mmol/l'lik bir azalma meydana gelir. Mannitol ve glisin infüzyonları sonrasında da benzer durum meydana gelir (Uslu ve ark., 2016).

Hipoozmolar hiponatremi; Plazmadaki serbest sıvı ile solüt oranının net artışı sonucu ortaya çıkar. Hiponatremide en sık görülen durumdur. Bu hastalar kendi içlerinde total vücut sıvılarına göre hipovolemik, normovolemik ve hipervolemik olarak sınıflandırılırlar. Hipovolemisi var olan hastada en uygun tedavi yaklaşımı öncelikle izotonik solüsyon ile norvolemiyi sağlamaktır. Böylelikle vazopressin salınımı baskılanır. Norvolemik ve hipervolemik hastalarda sıvı kısıtlaması yapılmalıdır. Total günlük sıvı alımı 800-1000 ml arasında olmalıdır. İdrar osmolalitesi ileri derecede artmış olan hastalarda loop diüretikleri kullanılmalıdır (Demirel ve ark., 2006).

Tablo 5: Hipoozmolar Hiponatremi

Etiyoloji	Diyare,kusma,aşırı terleme, yetersiz sıvı alımı, diüretik kullanımı, serebral tuz kaybı	Uygunsuz antidiüretik hormon sekresyonu sendromu, hipotiroidizm, adrenal yetersizlik	Konjestif kalp yetersizliği, siroz, nefrotik sendrom
Serum Osmolalitesi	Düşük	Düşük	Düşük
İdrar Osmolalitesi	> 500 mOsm/L	> 100 mOsm/L	> 100 mOsm/L
İdrar Hacmi	Genellikle azalmıştır	Alım ile değişir	Genelde azalmıştır
İdrar Na+	< 20 mEq/L	> 40 mEq/L	< 20 mEq/L

Kaynak: Demirel, İ., Atalan, K., Çakar, N. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Sıvı-Elektrolit ve Asit Baz Dengesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2(18):45-61.

Hipovolemik Hiponatremi; Sıvı kaybının göreceli olarak sodyum kaybından fazla olduğu durumlardır. Kusma, diyare, yanık, peritonit, pankreatit, ileus, diüretik kullanımı, renal tübüler asidoz, tuz kaybettirici nefropati, ketonüri ve bikarbonatüri hipovolemik hiponatremi sayılabilmektedir (Yolcu, 2015).

Normovolemik Hiponatremi; Uygunsuz ADH sendromu, glikokortikoid yetersizliği, hipotiroidi, stres, çeşitli ilaçların kullanımı, hipoadrenalizm, psikojenik polidipsiye bağlı olarak gelişebilir (Yolcu, 2015; Ecder ve ark., 2007).

Hipervolemik Hiponatremi; Sodyum ve su tutulumu mevcuttur buna bağlı olarak Na⁺ ve su artışı görülür ancak su tutulumu Na⁺ tutulumundan daha fazladır. Konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom ve siroza bağlı olarak gelişebilir. Bu hastalarda, renal perfüzyon azalır ve idrar hipotonitesi korunamaz (Yolcu, 2015; Ecder ve ark., 2007).

Klinik Bulgular

Semptomlar hiponatreminin derecesi ve gelişme hızına bağlı olarak değişir. Semptomlar genellikle nonspesifik olup merkezi sinir sisteminin etkilerine bağlıdır.

- Bulantı, kusma
- Barsak hareketlerinde artış, diyare
- Kas krampları
- Letarji
- Derin tendon reflekslerinde zayıflama
- Patolojik refleksler
- KİBAS
- Tetani
- Apati
- Deri ve mukoz membranlarda kuruluk
- Anoreksi
- Ajitasyon
- Dezoryantasyon
- Baş ağrısı, konvülsiyon
- Serum osmolaritesinde azalma
- Hipotermi
- Cheyne-Stokes Solunum
- İdrar sodyum düzeyinde düşme

- İdrar volümünde azalma (Demirel ve ark., 2006;; Uslu ve ark., 2016; Ecder ve ark., 2007).

Klinik bulgular serum Na⁺ düzeyinin 120 mEq/Lnin altına düştüğü akut durumlarda daha belirgin hale gelmektedir. Ciddi nörolojik bulgular; hipotansiyon, taşikardi, zayıf nabız, nöbet, şok ve sıvı yüklenmesi durumunda acil olarak tedavi edilmelidir (Yolcu, 2015).

Tedavi

Hiponatremisi olan hastalarda serum sodyum konsantrasyonunun düzeltilmesi için Na⁺ verilmesi ve sıvı kısıtlaması yapılmalıdır. Tedavinin belirlenmesinde önemli olan iki faktör semptom varlığı ve hiponatreminin gelişme süresi'dir. Akut semptomatik hiponatremide serum sodyum konsantrasyonu semptomlar ortadan kalkıncaya kadar, saatte 2 mEq/L arttırılmalıdır. Bu amaçla hipertonic NaCl (%3) kullanılır ve beraberinde serbest su atılımını arttırmak için furosemid verilebilir (Ecder ve ark., 2007). Serum Na⁺ konsantrasyonunun 120 mmol/L düzeyinde tutulması hasta için güvenlidir. Kronik semptomatik hiponatremiler yavaş yavaş (saatte 1-1.5 mEq/L, günde 12 mEq/Lyi geçmeyecek şekilde) düzeltilmelidir. Kronik asemptomatik hiponatremilerde altta yatan neden tedavi edilmelidir (hipotiroidi, sürrenal yetmezlik, uygunsuz ADH sendromu vb.). Sürrenal yetmezlik gelişti ise eksik hormon yerine konulmalı ve uygunsuz ADH sendromu olan hastalarda ilk öncelik sıvı kısıtlaması yapılması olmalı, hızla diürezin sağlanması adına diüretikler verilerek (furosemid) idrarla kaybedilen sodyum ve fosfor takibi yapılarak yerine konulmalıdır. Neden bulunamıyorsa sıvı kısıtlaması yapılmalıdır (Akdemir ve Tel., 2018; Uslu ve ark., 2016).

Hemşirelik Yönetimi

Tedavi ve bakımdaki amaç; serum sodyum düzeyi, hücre dışı sıvı volümü ve ozmolalitesini düzeltmektir.

- Su fazlalığının sebep olduğu hiponatreminin tedavi bakımında aldığı- çıkardığı takibi, sıvı izlemi ve sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.
- Hergün düzenli kilo izlemi,
- Vital bulgu takibi,
- Serum Na⁺ seviyesi,
- Sıvı yüklenmesi ya da dehidratasyon belirti bulguları yönünden takip,
- Ciddi semptomların varlığı durumunda serum Na⁺ düzeyini düzenlemek için az miktarda IV hipertonic sodyum klorid uygulaması takip altında ve yavaş olarak uygulanmalıdır.

- Hasta travmalardan korunmalıdır gerekli koruyucu önlemler alınır,
- Hiponatremi belirti ve bulguları açısından değerlendirilir (halsizlik, oryantasyon bozukluğu, bulantı-kusma, konvülsiyon, mental bozukluk, adale krampları)
- Hekim istemine göre diyetine Na⁺ ilavesi yapılmalıdır.
- Hasta nörolojik açıdan takip edilerek travmalardan korunur, nörolojik bulgular hastaların sodyum düzeyinin çok düşük olduğu durumlarda ortaya çıkar.
- Sıvı replasmanı alan hastalarda kalp yetmezliği varsa yavaş uygulama yapılır ve dolaşım yüklenmesi açısından takip edilir.
- Hasta oral beslenebiliyorsa zeytin, peynir, konserve ya da dondurulmuş gıdalar, et suyu gibi sodyum içeren gıdalarla beslenmesi sağlanır.
- Hiponatreminin hızlı bir şekilde düzeltilmesinden kaçınılmalıdır. Kronik hiponatremi tablosunun hızla düzeltilmesi durumunda pons düzeyinde myelin kılıfların ortadan kalkması ile osmotik demiyelinizasyon tablosu gelişebilmektedir. Kayıp 48-96 saatte tamamlanmalıdır.
- Ciltte kuruluk nedeniyle 2-4 saatte bir cilt bakımı verilmelidir (Akdemir ve Tel., 2018; Durna ve ark., 2009).

3.3.1.2. Hipernatremi

Hipernatremi serum sodyum düzeyinin 145mEq/Lnin üzerinde olmasıdır. Hastanede yatan hastalarda sık görülen elektrolit bozukluklarından birisidir. Total vücut sodyumunun aşırı artışı, serbest su alımında azalma ya da serbest su kaybında artış sonucu ortaya çıkar (Chung ve Zimmerman.,2009; Muhsin ve Mount., 2016).

Hipernatremi sebepleri

Sodyum artışı

Konsantre anne sütü

Tuz yutulması (Kaza ile, deniz suyu yada Münchausen by Proxy sendromu)

Tızlı su lavmanı

Hipertonik salin uygulamaları

Sodyum bikarbonat

Serbest su açığı

Diyare

Artan insensible su kaybı

Diürez (Hiperozmolar durum)

Diabetes İnsipidus (Chung ve Zimmerman., 2009).

Etiyoloji

Etiyolojik sınıflandırmaya göre;

1. *Su kaybı*: Renal hipotalamik hastalıklara bağlı olarak ve insensible olabilir.
2. *Sodyumun fazla tutulması*: Hiperaldosteronizm ve Cushing sendromu, fazla tuz alımı ve Na⁺ içeren sıvıların verilmesi sebebiyle gelişebilmektedir.

Bilinci açık olmayan hastalarda, koma gelişen hastalarda, yaşlılarda, çocuklarda kaybedilen sıvıların karşılanamaması, hipertonic enteral beslenmede yeteri kadar su verilmemesi sebebiyle hipernatremi sık görülmektedir. Diabetes insipidusda hastanın yeteri kadar sıvı almaması durumunda, güneş çarpmaları sonucunda hemodiyaliz ya da peritoneal diyalizde ya da IV hipertonic saline ya da sodyum bikarbonat verildiğinde hipernatremi gelişir (Akdemir ve Tel, 2018).

Hastanın volüm durumuna göre hipernatremiler 3 gruba ayrılır:

1. *Hipovolemik hipernatremiler*: Diüretik kullanımı, ozmotik diürez ve postobstrüktif diürez gibi renal kayıplara bağlı olarak terleme, yanıklar, diyare ve fistüller gibi ekstra renal kayıplara bağlı olarak gelişir.
2. *Norvolemik Hipernatremiler*: Diabetes insipidusa bağlı olarak gelişir.
3. *Hipervolemik hipernatremiler*: *Hipertonik Na⁺* (genellikle NaHCO₃ tedavisine bağlı) uygulanması, primer hiperaldosteronizm, Cushing sendromu gibi nedenlere bağlı olarak gelişir (Ecder ve ark., 2007).

Klinik Belirti ve Bulgular

Hipernatremide görülen semptomlar hiponatremi kliniğine benzer. Belirtiler Na⁺ değerindeki yükselme hızı ve sıvı eksikliği derecesine bağlı olarak gelişir (Demirel ve ark., 2006).

Hastalar;

- Huzursuzluk
- İritabilite

- Kas zayıflığı
- Spastisite
- Konvülziyonlar
- Dehidratasyon
- Letarji
- Oryantasyon bozukluğu
- Deliryum, halüsinasyon belirti-bulgularıyla başvurabilirler.

Şiddetli hipernatremi akut olarak ortaya çıkarsa, beyin damarlarında daralma, yırtılma, kanama ve trombüs gelişimi ile hasta nöbet ve koma için risk altında olabilir (Zümrütdal, 2013; Chung ve Zimmerman, 2009).

Tedavi

Hipernatreminin tedavisinde üç yaklaşım önemlidir. Tedavi; kaybedilen sıvının yerine konması, nedenin ortadan kaldırılması ve hiperozmolalite'nin düzeltilmesi esasına dayanmaktadır (Muhsin ve Mount., 2016; Mackenzie, 2002). Düzeltme hızla yapılmamalıdır. Su açığı hesaplanarak sıvı replasmanına başlanmalıdır. Replasman yavaş yapılmalıdır. Tedavi boyunca serum sodyum düzeyi izlenmeli ve serebral ödem riski ile saatte hız 0.5-1 mEq/L'yi geçmemelidir. Total serum sodyum düzeyinin normal sınırlara dönme süresi 36-72 saat içerisinde tamamlanmalıdır (Zümrütdal, 2013).

Tedaviye İzotonik NaCl ile başlanmalı hastanın hemanodinamisi sağlandıktan sonra hipotonik (%0.45 NaCl) solüsyonlara geçilmelidir. Su açığının yarsından fazlası ilk 24 saat içinde verilmemeli kalanı ise sonraki 1-2 gün içerisinde tamamlanmalıdır. Hemodinamik açıdan kötü olan hastalarda sıvı replasmanının hızlı yapılması gerekiyorsa hastanın hemodinamisi düzeleneye kadar izotonik kullanılmalı ve sonrasında hipotonik solüsyonlara geçilmelidir (Demirel ve ark., 2006).

Hemşirelik Bakımı

- Aldığı-çıkardığı takibi, kilo takibi
- Bilinç düzeyindeki değişimler ve nörolojik bozukluklar sebebiyle travmalardan korunur, çevresel önlemler alınmalı, hava yolu açıklığı sağlanır.
- Oral yolla sıvı alamayan hastalarda, %5'lik dekstroz ya da hipotonik %0.2 ya da %0.45 NaCl ile tedaviye başlanmalıdır.
- Deri bütünlüğünü korumaya yönelik koruyucu önlemler alınır.

- Vital bulgular takip altında tutulur.
- Serebral ödem gelişimine neden olmamak için serum Na⁺ düzeyi aşamalı olarak azaltılmalıdır.
- Hücre dışı sıvı fazlalığı olan hastalarda loop diüretikler uygulanır.
- Ağız kuruluğu oluşan ve ya risk altında olan bireylere ağız bakımı verilmelidir.
- Hipernatremi riski olan hastalarda gerekli izlem ve uygulamalar yapılmalıdır (Kanan, 2012; Akdemir ve Tel, 2018; Çelik, 2014).

3.3.2. Potasyum Dengesizlikleri

Serum potasyum konsantrasyonu 3.5-5 mEq/L arasında olup intrasellüler sıvının (vücut potasyumunun %98'ini içerir) temel katyonudur. Kalan %2'si hücre dışı sıvıda yer alır ve nöromuskuler fonksiyonların yerine getirilmesinde önemli rol oynar. Potasyum hem kalp kası hem de iskelet aktivitesini etkiler. Örneğin; potasyum konsantrasyonunda meydana gelen değişiklikler miyokard iritabilitesini ve kalp ritmini değiştirir. Potasyum dengesizlikleri genellikle çeşitli hastalıklar, yaralanmalar, ilaçlar (diüretikler, laksatifler, antibiyotikler) ve parenteral beslenme, kemoterapi gibi özel tedaviler ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (Smeltzer ve Bare, 2004).

Normal beslenme ile alınan gıdaların çoğu potasyum açısından zengin besinlerdir ancak ağır beslenme bozukluklarında potasyum dengesizlikleri oluşabilir (günlük < 40 mEq/L yada > 100 mEq/L olabilir). Potasyum oral gıdalarla alınmadığı durumlarda K⁺ seviyesi renal sistem tarafından düzenlenir. Günlük potasyum alımı ortalama bir diyet ile 50-150 mmol kadardır. Potasyum dengesinin korunması için böbreklerin iyi çalışması gerekir çünkü vücuttaki potasyumun %80'i vücuttan böbrekler yolu (idrar) ile, geri kalan %20 ise ter ve dışkı ile atılmaktadır. Böbrekler K⁺ sekresyonunu arttırmaya, sekresyonu azaltmaktan daha iyi uyum sağlarlar (Smeltzer ve Bare, 2004; Long ve ark., 2018). Eğer böbrek fonksiyonu önemli derecede bozulursa tutulan potasyum toksik seviyelere ulaşabilir (Lewis ve ark., 2014).

3.3.2.1. Hiperkalemi (Potasyum Yüksekliği)

Hiperkalemi serum K⁺ konsantrasyonunun 5 mEq/L üzerine çıkmasıdır. Böbrek fonksiyonları normal çalışan bireylerde hiperkalemi nadir görülmektedir. Hiperkalemi sıklıkla iyatrojenik (tedaviye bağlı) nedenlerden kaynaklanmaktadır. Potasyum düzeyi 5.0-5.5 mEq/L ise hafif, 5.5-6.0 mEq/L ise orta >6 mEq/L büyük ise şiddetli hiperkalemi

gelişebilir. Hastanede yatışların %1-10'unda potasyum yüksekliği saptandığı bildirilmiştir (Aygençel, 2018).

Etiyoloji

Hiperkaleminin en önemli üç sebebi; potasyum atılımının azalması, potasyumun hızlı uygulanması ve potasyumun hücre içinden hücre dışına çıkmasıdır. Hiperkalemi genellikle tedavi edilmemiş böbrek yetmezliği olan hastalarda, özellikle gıdalar, aşırı ilaç kullanımı ve enfeksiyonlara bağlı olarak potasyum düzeyininin artışıyla görülmektedir. Hipoaldesteronizm ve Addison hastaları hiperkalemi için risk altındadırlar çünkü adrenal hormonun yetersiz çalışması sodyum kaybı ve potasyum rearbsorbsiyonuna sebep olmaktadır. İlaç kullanımının hiperkalemik atakların %60'ından fazlasında rol oynadığı bildirilmektedir. Bu ilaç grupları; potasyum klorür, heparin, nonstreoid antiinflamatuvar ilaçlar, beta blokerler ve potasyum koruyucu diüretikler yaygın olarak kullanılabilirler. Potasyum takviyelerinin yanlış kullanılması özellikle tuz alımının fazla olduğu durumlarda tüm hastalarda hiperkalemi yatkınlığını artırır (Smeltzer ve ark., 2010).

Asidozda potasyum hücre içinden hücre dışına doğru hareket eder. Hücre dışında potasyum seviyesi yanıklar, ezilme yaralanmaları veya ciddi enfeksiyonlar ya da geniş doku travmalarında yükselmektedir. Kemoterapi sonra malign hücrelerin parçalanmasına bağlı olarak hiperkalemi görülebilmektedir (Smeltzer ve Bare, 2004).

Klinik Bulgular

Hiperkalemi, hücre içi ve hücre dışı sıvı oranını değiştirerek hücrel eksitabilite (uyarılabilirlik)'nin artmasını sağlayarak hücre dışında potasyum artışına neden olur. Potasyum seviyelerinin yükselmesiyle başlangıçta kramplı bacak ağrıları, kas zayıflığı yaşayabilirler takibinde solunum kasları da dahil olmak üzere diğer iskelet kaslarında zayıflık ve felç görülebilir. Abdominal kramp ve diyare düz kasların hiperaktivitesinden kaynaklanmaktadır. Hiperkaleminin klinik olarak en belirgin belirtileri kardiyak iletimdeki bozukluklardır. Depolarizasyon azalır bu durum P dalgasının düzleşmesine QRS kompleksinin genişlemesine yol açar. Repolarizasyon daha hızlı gerçekleşir bu da QT aralığının kısalması ve daha dar ve daha yoğun bir T dalgası ile sonuçlanır. Ventriküler fibrilasyon ve kardiyak arrest meydana gelebilir (Lewis ve ark., 2014).

Hiperkaleminin en önemli sonucu miyokard üzerindeki etkisidir. Yüksek serum potasyumunun kardiyak etkileri genellikle potasyum 7 mEq/Lden düşük olduğunda anlamlı değildir ancak 8 mEq/Lden yüksek olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Serum potasyum düzeyi çok yüksek olan

hastalarda flasid paralizisine yol açan hızla artan kas zayıflığı bildirilmiştir. Ek olarak bulantı, aralıklı intestinal kolik ve diyare gibi gastrointestinal sisteme ait belirtiler görülebilmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Tanı Yöntemleri

Serum potasyum düzeyi ve EKG değişiklikleri hiperkalemi tanısının konulmasında son derece önemlidir. Arteriye kan gazı analizi hem metabolik asidoz hem de solunum asidozunu ortaya çıkarabilir. Hiperkalemi tablosunun düzeltilmesi için asidozun düzeltilmesi gerekmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Tedavi

Potasyum >7 mEq/L veya EKG değişiklikleri mevcut ise %10'luk Kalsiyum Klorür (CaCl_2) 5-10 ml IV ya da %10'luk Ca glukonat 10-20 ml IV verilmelidir. Çocuklarda Ca glukonat 0.5 ml/kg olarak verilmelidir. 50 ml %50 dekstroz içine 10-20 ünite kristalize insülin verilebilir. Çocuklarda %10 dekstroz içine 0.1 ü/kg insülin verilmelidir. 20-40 mg IV furosemid ile diürez sağlanabilir (Yolcu, 2015).

Akut olmayan durumlarda diyetten potasyumun çıkarılması ve potasyum içeren ilaçların kısıtlanması dengesizliği düzeltebilir. Örneğin potasyum koruyucu diüretik alan bir hastada potasyum içeren tuz ikamelerinin kullanımının ortadan kaldırılması hafif hiperkalemi ile baş etmede yeterli olacaktır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda katyon değiştirici reçinelerin (örn., Sodyum polistiren sülfonat [Kayexalate]) oral yoldan ya da lavman yoluyla verilmesi ile ciddi hiperkaleminin önlenmesi sağlanabilir. Paralitik ileus olan hastalarda katyon değiştirici reçineler barsak perforasyonuna sebep olabilir. Kayexalate, gastrointestinal sistemdeki diğer katyonlarla bağlanır ve hipomagnezemi ve hipokalsemi gelişiminde rol oynamaktadır. Bununla birlikte Na^+ tutulumuna, aşırı sıvı yüklenmesine neden olabilir kalp yetmezliği olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Hemodiyaliz potasyumun vücuttan uzaklaştırılmasında kullanılan en hızlı tedavi yöntemidir (Smeltzer ve ark., 2010).

Hemşirelik Yönetimi

Hiperkalemili hasta için konulabilecek hemşirelik tanıları ve kollaboratif sorunlar aşağıdakileri içermektedir:

- Alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü ile ilişkili aktivite intoleransı
- Potasyum retansiyonu ve hücreden potasyum salınımına bağlı olarak sıvı elektrolit dengesizliği riski

- Alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü ve nöbetlere bağlı yaralanma riski
- Potansiyonel komplikasyon: disritmi

Hiperkalemi tedavisinde aşağıdaki yollar izlenmelidir:

- Oral ve parenteral yolla potasyum alımı ortadan kaldırılmalıdır.
- Diüretikler, diyaliz ve polistren sülfonat (Kayexalate) gibi iyon değişim reçineleri ile potasyum atılımı sağlanmalıdır. Oral veya rektal yoldan uygulanan Kayexalate sodyum karşılığında potasyumu bağlar ve reçine dışı olarak salınır.
- Potasyumun hücre dışından hücre içine geçmesi sağlanmalıdır. Bu durum, asidozun düzeltilmesi için düzenli insülin uygulaması veya sodyum bikarbonatın IV uygulanmasıyla gerçekleştirilir. Bazen β -adrenerjik agonisti (örneğin, albuterol) uygulanır. Bu tedavi taşikardi veya koroner arter hastalığı olan hastalarda endike değildir.
- IV kalsiyum glukonat uygulanarak hücre dışı potasyum hücre içine sokulur (Lewis ve ark., 2014).

Hiperkalemi riski (örneğin, böbrek yetmezliği) taşıyan hastalar, hiperkalemi belirtileri açısından yakın takip altında tutulmalıdır. Kas güçsüzlüğü ve disritmi belirtileri gözlenmelidir. Mide bulantısı ve intestinal kolik gibi gastrointestinal semptomlar ve parestezi görülmektedir. BUN, kreatinin, glukoz, arter kan gazı değerleri yanı sıra serum potasyum seviyeleri hiperkalemi gelişim riski taşıyan hastalar için izlenmelidir. Serum potasyum seviyelerinin yüksek geldiği durumlarda anormal sonuçlar mutlaka doğrulanmalıdır. Yanlış hiperkalemi raporlarından kaçınmak için kan örneği alınırken uzun süre turnike kullanımından kaçınılmalıdır. Kan örneği alındıktan sonra mümkün olan en kısa süre içerisinde laboratuvara gönderilmelidir, kanın hemoliz olması kan sonuçlarının yanlış raporlanması ile sonuçlanabilmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Hastaların diyetinde potasyum kısıtlaması uygulanmalıdır. Potasyumdan zengin yiyeceklerden kaçınılmalıdır (sebze ve meyve, baklagiller, tam tahıllı ekmeğe, et, süt, yumurta, kahve, çay ve kakao). Bu dönemde potasyum içeriği düşük olan besinler tercih dilmelidir (tereyağ, margarin, kızılıık suyu, yabancı mersini, zencefil, şeker ve bal). Kola içeceklerinin etiketleri dikkatlice kontrol edilmelidir çünkü bazıları potasyum içeriği açısından zengindir (Smeltzer ve ark., 2010).

Potasyum düzeyinin sağlanmasında; Potasyumun IV yolla hızlı bir şekilde uygulanması hiperpotasemi açısından risk yaratmaktadır. Bu nedenle çözeltinin yoğunluğuna ve uygulama hızına dikkat edilerek potasyum

verilmelidir. Hastalar eğer potasyum koruyucu diüretik tedavisi alıyorlarsa besinlerine tuz ekleme konusunda dikkatli davranmaları gerekmektedir. Aynı zamanda, Spironolakton (Aldactone), *Amilorid* (Moduretic) gibi potasyum koruyucu diüretikler, potasyum takviyeleri ve tuz ikameleri böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalara verilmemelidir. Bir çok tuz ikamesi çay kaşığı başına 50-60 mEq potasyum içerir (Smeltzer ve ark., 2010).

3.3.2.2. Hipokalemi (Potasyum Düşüklüğü)

Serum potasyum değerinin 3.5 mEq/L (3.5 mmol/L)'in altında olmasıdır. Hipokalemi potasyum depolarındaki açığı ifade etmektedir. Metabolik alkaloz mevcut olduğunda, hücrelere geçici potasyum kayması meydana gelebilir. Hipokalemi potasyum kaybının artmasından, hücre içine potasyum kayması ve potasyum alımının azalmasına bağlı olarak meydana gelmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Etiyoloji

Hipokaleminin en yaygın nedenleri böbrek ve gastrointestinal sistemden kaynaklanan anormal kayıplardır. Gastrointestinal sistemdeki potasyum kaybı diyare, laksatif kullanımı ve kusma ile ilişkilidir. Renal kayıplar diürez ya da düşük magnezyum seviyesi ve özellikle yüksek aldosteron seviyesine sahip olan hastalarda görülmektedir. Aldosteron dolaşımdaki kan hacmi düşük olduğunda salınır böylece idrarla potasyum kaybı ile böbreklerde sodyum retansiyonuna neden olmaktadır. Düşük plazma magnezyum düzeyi renin salınımını uyarır ve ardından aldosteron seviyelerini yükselterek potasyum atılımına sebep olur. Potasyumun hücre dışı sıvıdan hücre içine geçmesine neden olan faktörler arasında insülin tedavisi (diabetik ketoasidoz ile birlikte) ve β adrenerjik stimülasyon (stres ile katekolamin salınımı, koroner iskemi, deliryum, β adrenerjik agonist ilaçların uygulanması) rol oynamaktadır (Lewis ve ark., 2014).

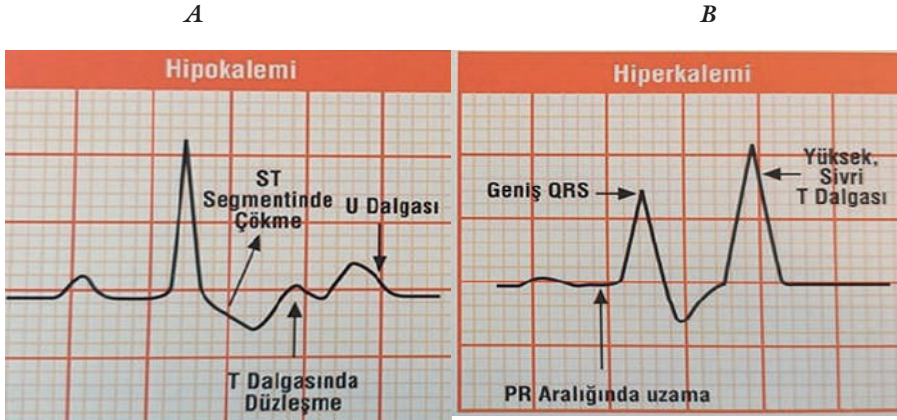
Hiperaldosteronizm renal potasyum kaybını artırır ve potasyum seviyesinde ciddi düşmelere yol açar. Adrenal adenom hastalarında primer hiperaldosteronizm görülür. Sekonder hiperaldosteronizm; siroz, nefrotik sendrom, kalp yetmezliği ve primer hipertansiyonlu hastalarda ortaya çıkar. Tiazid ve politiazid gibi diüretikler yetersiz potasyum alımı olan hastalara yüksek dozlarda uygulandığında hipokalemiye neden olabilirler. Hipokalemiye yol açabilecek diğer ilaçlar arasında kortikosteroidler, penisilin, karbenisilin ve amfoterisin B bulunmaktadır. Uzun süre diyet yapan hastalar hipokalemi riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Aynı zamanda yaşlı ve alkolik bireyler ve anoreksiya nevroza bulunan hastalarda ortaya çıkabilir. Yetersiz beslenmenin yanı sıra bulimia olan kişiler sık sık kendi kendine oluşan

kusma, laksatif kullanımı ve diüretikler sayesinde artmış potasyum kaybına maruz kalmaktadırlar (Smeltzer ve Bare, 2004).

Klinik Bulgular

Şiddetli hipokalemi kardiyak ve solunum arresti sonucunda ölüme neden olabilir. Serum potasyum seviyesi 3 mEq/L altına düşmediği sürece klinik bulgular nadiren gelişir. Hipokaleminin belirtileri arasında yorgunluk, anoreksi, bulantı, kusma, kas güçsüzlüğü, bacak krampları, bağırsak hareketlerinde azalma, parestezi (uyuşma ve karıncalanma) ve disritmi yer almaktadır. Hipokalemi'nin uzun sürmesi böbreklerin idrarı konsantrasyonunu edememesine neden olarak idrarın seyreltik olmasına ve aşırı susuzluğa neden olabilir. Potasyumun düşmesi insülin salınımını baskılar ve glikoz intoleransı ile sonuçlanır. Azalan kas gücü ve derin tendon refleksi fiziksel değerlendirme esnasında saptanabilir (Smeltzer ve ark., 2010).

Hipokalemi'de en ciddi problemler kardiyak değişimler üzerinedir. EKG'de T dalgası düzleşir ve U dalgasının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3: Potasyumun elektrokardiyograma (EKG) etkisi

Kaynak: Moyet, C.J.L. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çeviri: F. Erdemir. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Hipokalemi'de (solda) T dalgasının düzleştiği ve U dalgası'nın ortaya çıktığı görülmektedir. Öne çıkan U dalgasıyla beraber T dalgası daha da düzleşir. Hiperkalemi'de (sağda) potasyumun yükselmesiyle görülen EKG değişiklikleri. QRS kompleksinin genişlediği ve P dalgasının olmadığı görülmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Hipopotasemi'nin hafif olduğu durumlarda dahi hastalarda digital toksisite ve intraoperatif aritmi riski artmaktadır. Hipopotasemi'de altta yatan nedene bağlı olarak metabolik alkaloz başta olmak üzere birçok asit-baz dengesi bozuklukları eşlik etmektedir. K eksikliği proksimal tubuler HCO₃ geri emilimini, renal amonyak oluşumunu ve distal H⁺ sekresyonunu artırır. Bu durum metabolik alkaloz gelişimine yardımcı olmaktadır (Aygencel, 2018).

Tanı ve Değerlendirme

Hipokalemi tanısında elektrokardiyografik (EKG) değişiklikler önemli yer tutmaktadır. Düz T dalgaları, ters T ya da her ikisini içerebilir bu da iskemi ve deprese olmuş ST segmentlerini gösterir. Eleve olmuş U dalgası hipokalemiye özgüdür. Hipokalemi dijital duyarlılığını arttırarak dijital toksisitesine sebep olmaktadır. Metabolik alkaloz genellikle hipokalemi ile ilişkilidir. Potasyum kaybının belirsiz olduğu durumlarda renal ve ekstrarenal kaybı birbirinden ayırt etmek için 24 saatlik idrar testi yapılabilir. İdrar ile 20 mEq/ gün'ü aşan potasyum atılımı'nın böbreklerde potasyum kaybına neden olduğu gösterilmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

Tedavi

Hipokalemi sorunu günlük potasyum alımı ile dengelenemiyorsa IV replasman tedavisi ile düzeltilmelidir. Potasyum replasmanı günlük olarak düzenlenmelidir eğer anormal kayıp yoksa yetişkinlerde günlük 40- 80 mEq/L vermek yeterlidir. Hipokalemi riski taşıyan hastaların diyetinde potasyuma yer verilmelidir. Yetişkinlerde diyetle potasyum alımı günlük ortalama 50- 100 mEq/L arasında olmalıdır. Potasyumun yüksek olduğu yiyecekler arasında meyve, sebze, baklagiller, kepekli tahıllar, süt ve et bulunur (Tablo 6). Oral alımın yetersiz olduğu durumlarda IV ya da oral yolla potasyum takviyeleri eklenebilir. Şiddetli hipokalemik hastalar için birçok tuz ikamesi çay kaşığı başına 50-60 mEq/L potasyum içerir ve hipokalemiyi önlemede yeterlidir (örneğin, serum seviyesi 2 mEq/L) (Smeltzer ve ark., 2010).

Hemşirelik Bakımı

Hipokalemisi olan hastalarda hemşirelik tanıları:

- Alt ekstremitte ile ilişkili aktivite intoleransı riski
- Potasyum kaybına bağlı olarak sıvı-elektrolit dengesizliği riski
- Adele zayıflığı ve reflekslerde azalmaya bağlı olarak yaralanma riski
- Potansiyel komplikasyon: Aritmi (Lewis ve ark., 2014).

Bakım ve Uygulamalar

- Hipokalemi'de IV ya da oral yolla potasyum tedavisi uygulanmaktadır. Oral alabiliyorsa potasyum içeriği yüksek olan yiyecekler verilmelidir. Ağır kayıplar dışında kg başına saatte en az 0.5 ml idrar çıkışı olmadığı sürece potasyum klorür verilmez.
- Tercih edilen potasyum düzeyi maksimum IV sıvı içine 40 mEq/L konabilir. Bunun yanında şiddetli hipokalemi olan hastalarda kardiyak takip altında daha güçlü konsantrasyonlar (80 mEq/L ye kadar) verilebilir.
- KCL'in IV uygulama hızı 10 mEq/Lyi geçmemeli ve doğru uygulama için infüzyon pompası ile verilmelidir.
- KCL ven hasarına yol açabileceğinden dolayı saatlik flebit ve infiltrasyon açısından değerlendirilmelidir.
- İnfiltrasyon, nekroz ve çevre dokuların hasara uğraması ağrıya neden olabileceğinden hipokaleminin hızla düzeltilmesi gereken durumlarda santral venöz yol tercih edilmelidir.
- Günlük olarak serum potasyum seviyeleri ve idrar çıkışı rutin olarak izlenmelidir.
- Digoksin tedavisi alan hastalarda serum potasyum seviyelerinin düşük olması durumunda toksisite riskini arttırdığı için hasta digital toksisite açısından takip edilmelidir (Lewis ve ark., 2014).

Tablo 6: Yüksek Potasyum İçeren Besinler

Meyve	Sebze	Diğer Besinler
Kayısı	Kurufasulye	Kepek ve kepek ürünleri
Avokado	Balkabağı	Çikolata
Muz	Brokoli (pişmiş)	Tahıl ve türevleri
Kavun	Havuş (çiğ)	Süt ve süt ürünleri
Kuruyemiş	Lahana hariç yeşillikler	Fıstık ezmesi
Greyfurt suyu	Konserve mantarlar	Tuz ikameleri
Portakal	Patates (beyaz ve şekerli)	Tuzsuz et suyu
Portakal suyu	Domates ve domates ürünleri	Yoğurt
Kuruüzüm	Sebze suları	

Kaynak: National Kidney Foundation. Potassium in your CKD Diet. <https://www.kidney.org/atoz/content/potassium-ckd-diet> Erişim Tarihi: 17.12.2023.

3.3.3. Kalsiyum Dengesizlikleri

Kalsiyum birçok metabolik süreç için gereklidir. Serum kalsiyum'un normal değeri 8.5-10.5 (2.1-2.6 mmol/l) mg/dl'dir. Kemiklerin ve dişlerin yapısındaki ana katyondur. Kalsiyumun diğer işlevleri arasında, kan pıhtılaşması, sinir uyarılarının iletilmesi, miyokard kasılmaları ve kas kasılmaları bulunmaktadır. Kalsiyum emilimi D vitamini aktif formunu gerektirmektedir. D vitamini diyetle beraber alınabilir ve güneş ışığı yardımıyla cilt tarafından sentezlenir. Kalsiyumun toplam vücut içeriği 1200 g'dır. Vücutta kalsiyumun %99'u kemikler içinde bulunur, geri kalanı ise plazma ve vücut hücrelerindedir. Plazmadaki kalsiyumun %50'si plazma proteinlerine bağlanır (öncelikle albumin); %40'ı serbest ya da iyonlaşmış haldedir ve kalan kısım fosfat, sitrat veya karbonat ile bağlanır. Kalsiyum desilitre başına miligram (mg/dl) ve (mEq/L) cinsinden ölçülür. Serum kalsiyum seviyeleri genellikle toplam kalsiyum seviyesini yansıtır. Serum pH'ında'ki değişiklikler total kalsiyum seviyesini değiştirmeden iyonlaştırılmış kalsiyum seviyesini değiştirmektedir. Plazma pH'ının düşmesi (asidoz) kalsiyumun albümine bağlanmasını azaltarak daha fazla iyonlaşmış kalsiyuma neden olmaktadır. Plazma pH'ın artması (alkaloz) bağlı kalsiyum miktarını arttırarak iyonize kalsiyumun azalmasına neden olmaktadır. Serum albümin düzeyindeki değişimler total kalsiyum düzeyini yorumlamada yol gösterici olmaktadır. Düşük albümin seviyeleri, iyonize kalsiyum seviyesini etkilemese de total kalsiyum seviyesinde düşüşe neden olmaktadır (Lewis ve ark., 2014). Kalsiyumun dar bir aralıkta korunması ağırlıklı olarak üç temel kalsiyotropik hormonların etkisiyle gerçekleşmektedir: paratiroid hormon, kalsitriol (1.25-dihidroksivitamin D) ve kalsitonin. Bu hormonlar primer olarak kemikte, distal renal tübüllerde ve ince bağırsaklarda etkili olmaktadır (Hancı ve Özbilgin, 2018). Paratiroid hormonu (PTH), kalsitonin ve D vitamini kalsiyum dengesini düzenler. PTH, paratiroid bezinde üretilir, üretimi ve salınımı düşük kalsiyum düzeyleri ile uyarılır. Kalsitonin tiroid bezinde üretilir, yüksek kalsiyum seviyesinde uyarılması PTH' ın etkisini engelleyerek gastrointestinal sistemden kalsiyum emilimini azaltır, kemiklere kalsiyum depolanmasını sağlar ve renal atılımı da arttırarak serum kalsiyum düzeyinin azaltılmasında rol oynamaktadır (Kanan, 2012).

3.3.3.1. Hiperkalsemi

Hiperkalsemi serum kalsiyum düzeyinin 10.5 mg/dl ya da iyonize kalsiyumun 1.5 mmol/L üzerinde olması durumudur. Populasyonun yaklaşık %1'inde serum kalsiyum düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Total serum kalsiyum düzeyinin 11.5 mg/dl altında olan olgular asemptomatiktir. Tedavi edilmediği takdirde 16-20 mg/dl ve üzerine çıktığı durumda ölüme

sebeplendirilebilir. Böbrek taşı hikayesi ve malignitesi olan hastalarda hiperkalsemi görülme sıklığı artış göstermektedir (Hancı ve Özbilgin, 2018).

Etiyoloji

Hiperkalseminin sık görülen nedenleri arasında maligniteler ve paratiroidizm gelmektedir. Malign tümörler, çeşitli mekanizmalar tarafından hiperkalsemi oluşumunda rol oynayabilir. Hiperparatiroidizm ile ilişkili aşırı parathormon salgısı kemiklerden kalsiyum salınımının artmasına ve kalsiyumun böbrek ve bağırsaklardan emiliminin artmasına neden olmaktadır. İmmobilizasyon sırasında kemik minerali kaybolur, bazen kan dolaşımında toplam kalsiyumun yükselmesine neden olur. Bununla birlikte immobilizasyondan kaynaklanan semptomatik hiperkalsemi nadir olarak görülmektedir. Hareketsizliğe bağlı hiperkalsemi vakalarının çoğu ciddi veya çoklu kırık ya da omurilik yaralanmalarından sonra ortaya çıkmaktadır. Tiyazid diüretikler serum kalsiyum seviyelerinde hafif bir yükselmeye neden olabilirler çünkü paratiroid hormonun böbrekler üzerindeki etkisini güçlendirerek idrarla kalsiyum atılımını azaltır (Farrell, 2017).

Belirti ve Bulgular

Hiperkalsemi uzun süre süt ve antiasit, özellikle de kalsiyum karbonat ile tedavi edilen peptik ülseri olan hastalarda ortaya çıkabilir. Lityum kullanımının yanı sıra A ve D vitamin entoksikasyonu da hiperkalsemiye neden olabilir. Kas güçsüzlüğü, koordinasyon bozukluğu, iştahsızlık, kusma ve konstipasyon gibi semptomlar gözlenebilir. Serum kalsiyum seviyesi 4.5 mmol/L olduğu durumlarda kardiyak arrest meydana gelebilir. Kalsiyum digoksinin inotropik etkisini artırabilir bu nedenle digoksin toksisitesi hiperkalsemi ile ağırlaşmaktadır. Şiddetli hiperkalsemi'de poliüri ve aşırı susuzluk söz konusudur. Uyuşukluk konfüzyon ve koma görülebilmektedir. Hiperkalsemi krizi ağır seyretmekte ve kardiyak arreste neden olmaktadır (Farrell, 2017).

Tanı ve Değerlendirme

Hiperkalsemi tanısı alabilmek için serum kalsiyum düzeyinin 2.65 mmol/L'den büyük olması gerekmektedir. Kardiyovasküler değişiklikler, aritmi, QT aralığında kısalma, ST segmentinde çökme, PR aralığının uzadığı gözlenmektedir. Paratiroid Hormon testi, hiperkalseminin bir sebebi olan primer hiperparatiroidizm ve maligniteyi ayırt etmek için yapılmaktadır. Paratiroid hormon düzeyleri primer ve sekonder hipertiroidide yükselme eğiliminde iken malignitede baskılandığı gözlenmektedir. Görüntüleme yöntemleri sayesinde osteoporoz, üriner taşlar tespit edilebilir (Farrell, 2017).

Tedavi

Tedavi serum kalsiyum düzeyinin düşürülmesi ve hiperkalsemiye neden olan durumun ortadan kaldırılması esasına dayanmaktadır. Alttı yatan nedenin tedavi edilmesi (malignite için kemoterapi, hiperparatiroidizm için parsiyel paratiroidektomi) esastır (Farrell, 2017). İleri derecede hiperkalsemik olan özellikle semptomatik hastalarda hiperkalseminin bir an önce tedavi edilmesi gerekmektedir. Total serum kalsiyumu > 14 mg/dl olması tehlikeli olabilir ve düzeyin acilen düşürülmesi gerekmektedir. Bu seviyelerde mortalite oranları oldukça yüksektir. Hiperkalsemili hastalar kalsiyumu albümin molekülüne kaydırarak hiperventilasyondan ve solunum alkalozundan fayda görebilirler (Hancı ve Özbilgin, 2018). Kanseri hastalarda hiperkalsemi tedavisi; cerrahi, kemoterapi veya radyasyon tedavisi ile kontrol altına alınmasına yöneliktir. Sarkoidoz, myelom, lenfoma ve lösemili hastalarda kortikosteroid tedavisi uygulanabilir solid tümörü olan hastalar tedaviye daha az yanıt verirler. IV fosfat tedavisi hiperkalsemi tedavisinde çok dikkatli kullanılmalıdır çünkü çeşitli dokularda kireçlenme, hipotansiyon, tetani ve akut böbrek yetmezliğine neden olabilir (Smeltzer ve ark., 2010).

Hemşirelik Bakımı

Hiperkalsemisi olan hastalar için hemşirelik tanıları:

- Nöromusküler ve duyuşal değışikliklere bağı yaralanma riski
- Olası komplikasyon aritmi

Bakım ve Uygulamalar

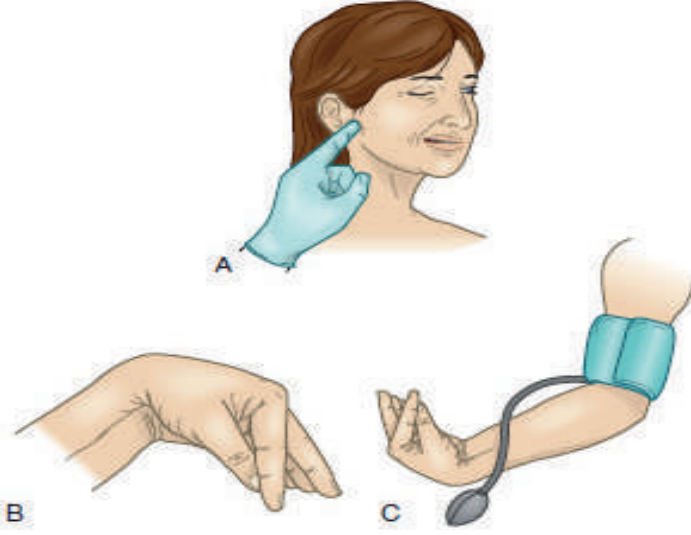
Risk altında olan hastalarda hiperkalsemiyi izlemek önemlidir. Hiperkalseminin temel tedavisi diüretik uygulamaları [örneğin furosemid (lasix)] ve hastaya izotonik salin infüzyonu ile hidrasyon sağlanarak idrardaki kalsiyum atılımının teşviğı sağlanmalıdır. Hiperkalsemik hastalarda böbreklerde kalsiyum atılımını sağlamak ve böbrek taşı oluşumunu engellemek için günlük 3000-4000 ml sıvı alımı sağlanmalıdır. Konstipasyon eğilimini dengelemek için diyetle yeterli miktarda lif bulunmalıdır. Kalsiyum artışı diğoksin etkilerini ortaya çıkarır bu nedenle diğoksin alan hastalar diğoksin toksisitesi açısından değerlendirilmelidir. EKG değışiklikleri (erken ventriküler kasılmalar, paroksizmal atrial taşikardi ve kalp bloğı) oluşabilir bu nedenle kalp hızı ve ritmi herhangi bir anormallik için izlenir (Smeltzer ve ark., 2010). Bunun yanında kalsiyumdan düşük bir diyet ve kemik mineralizasyonunu arttırmak için ağırlık kaldırma-egzersiz hareketleri önerilir. Bifosfonatlar [Pamidronat (Aredia), zoledronik asit [Zometa], malignitenin neden olduğu hiperkalsemi tedavisinde en etkili ajanlardır. Osteoklastların aktivitesini inhibe ederler (kemiğı parçalayan ve kalsiyum salınımına neden olan hücreler (Lewis ve ark., 2014).

3.3.3.2. Hipokalsemi

Hipokalsemi kalsiyum düzeyinin 8.6 mg/dl'den düşük olduğu çeşitli klinik durumlarda meydana gelmektedir. Hipokalsemi parathormon üretimini azaltan herhangi bir nedenden kaynaklanabilir. Bu durum tiroid ya da boyun ameliyatı sırasında paratiroid bezlerinin bir kısmının cerrahi olarak çıkarılması ya da yaralanması sonucunda meydana gelebilir. Akut pankreatit hipokalseminin başka bir nedenidir. Pankreatinin bir sonucu olan lipoliz, kalsiyum iyonlarıyla birleşen ve serum kalsiyum seviyelerini düşüren yağ asitleri üretir (Akdemir ve Tel, 2018; Hancı ve Özbilgin, 2018). Yoğun kan transfüzyonu yapılan hasta hipokalsemik hale gelebilir çünkü kanı antikoagüle etmek için kullanılan sitrat kalsiyum ile bağlanır. Ani alkaloz tablosunda, yüksek pH iyonize kalsiyum miktarını azaltarak kalsiyumun proteine bağlanmasını artırır. Toplam serum kalsiyum düzeyi normal olmasına rağmen semptomatik hipokalsemi meydana gelebilir. Yatakta daha fazla zaman geçiren yaşlılar ve engellilerde hipokalsemi riski artar çünkü yatak istirahati kemik emilimini artırır (Farrell, 2017).

Etiyoloji

Primer hipoparatiroidi ve cerrahi hipoparatiroidi olmak üzere birçok sebep hipokalsemi oluşumunda rol oynamaktadır. Hipokalsemi sadece tiroid ve paratiroid ameliyat ile ilişkili olmaz aynı zamanda radikal boyun diseksiyonu sonrasında da ortaya çıkabilir ve ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde görülmektedir. Masif kan transfüzyonlarında sitrat kalsiyumu bağlayarak geçici hipokalsemi oluşmasına sebep olmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Hancı ve Özbilgin, 2018). Pankreas inflamasyonu yağ ve proteinlerin parçalanmasına neden olur.



Şekil 4: Hipokalsemi testleri

Kaynak: Lewis, S. H., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. Single Volume. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

A. Chvostek işareti, kulağın önündeki fasiyal sinir üzerine vurulmasıyla fasiyal kasların kasılması. **B.** Trousseau işareti, koldaki tansiyon manşonunun şişirilmesi ile **C.** Karpal spazm oluşması (Lewis ve ark., 2014).

Kalsiyum iyonlarının lipoliz tarafından salınan yağ asitleriyle birleşmesi sonucunda hipokalsemi meydana gelir ve pankreatit tablosunda sık görülmektedir. Böbrek yetmezliği olan hastalarda hipokalsemi görülme riski yüksektir bu hastalarda serum fosfat düzeyleri yüksek seyretmektedir. Hiperfosfatemi de genellikle serum kalsiyum düzeylerinde düşme yaşanmaktadır. Hipokalseminin diğer nedenleri arasında yetersiz D vitamini alımı, magnezyum eksikliği, medüller tiroid karsinomu, düşük serum albümin düzeyleri, alkaloz ve alkol kullanımı sayılabilir. Hipokalsemiye yatkınlığı arttıran ilaçlar arasında alüminyum içeren antiasitler, aminoglikozitler, kafein, sisplatin, kortikosteroidler, plikamisin, fosfatlar, izoniazid ve loop diüretikler yer almaktadır (Farrell, 2017).

Klinik Bulgular

Semptomlar genellikle serum kalsiyum hızının düşüşü ile alakalı ortaya çıkmaktadır. Hipokalsemi ve hipomagnezemi'nin en karakteristik göstergesi tetani'dir. Bu semptomlara periferik sinirlerde hem motor hem de duyu liflerinin kendiliğinden deşarji neden olmaktadır. Ekstremiteler ve yüz

kaslarında spazmlar oluşabilir ve bunun sonucunda ağrı meydana gelebilir (Smeltzer ve ark., 2010). Düşük kalsiyum seviyeleri, sodyumun uyarılabilir hücrelere taşınmasına izin vererek aksiyon potansiyellerinin eşliğini azaltır. Artan sinir uyarılabilirliği ve sürekli kas kasılması tetani'nin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tetani'nin klinik belirtileri Chvostek ve Trousseau belirtilerini içermektedir. Trousseau işareti koldaki tansiyon manşonu'nu şişirmekle oluşan karpal spazmı, Chvostek belirtisi ise kulağın önündeki fasyal sinir üzerine vurulması sonucu yanıt olarak fasyal kasların kasılmasını ifade etmektedir.

Trousseau bulgusu'nda üst kolda tansiyon manşonu sistolik kan basıncının 20 mm Hg üzerine kadar şişirildikten sonra hipokalsemi var ise 2 ile 5 dk içinde baş parmağın addüksiyonu ile birlikte bilek ve metacarpal falangeal eklemlerin fleksiyonu (karpal spazm) gözlemlenebilir. Tetaninin diğer belirtileri laringeal stridor, disfaji, uyusukluk ve ağız çevresi, parmak uçları ve ekstremelerde karıncalanma ve tinnitus'tur (Kanan, 2012). Trousseau, Chvostek belirtisinden daha spesifiktir. Chvostek işareti, zigomatik kemerin hemen altındaki kulak memesinin yaklaşık 2 cm önündeki bölgeye vurulduğunda fasyal sinir tarafından korunan kasların kasıldığı gözlenmektedir. Trousseau ve Chvostek belirtileri hipokalsemiyi düşündürür ancak tanısal değildirler (Farrell, 2017). Hipokalsemi ile ilgili diğer değişiklikler, depresyon, bozulmuş bellek, konfüzyon, deliryum ve hatta halüsinasyon gibi mental değişiklikleri içermektedir. Hipokalsemi'de kardiyak etkiler kardiyak kontraktilitenin azalması ve EKG değişiklikleri ile ilgilidir. EKG'de ST ve QT aralığında uzama görülür; Torsades de pointes adı verilen ventriküler taşikardi ortaya çıkabilir (Smeltzer ve Bare, 2004).

Tanı ve Değerlendirme

Serum kalsiyum seviyelerini değerlendirirken serum albümin seviyesi ve arteriyel pH gibi başka değişkenler de dikkate alınmalıdır. Serum kalsiyum üç formda bulunmaktadır: %54'ü serbest formda (ya da iyonize), %45'i albümine bağlanır ve %1'i kompleks haldedir. Eğer serum albümin seviyesinde anormallik var ise düzeltilmiş serum kalsiyumu hesaplamak gerekebilir çünkü serum albümin seviyesindeki anormallikler serum kalsiyum düzeyinin yorumlanmasında değişikliklere yol açabilir. Serum albümin seviyesinin düşük olduğu tabloda genellikle serum kalsiyum seviyesinin düşüklüğü göz ardı edilebilir. İyonize kalsiyum seviyesi, total serum kalsiyum düzeyi düşük olan ve eşlik eden hipoalbüminemisi olan hastalarda genellikle normaldir. Arteriyel pH yükseldiği (alkaloz) durumda daha fazla kalsiyum proteine bağlanır. Sonuç olarak iyonize kısım azalır. Alkaloz ile birlikte hipokalsemi semptomları ortaya çıkabilir. Asidoz (düşük pH) zıt etkiye sahiptir yani daha

az kalsiyum proteine bağlanır bu nedenle iyonize formda daha fazla bulunur. Asit-baz dengesizliklerinde serum kalsiyum seviyelerinde nispeten küçük değişiklikler meydana gelebilir. İyonize kalsiyum düzeyinin laboratuarda mutlaka bakılması gerekmektedir. Hipoparatiroidizmde PTH seviyeleri azalmaktadır. Magnezyum ve fosfor seviyelerinin, azalan kalsiyumun olası nedenlerini belirlemek için değerlendirilmesi gerekir (Smeltzer ve Bare, 2004; Farrell, 2017).

Tedavi

Akut hipokalsemi hayatı tehdit edicidir ve IV kalsiyum uygulamasıyla acil tedavi gerektirir. Parenteral kalsiyum tuzları kalsiyum glukonat ve kalsiyum klorür içermektedir. Kalsiyum klorür kalsiyum glukonattan önemli ölçüde daha yüksek düzeyde iyonize kalsiyum içermesine rağmen daha tahriş edici ve damar dışına sızması durumunda dokuya zarar vereceğinden sık kullanılmaz. Kalsiyumun IV yolla çok hızlı uygulanması kardiyak arreste sebep olacağından önerilmez. IV kalsiyum uygulaması digoksin kullanan hastalarda özellikle tehlikelidir çünkü kalsiyum iyonları digoksine benzer bir etkiye sahiptir ve kalp üzerine olumsuz etkileri nedeniyle digoksin toksisitesine neden olabilir (Farrell, 2017).

Hemşirelik Bakımı

Hipokalsemi olan hastalar için hemşirelik tanıları:

- Tetani ve nöbetlere bağlı yaralanma riski
- Kas kaspılmalarına bağlı akut ağrı
- Laringospazm ile ilişkili hava yolu açıklığında yetersizlik
- Potansiyel komplikasyonlar: kırıklar, solunum arresti

Bakım ve Uygulamalar

Hipokalsemi tedavisinin temel amacı altta yatan nedenin tedavi edilmesidir. Hipokalseminin ciddi belirtileri ortaya çıktığında hekim önerisiyle IV kalsiyum preparatları verilir (örneğin kalsiyum glukonat, kalsiyum klorür). Hafif hipokalseminin tedavisi D vitamini takviyesi ile birlikte kalsiyum açısından zengin bir diyeti içermektedir. Süt ürünlerini tolere edemeyen bireyler diyetlerinde yeterli miktarda kalsiyum alamadıkları durumda kalsiyum karbonat gibi oral kalsiyum takviyeleri önerilebilir. Hipokalsemiden kuşku edildiğinde ağrı ve anksiyete giderilmelidir çünkü hiperventilasyona bağlı solunum alkalozunda hipokalsemik semptomlar artabilir. Kese kağıdı içine solunmak, hastayı sakinleştirmek gibi CO₂ tutulumunu teşvik etmeye yönelik önlemler kalsiyum seviyesi normal sınırlara gelinceye kadar kas

spazmı ve tetaninin diğer semptomlarını kontrol edebilir. Tiroid ve boyun cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat bölgesinin paratiroid bezlerine yakın olması nedeniyle postoperatif erken dönemde hipokalsemi belirtileri gözlemlenmelidir (Lewis ve ark., 2014). Yüksek doz kafein ve alkol tüketimi kalsiyum emilimini engeller ve sigara içilmesi idrarla kalsiyum atılımını artırır. Ayrıca, kalsiyum emilimini azalttığı için hastaya fosfor içeren antiasit ve aşırı laksatif kullanımından kaçınması gerektiği söylenmelidir (Smeltzer ve ark., 2010).

3.3.4. Magnezyum Dengesizlikleri

Potasyumdan sonra hücre içinde en çok bulunan ikinci katyondur. Vücutta magnezyumun yaklaşık %50-60'ı kemiklerde bulunur. Normal serum magnezyum düzeyi 1.5 mg/dl ve 2.5 mg/dl arasında olmalıdır. Birçok enzim sistemi için önemli aktivatör görevi görür ve hem karbonhidrat hem de protein metabolizmasında rol oynar. Magnezyum protein ve karbonhidrat metabolizmasında koenzimdir ve nükleik asit ve proteinlerin sentezi için gereklidir. Magnezyum normal potasyum ve kalsiyum dengesinin korunmasında önemlidir. Sodyum-potasyum pompasının normal çalışması için yeterli hücre içi magnezyum gereklidir. Nöromusküler fonksiyonda magnezyum dengesi önemlidir. Magnezyum doğrudan nöromusküler bağlantı üzerine etki ettiğinden serum magnezyum seviyesindeki değişiklikler nöromusküler uyarılabilirliği ve kasılma yeteneğini doğrudan etkiler (Smeltzer ve ark., 2010). Magnezyum dengesi, gastrointestinal emilim ve renal atılımla düzenlenir. Böbrekler gerektiğinde magnezyumu tutma ve gerektiğinde fazlasını atma özelliğine sahiptir. Kalsiyum dengesini düzenleyen faktörler (örneğin; PTH) benzer şekilde magnezyum dengesini de etkiler. Magnezyum dengesizliğinin belirtileri genellikle kalsiyum dengesizlikleri ile karıştırılabilir. Magnezyum, kalsiyum ve potasyum dengesizlikleri yakından ilişkili olduğundan üç katyonun birlikte değerlendirilmesi gerekir (Lewis ve ark., 2014; Smeltzer ve ark., 2010).

3.3.4.1. Hipermağnezemi

Hipermağnezemi nadir görülen bir elektrolit bozukluğudur çünkü böbrekler etkili bir şekilde magnezyum salgırlar. Serum magnezyum düzeyinin 2.5 mg/dl üzerine çıkmasıdır. Hipermağnezemi böbrek yetmezliği ve ya yetersizliği eşliğinde magnezyum alımında artışla meydana gelmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların magnezyum içeren ürünleri fazla kullanımı sonucu, eklemisi tedavisi için magnezyum sülfat kullanan gebede hipermağnezemi gelişebilir. Kan örnekleri alınırken kan örneğinin hemoliz olması veya çok sıkı ya da uzun süre turnike uygulanan koldan alınan kan

örneği sonucun yanlış yorumlanmasına sebep olabilmektedir (Lewis ve ark., 2014; Smeltzer ve ark., 2010).

Etiyoloji

Hiperkalsemi'nin en yaygın nedeni böbrek yetmezliği'dir. Birçok böbrek yetmezliği hastası'nda serum magnezyum düzeyi hafif bir yükselme eğilimindedir. Bu tablo hastalar magnezyum içeren ürünleri ya da magnezyum tuzu içeren antiasitleri aldıkları zaman daha da kötüleşmektedir. Hipermagnezemi tedavi edilmemiş diyabetik ketoasidozda'da ortaya çıkabilir. Adrenokortikal yetmezlik, Addison hastalığı ve hipotermi'de de serum magnezyum düzeyi'nin yükseldiği gözlenmektedir. Magnezyum içeren antiasit ya da laksatiflerin kullanımı, gastrointestinal hareketliliği azaltan ilaçlar (opioidler, antikolinerjikler) da serum magnezyum seviyesinin yükselmesine sebep olabilir. Lityum intoksikasyonu serum magnezyum düzeyinde artışa sebep olabilir. Travma, şok, sepsis, kardiyak arrest ya da ciddi yanıklar gibi yoğun yumuşak doku zedelenmeleri ve ya nekroz da hipermagnezemi ile sonuçlanabilir (Farrell, 2017).

Klinik Bulgular

Serum magnezyum seviyesinin akut yükselmesi merkezi sinir sistemini baskılar. Hafif yükselmelerde periferik vazodilatasyon nedeniyle kan basıncını düşürme eğilimi vardır. Bulantı, kusma, yumuşak doku kalsifikasyonları, yüz kızarması ve sıcaklık hissi oluşabilir. Magnezyum seviyesinin daha da yükseldiği tabloda letarji, uyuşukluk ve konuşma güçlüğü (dizartri) görülür. Derin tendon refleksleri kaybolur ve kas güçsüzlüğü ve paralizisi meydana gelir. Serum magnezyum düzeyi 10 mEq/Lyi aştığı zaman solunum merkezi baskılanır. Serum magnezyum seviyesi daha da yükseldiği ve tedavi edilemediği durumlarda koma, atriyoventriküler kalp bloğu ve kardiyak arrest meydana gelebilir (Smeltzer ve Bare, 2004).

Tanı ve Değerlendirme

Laboratuar bulguları'nda serum magnezyum seviyesi 2.3 mg/dl'nin üzerine çıkmıştır. Kalsiyum ve potasyum'un da eş zamanlı olarak arttığı gözlemlenmektedir. Kreatinin klerensi 3ml/dk'nın altına düştükçe serum magnezyum seviyeleri artar. EKG bulguları'nda PR intervalinde uzama ve geniş QRS kompleksi görülmektedir (Smeltzer ve Bare, 2004).

Tedavi

Hipermagnezemi böbrek yetmezliği olan hastalara magnezyum verilmesinden kaçınılarak ve magnezyum tuzu alan hastaların yakından takibi yapılarak önlenabilir. Şiddetli hipermagnezemisi olan hastalarda

tüm parenteral ve oral magnezyum tuzları kesilmelidir. Kardiyak iletimin bozulması veya solunum depresyonu gibi acil durumlarda ventilatör desteği, IV kalsiyum klorür veya IV kalsiyum glukonat tedavisine başlanmalıdır. Bunun yanısıra, magnezyum içermeyen bir diyalizatla yapılan hemodiyaliz serum magnezyum düzeyini saatler içinde güvenli bir seviyeye indirebilir (Farrell, 2017). Loop diüretikler (furosemid), Sodyum klorür ve laktatlı ringer IV solüsyonu, oral ve parenteral sıvılar böbrek fonksiyon bozukluğu olmayan hastalarda idrar atılımını teşvik ederek magnezyum atılımını artırır. IV kalsiyum glukonat magnezyumun kardiyovasküler ve nöromusküler etkilerini antagonize eder (Smeltzer ve ark., 2010).

Hemşirelik Bakımı

Hipermagnezemi riski taşıyan hastaların öncelikle belirlenerek değerlendirilmesi yapılır. Hipermagnezemi şüphesi olduğu durumda hemşire solunum, yaşamsal bulgular ve hipotansiyon takibi açısından hastayı değerlendirir. Hemşire aynı zamanda hastada azalmış patella refleksi ve bilinç değişikliklerini gözlemler. Mgnezyum içeren ilaçlar böbrek yetmezliği ya da böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalara verilmemelidir. Parenteral magnezyum içeren sıvılar hazırlanırken ve uygulanırken dikkatli olunmalıdır çünkü magnezyum çözeltileri konsantrasyonda farklılık gösterebilir (Smeltzer ve Bare, 2004).

3.3.4.2. Hipomagnezemi

Hipomagnezemi serum magnezyum düzeyinin 1.5 mg/dl'nin altına düşmesidir ve sıklıkla hipokalsemi ve hipokalemi ile ilişkilidir. Serum magnezyumun yaklaşık üçte biri proteine bağlanır; kalan üçte ikisi serbest katyonlar olarak bulunur. Kalsiyum seviyelerinde olduğu gibi magnezyum seviyeleri de albümin seviyeleri ile birlikte değerlendirilmelidir. Serum albümin seviyelerinin düşmesi ölçülen toplam magnezyum konsantrasyonunu azaltabilir ancak iyonize plazma magnezyum konsantrasyonunda azalma görülmez (Smeltzer ve Bare, 2004).

Etiyoloji

Magnezyum kaybının önemli bir yolu gastrointestinal yoldan kaynaklanmaktadır. Nazogastrik sonda uygulanan hastalarda ve diyare tablosunda magnezyum kaybı meydana gelebilir. Gastrointestinal yoldan sıvı kaybı, emilim bozuklukları, uzun süre parenteral ve enteral beslenme de hipomagnezemi nedenleri arasında yer almaktadır. Bağırsak rezeksiyonu veya enflamatuar bağırsak hastalıklarındaki gibi ince bağırsak hastalıkları da hipomagnezemiye sebep olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde semptomatik hipmagnezemi'nin en yaygın nedeni alkolizm'dir. Alkol tedavisi

gören hastalarda hipomagnezemi varlığı özellikle sorun yaratmaktadır. Bu nedenle bu hastalarda magnezyum düzeyi en az 2 ve ya 3 gün arayla ölçülmelidir. Hipomagnezemi'nin diğer nedenleri arasında aminoglikozitler, siklosporin, sisplatin, diüretikler, dijital ajanların ve sitratlı kanın özellikle renal ve hepatik hastalığı olan hastalara hızlı bir şekilde verilmesi yer almaktadır. Sepsis, yanıklar ve hipotermi gibi durumlarda da hipomagnezemi görülmektedir (Farrell, 2017).

Klinik Bulgular

Hipomagnezeminin klinik belirtileri büyük ölçüde nöromuskuler sistemle alakalıdır. Bazı belirtiler doğrudan düşük magnezyum seviyesine bağlı iken diğerleri ise potasyum ve kalsiyum metabolizmasındaki ikincil değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Belirtiler genellikle serum magnezyum seviyesi 1 mg/dl altına düşene kadar ortaya çıkmaz (Smeltzer ve Bare, 2004). Nöromuskuler belirtiler; konfüzyon, hiperaktif derin tendon refleksi, kas krampları, kas güçsüzlüğü, titreme, atetoid hareketler (yavaş, istemsiz hareketler) ve nöbetler olarak ortaya çıkmaktadır. Magnezyum eksikliği erken ventriküler kasılmalar ve ventriküler fibrilasyon gibi kardiyak aritmilere neden olur. Klinik olarak hipomagnezemi hipokalsemiye benzer ve PTH'nın azalan hareketinden kaynaklanan hipokalseminin gelişimine katkıda bulunur. Hipomagnezemi aynı zamanda potasyum replasmanına cevap vermeyen hipokalemi ile de ilişkili olabilir (Lewis ve ark., 2014). Diğer bulgular arasında hipokalsemiye bağlı olarak meydana gelen tetani, jeneralize tonik-klonik ve ya fokal nöbetler, Chvostek ve Trousseau's belirtileri görülmektedir. Hipomagnezemi ile birlikte ataksi, uykusuzluk, baş dönmesi ve konfüzyon'un yanısıra apati, depresyon, kaygı ve ajitasyon gibi bilişsel değişimler de gözlenmektedir. Bazen deliryum, işitsel ve görsel halüsinasyonlar ve psikozlar meydana gelebilir. Magnezyum eksikliği'nde EKG bulguları'nda QRS kompleksi uzayarak ST segmentini baskılar ve erken ventriküler kasılmalar, supventriküler taşikardi, torsades de pointes (ventriküler taşikardinin bir formu) ve ventriküler fibrilasyon gibi kardiyak aritmiler görülebilir. Digoksin toksisitesine karşı artan duyarlılık düşük serum magnezyum seviyeleri ile ilişkilidir. Bu tablo hastalar için önemlidir çünkü digoksin alan hastalar aynı zamanda diüretik tedavi de almaktadır ve bu durum hastalarda magnezyum kaybını yatkın hale getirmektedir (Farrell, 2017).

Tanı ve Değerlendirme

Laboratuvar bulgularında serum magnezyum düzeyi 1.5 mg/dl'den daha düşük gelmektedir. Magnezyum düşüklüğü çoğunlukla hipokalemi ve hipokalsemi ile ilişkilidir. İdrarda magnezyum ölçülmesi magnezyum

düşüklüğünün nedenini belirlemeye yardımcı olabilir ve magnezyum sülfat yüklenme dozundan sonra magnezyum sevipleri tekrar ölçülür (Farrell, 2017).

Tedavi

Hipomagnezemi tedavisinin primer amacı altta yatan nedenin tedavi edilmesidir. Hafif magnezyum eksiklikleri oral takviyeler ve magnezyum içeriği yüksek gıdaların alımıyla telafi edilebilir. Başlıca magnezyum diyet kaynakları arasında kuruyemişler, tohumlar, baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler, deniz ürünleri, yerfıstığı yağı ve kakao bulunur (Smeltzer ve ark., 2010). Hipomagnezemi şiddetliyse veya hipokalsemi varsa IV magnezyum (magnezyum sülfat) verilir. Magnezyum uygulaması esnasında yaşam bulguları sık sık izlenmeli ve tedavi sırasında infüzyon pompası kullanılmalıdır, çok hızlı magnezyum uygulaması solunum ve kalp durmasına sebep olabilir (Lewis ve ark., 2014). Parenteral beslenen hastalarda hipomagnezemi gelişimini önlemek için IV magnezyum uygulaması gerekebilir. Magnezyum uygulamasından önce, uygulama sırasında ve sonrasında idrar çıkışı takibi yapılmalıdır. 4 saatte idrar hacmi 100 ml'nin altına düşerse doktora bildirilmelidir. Kalsiyum glukonat hipokalsemik tetani ya da hipermağnezemiye karşı hazır durumda bulundurulmalıdır (Farrell, 2017).

Hemşirelik Bakımı

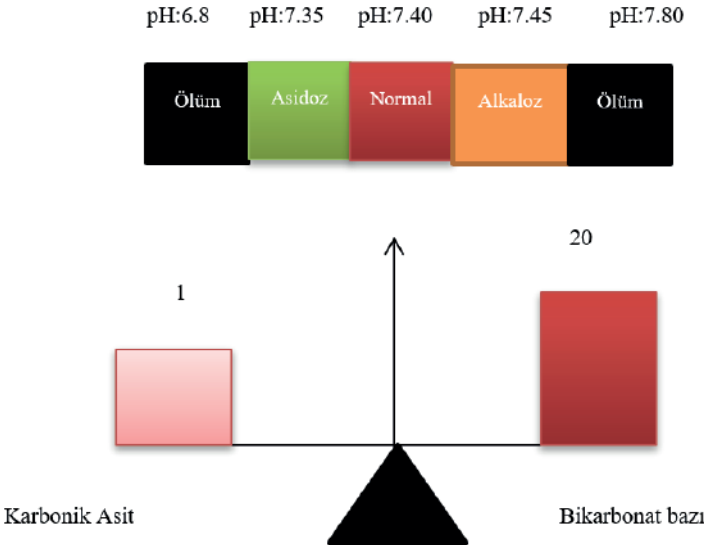
Hipomagnezemi riski altında olan hastalar belirlenmeli ve belirti ve semptomları gözlemlenmelidir. Dijital tedavisi alan hastalar yakından izlenmeli, magnezyum eksikliği dijital toksisitesine yatkınlığı artırabilir. Hipomagnezemi şiddetli olduğu durumlarda nöbet geçirme riskine karşı önlemler alınmalıdır. Magnezyum tedavisi alan hastalarda disfaji gelişebileceğinden oral ilaçlar ve beslenmesi sağlanmadan önce yutma yeteneği suyla test edilmelidir. Bu hastalarda disfaji muhtemelen magnezyum açığı ile ilişkili atetoid ve koreiform hareketler (hızlı, istemsiz, düzensiz hareketler)'e bağlı görülür. Nöromusküler irritabiliteyi belirlemek için hemşirenin hastanın derin tendon reflekslerini değerlendirmesi ve derecelendirmesi gerekmektedir. Özellikle diüretik ve laksatif kullanan hastalarda ortaya çıkan magnezyum açığının tedavisi uygulanırken hastaların bilgilendirilmesi de önemlidir. Bu gibi durumlarda hastaya mutlaka magnezyumdan zengin gıdalarla beslenmenin önemi vurgulanmalıdır (fındık, muz, çikolata, portakal, yeşil yapraklı sebzeler). Alkol kullanımından kaynaklı hipomagnezemi yaşayan hastalar için mutlaka profesyonel yardım alma konusunda destek, danışmanlık ve gerekli merkezlere sevk konusundan bilgilendirme yapılmalıdır (Smeltzer ve Bare, 2004).

3.3.5. Asit Baz Dengesi

Asit-baz dengesizliğin tespiti altta yatan nedenin tespit edilmesi ve uygun tedavinin belirlenmesinde önemlidir. Asit-baz dengesi H^+ iyonu konsantrasyonu dengesidir. Homeostatik mekanizmalar pH'ı normal aralıkta tutar (7.35-7.45). Bu mekanizmalar tampon sistemler, böbrek ve akciğerlerden oluşur. H^+ konsantrasyonu son derece önemlidir: konsantrasyon ne kadar büyükse solüsyon o kadar asitli ve pH okadar düşük olur. H^+ konsantrasyonu ne kadar düşük olursa, çözelti okadar alkali olur ve pH yükselir. Asit maddeler kanın tampon sistemleri ile nötralize edilir ve kan pH'sı değişmez tutulur. Birçok hastalık asit-baz dengesizliklerine neden olabilir. Diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve böbrek hastalığı olan kişilerde sıklıkla asit-baz dengesizlikleri gözlenebilir (Lewis ve ark., 2014).

Normal plazma pH aralığı 7.35-7.45'tir. Normal bir pH bikarbonat/karbonik asit oranı 20/1 oranı ile korunur (Lewis ve ark., 2014).

Vücudun temel ekstrasellüler sıvınının tampon sistemi arteriyel kan gazları ölçüldüğünde değerlendirilen bikarbonat-karbonik asit tampon sistemidir. Normalde bikarbonat/karbonik asit oranı 20/1 gibidir. Bu oran değişirse pH değişir. pH'nın korunmasında önemli olan bikarbonat/karbonik asit arasındaki orandır (Smeltzer ve ark., 2010).



Şekil 5: Asit Baz Dengesi

Kaynak: Lewis, S. H., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. Single Volume. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby

3.3.5.1. Tampon Sistemi

Tampon sistem en hızlı hareket eden sistemdir ve asit baz dengesinin temel düzenleyicisidir. Tampon sistemler güçlü asitleri zayıf asitlere dönüştürmek veya etkilerini nötralize etmek için asitleri bağlayarak kimyasal etkide bulunur. Bu durum asitlerin vücuttan atılana kadar kan pH'ı üzerindeki etkilerini en aza indirmeye yardımcı olur. Tampon sistemler solunum ve böbrek sistemleri yeteri kadar çalışmadan pH'ı koruyamazlar. Bir tampon sistemi zayıf iyonize edilmiş asit ya da baz veya onun tuzundan oluşmaktadır. Vücuttaki tampon sistemler, karbonik asit-bikarbonat, monohidrojen dihidrojen fosfat, hücre içi ve plazma proteini ve hemoglobin tampon sistemlerinden oluşur (Lewis ve ark., 2014).

Karbonik asit (H_2CO_3) bikarbonat (HCO_3) tampon sistemi hidroklorik asidi aşağıda gösterildiği şekilde nötralize eder.



Güçlü bir asit ile güçlü bir bazın birleştirilmesi HCL solüsyonunun pH'ında büyük bir değişiklik yapmasını engeller. Karbonik asit sırasıyla H_2O ve CO_2 'ye parçalanır. CO_2 atılımı akciğerlerden gerçekleşir. Bu işlemde tampon sistemi, bikarbonat ve karbonik asit ve normal pH arasında 20/1 oranını korur (Lewis ve ark., 2014).

Fosfat tampon sistemi, monohidrojen fosfat (HPO_4^{-2}) ve ya dihidrojen fosfat ($H_2PO_4^{-}$) ile birlikte sodyum ve diğer katyonlardan oluşur. Bu hücre içi tampon sistemi bikarbonat sistemi ile aynı şekilde etki eder. Bazlar güçlü asitleri nötrleştirir, sodyum klorür ($NaCl$) ve daha zayıf bir asit olan sodyum bifosfat (NaH_2PO_4) oluşturur. Buna karşılık sodyum hidroksit ($NaOH$) gibi güçlü bir baz mevcutsa, sodyum dihidrojen fosfat (Na_2HPO_4) ve su (H_2O) oluşturmak için nötralize eder (Lewis ve ark., 2014).



Intrasellüler ve ekstrasellüler protein tampon sistemi bikarbonat tampon sistemi gibi çalışır. Proteinlerin bazı aminoasitleri, CO_2 ve H^+ 'e ayrışabilen serbest asit radikaller ($-COOH$) içerir. Diğer aminoasitler NH_3^+ (amonyak) ve OH^- (hidroksit)'e ayrışabilen temel radikallere [NH_3OH^+ (amonyum hidroksit)] sahiptir. OH^- bir H^+ ile birleşerek H_2O oluşur (Lewis ve ark., 2014).

3.3.5.2. Solunum Sistemi

Akciğerler CO_2 ve ekstrasellüler sıvıdaki karbonik asit içeriğinin kontrolünden sorumludur. Kandaki CO_2 miktarına bağlı olarak ventilasyon ayarlamasını yaparak kontrolü sağlarlar. Arteriyel kandaki (PaCO_2) kısmi CO_2 basıncındaki artış solunum için güçlü bir uyarıcıdır. Bunun yanında arteriyel kandaki (PaO_2) kısmi oksijen basıncı da solunumu etkiler. Metabolik asidoz da solunum hızı artar CO_2 'in daha fazla kullanılmasına (asit yükünü azaltmak için) neden olur, metabolik alkalozda solunum hızı düşer ve CO_2 'in tutulmasına (asit yükünü arttırmak için) neden olur (Smeltzer ve ark., 2010).

Kandaki CO_2 miktarı doğrudan karbonik asit (H_2CO_3) konsantrasyonu ve H^+ konsantrasyonu ile ilgilidir. Solunumun artmasıyla CO_2 atılımı artar ve CO_2 'in kandaki miktarı azalır böylece daha az karbonik asit ve H^+ iyonunu oluşturur. Solunumun azalmasıyla kanda fazla bulunan CO_2 karbonik asit ve hidrojenin artmasına sebep olur. Beyin sapında medullada'ki solunum merkezi CO_2 atılım hızını kontrol eder. CO_2 ya da H^+ iyonu artmış ise solunum merkezi, solunum hızı ve derinliğini artırır. CO_2 ile H^+ iyonunda azalma varsa solunum baskılanır (Lewis ve ark., 2014).

3.3.5.3. Renal Sistem

Böbrekler ekstrasellüler sıvı içindeki bikarbonat seviyesini düzenler, bikarbonat iyonlarını yeniler. Solunum asidozu ve çoğu metabolik asidoz tablosunda böbrekler H^+ iyonlarını atar ve dengeyi geri kazanmaya yardımcı olmak için bikarbonat iyonlarını tutar (Farrell, 2017). Asidozu kompanse etmek için böbrekler ek HCO_3^- 'i dolaşıma verir ve fazla H^+ 'i elimine ederler. Böylece kan pH'ı artar ve idrar pH'ı düşer. Asit baz dengesizliğinin nedeni eğer renal sistem ile ilgili ise (örn, böbrek yetmezliği gibi) böbrekler pH değişikliğini düzenleme yeteneğini kaybeder (Lewis ve ark., 2014). Solunum alkalozu ve metabolik alkaloz'da böbrekler H^+ iyonlarını tutar ve dengeyi geri kazanmaya yardımcı olmak için bikarbonat iyonlarını atar. Böbrekler, böbrek yetmezliği ile ortaya çıkan metabolik asidozu kompanse edemezler. Renal kompensasyon daha yavaş ilerler (Farrell, 2017).

3.3.6. Asit- Baz Dengesi Bozuklukları

Renal veya endokrin hastalık öyküsü olan veya taşipne, kussmaul solunum, siyanoz, solunum yetmezliği, mental durum değişiklikleri, kusma, sıvı kaybı, diyare gibi bulguların varlığında asit-baz dengesi bozuklukları'nın varlığı düşünülmelidir (Gökmen ve Özmen, 2016).

Tablo 7: Asit- Baz Dengesi Bozuklukları ve Kompansasyonu

	Primer Bozukluk		
Solunum Asidozu	HCO ₃ normal ya da ↑	pH↓	PaCO ₂ ↑
Solunum Alkalozu	HCO ₃ normal ya da ↓	pH↑	PaCO ₂ ↓
Metabolik Asidoz	HCO ₃ ↓	pH↓	PaCO ₂ normal ya da ↓
Metabolik Alkaloz	HCO ₃ ↑	pH↑	PaCO ₂ normal ya da ↑

Kaynak: Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Twelfth Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.

3.3.6.1. Metabolik Asidoz

Plazma bikarbonat düzeyindeki azalma ile birlikte H⁺ iyon yoğunluğunun artması ve pH'nin düşmesiyle karakterize klinik bozukluktur. Metabolik asidoz'un değerlendirilmesi ve tedavisinde "anyon açığı" ifadesi'nin önemli bir yeri vardır. Serum anyon açığı değerlerine göre klinik olarak iki forma ayrılabilir. "Artmış anyon açığı olan metabolik asidoz" ve "normal anyon açığı olan metabolik asidoz". Anyon açığı plazma içindeki ölçülmemiş anyonları yansıtır. Anyon boşluğunun ölçülmesi asit-baz dengesizliklerinin ölçülmesinde esastır. Anyon boşluğunun hesaplanması aşağıdaki denklemlerden biriyle hesaplanabilir:

$$\text{Anyon boşluğu: Na}^+ + \text{K}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$$

$$\text{Anyon boşluğu: Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$$

Potasyum, plazmadaki düşük seviyesinden dolayı genellikle denklemden çıkarılır bu sebeple ikinci denklem birinciden daha sık kullanılır. Bir anyon boşluğu için normal değer, denklemde potasyum olmadan 8-12 mEq/L (8-12 mmol/ L)'dir. Potasyum eğer denklemde yer alıyorsa anyon boşluğu için normal değer 12-16 mEq/L'dir (Smeltzer ve ark., 2010).

Metabolik asidozda anyon boşluğunun hesaplanması asidozun kaynağının belirlenmesine yardımcı olur. Anyon açığı katyonlar ile ekstrasellüler sıvı içindeki anyonlar arasındaki rutin olarak ölçülen farktır. Klorür ve bikarbonat seviyelerini toplayarak ve bu sayı plazma sodyum konsantrasyonundan çıkartılarak bir anyon boşluğu hesaplanır. Normalde ölçülen katyonların toplamı ölçülen anyonların toplamından büyüktür. Anyon aralığı normalde 10-14 mmol/l'dir. Anyon açığı asiditeyle (örn; laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz) ilişkili metabolik asidozda artar ancak bikarbonat kaybının

(örneğin diyare) neden olduğu metabolik asidozda normal kalır (Lewis ve ark., 2014).

Klinik Bulgular

Metabolik asidozun belirtisi ve bulguları asidozun ciddiyetine göre değişiklik gösterir. Baş ağrısı, konfüzyon, uyuşukluk, solunum hızı ve derinliğinin artması (kussmaul solunum), bulantı ve kusma görülen belirtiler arasındadır. pH 7'nin altına düştüğü zaman düşük kardiyak output ve periferik vazodilasyon meydana gelir. Ek olarak fiziksel değerlendirme bulguları arasında kan basıncının düşmesi, soğuk ve nemli cilt, disritmi ve şok görülmektedir. Kronik metabolik asidoz genellikle kronik böbrek yetmezliği ile birlikte görülür. Bikarbonat ve pH yavaş yavaş düşer bu nedenle hasta bikarbonat düzeyi yaklaşık 15 mEq/L'nin altına düşene kadar asemptomatik seyreder (Smeltzer ve Bare, 2004). Asidoz tablosunda kanda bulunan H⁺, intrasellüler fosfat ve protein tarafından tampon amacıyla hücre içine girerken potasyum hücre dışına çıkar bu nedenle sık sık hiperpotasemi görülür (Ecder ve ark., 2007).

Tanı ve Değerlendirme

Arter kan gazı ölçümleri metabolik asidoz tanısında önemlidir. Kan gazı değişikliklerinde bikarbonat düzeyi (22mEq/L'den az) ve pH (7.35'ten az) değeri düşmüştür. Metabolik asidozun özelliği serum bikarbonat düzeyinde meydana gelen azalmalardır. Hiperkalemi potasyumun hücrelerden kayması sonucu metabolik asidoza eşlik edebilir. Asidozun düzelmeye başlamasıyla birlikte potasyum hücrelere geri döner ve hipokalemi gelişebilir. Anyon boşluğunun hesaplanması metabolik asidoz nedenini belirlemede yardımcıdır. EKG artan potasyumun neden olduğu ritim bozukluklarını belirlemede yardımcıdır (Smeltzer ve Bare, 2004).

Tedavi ve Bakım

Metabolik asidozda tedavi, sebep olan hastalığın cinsi, asidozun hızı ve derinliğine göre değişiklik gösterir. Öncelikle alta yatan primer neden belirlenerek metabolik defekt giderilmelidir. Eğer fazla miktarda klorür alımı ortaya çıkarsa işlem klorür kaynağını ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Gerekliğinde, pH 7.1'den ve bikarbonat 10'dan küçük olduğu durumlarda bikarbonat uygulanır. Asidoz da serum potasyum değeri yakından izlenmelidir, hiperkalemi tablosu asidoz ile ortaya çıkmış olsa da asidozun düzelmesinin ardından potasyumun hücre içine girmesi sonucunda hipokalemi meydana gelebilir. Bu sebeple potasyum değeri yakından izlenmelidir. Kronik metabolik asidoz da düşük kalsiyum seviyeleri pH artışı ve iyonize kalsiyumun düşmesinden kaynaklanan tetani'den kaçınmak

için öncelikli olarak tedavi edilmelidir. Tedavi yöntemleri içinde ayrıca hemodiyaliz ya da periton diyaliz de yer alabilir (Farrell, 2017).

3.3.6.2. Metabolik Alkaloz

Primer bozukluğun plazma bikarbonat düzeyinde artma olduğu alkaloz tipidir. Bikarbonat artışı varken H^+ iyonlarında kayıp (yüksek pH) söz konusudur (Smeltzer ve ark., 2010). Uzun süre kusma veya gastrik aspirasyona bağlı olarak meydana gelen asit kaybı veya soda alımı sonrası bikarbonat artışı şeklinde görülebilir (Kanan, 2012).

Metabolik alkalozun en yaygın nedeni, hidrojen ve klorür kaybına bağlı olarak meydana gelen kusma ve gastrik aspirasyon'dur. Bozukluk, kusmaya bağlı olarak gastrik sıvı kayıplarında görülen pilor stenozunda görülmektedir. Gastrik sıvı asit pH'ına sahiptir ve bu yüksek asidik sıvı pH'ının kaybı vücut sıvılarının alkaliliğini arttırmaktadır. Metabolik alkalozu arttıran diğer durumlar arasında potasyum atılımını teşvik eden diüretik alımı (furosemid, tiazid) ve aşırı adrenokortikal hormonları (Cushing sendromu ve hiperaldosteronizm)'nin salgılanması yer almaktadır (Farrell, 2017). Aşırı alkali alımı (bikarbonat içeren antiasit kullanımı ya da kardiyopulmoner resüsitasyon boyunca sodyum bikarbonat kullanımı) da metabolik alkalozu neden olabilir. Kronik metabolik alkaloz, uzun süreli diüretik tedavi (tiazid ya da furosemid tedavisi), villöz adenom, potasyumun önemli düzeyde azalması, gastrik drenaj, kistik fibroz, süt ve kalsiyum karbonatın kronik alımı ile ortaya çıkabilir (Smeltzer ve Bare, 2004).

Klinik Bulgular

Alkaloz temel olarak, parmak ve ayak parmaklarının karıncalanması, baş dönmesi gibi kalsiyum seviyesinin azalmasıyla ilişkili semptomlarla kendini gösterir. Başlıca görülen semptomlar arasında; letarji, konvüzyon, santral sinir sistemi fonksiyon bozukluklarına bağlı konvülsiyonların görülmesi, parestezi, kas krampları, tetani, solunum kasları paralizisi yer almaktadır (Kılavuz ve Akçiçek, 2014). Atriyal taşikardi görülebilir. pH 7.6'nın üzerine çıktıkça ve hipokalemi gelişirse ventriküler bozukluklar meydana gelebilir. Motilite'de azalma ve paralitik ileus'da görülebilir. Potasyum azaldıkça sıklıkla erken ventriküler kasılmalar ya da EKG'de U dalgaları görülmektedir (Farrell, 2017).

Tanı ve Değerlendirme

Tanı ayrıntılı hasta öyküsü ve fizik muayene, idrar sodyum ve klorür konsantrasyon ölçümü, serum elektrolit ve kan gazı tayini bakılması ile konur (Kılavuz ve Akçiçek, 2014). Arteriyel kan gazlarının değerlendirilmesinde

pH 7.45'ten büyük, serum bikarbonat konsantrasyonunun 26 mEq/Lden büyük olduğu görülmektedir. Hipokalemi de alkalozla eşlik edebilmektedir. Eğer hasta öyküsü yetersiz ise idrarda klorür düzeyi ölçümü metabolik alkalozun nedenini belirlemeye yardımcı olabilir (Smeltzer ve ark., 2010).

Tedavi ve Bakım

Metabolik alkaloz tedavisinin temel esası altta yatan nedenin düzeltilmesine yöneliktir. Gastrointestinal kayıplarda hacim kaybı ve klorür açığı ortaya çıkmaktadır. Tedavide sodyum klorür tedavisi uygulanarak normal sıvı hacminin geri kazanılması amaçlanır. Hastada hipopotasemi varsa tedaviye ek olarak hem K^+ hem de Cl^- kayıplarının yerine konması için KCL replasmanı uygulanır. Sıvı volüm replasmanı sorunu olan hastalarda (kalp yetmezliği gibi sodyum klorür replasmanı rahat verilemeyeceği için karbonik anhidraz inhibitörleri uygulanabilmektedir. Volüm yüklenmesi ve böbrek yetmezliği gelişen hastalarda diyaliz uygulanabilir. Hastanın kangazı takibi düzenli olarak yapılmalıdır, gastrointestinal kayıplar nedeniyle aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır ve mevcut sıvı kaybı giderilmelidir. Hemşire tarafında, düzenli elektrolit takibi yapılarak sıvı- elektrolit dengesizliği mevcut ise düzeltilmelidir (Smeltzer ve Bare, 2004; Ecder ve ark., 2007; Gökmen ve Özmen, 2016).

3.3.6.3. Solunum Asidozu

Solunum asidozu alveoler hipoventilasyon ya da pulmoner dolaşım bozukluğuna bağlı olarak gelişen pH'nın 7.35'den düşük $PaCO_2$ 'nin 42 mmHg'nın üzerinde olduğu klinik tablodur (Smeltzer ve ark., 2010). Hipoventilasyon, CO_2 artışına sebep olarak kanda karbonik asit birikmesine yol açar. Karbonik asit ayrışarak, H⁺ açığa çıkar ve pH'da bir azalma meydana gelmektedir (Lewis ve ark., 2014). Solunum asidozu, yetersiz ventilasyona bağlı olarak CO_2 atılımının yeterli oranda gerçekleştirilememesinden kaynaklanmaktadır. Bu durum plazma CO_2 seviyelerinin yükselmesine neden olarak sonuç olarak karbonik asit düzeylerinin yükselmesiyle sonuçlanır. Solunum asidozu, akut akciğer ödemi, yabancı cisim aspirasyonu, ateletazi, pnömotoraks, yüksek dozda sedatif alımı, uyku apnesi, kronik hiperkapnili olan bir hastaya O_2 uygulaması yapılması, şiddetli pnömoni ve akut respiratuvar distres sendromu gibi acil durumlarda ortaya çıkmaktadır. Solunum asidozu ayrıca, kas distrofisi, myastenia gravis ve Guillain-Barre sendromu gibi solunum kaslarına zarar veren hastalıklar ile de ortaya çıkmaktadır. Mekanik ventilasyon, ventilasyonun yetersiz olduğu ve CO_2 tutulumunun meydana geldiği durumlarda hiperkapni'nin düzeltilmesinde uygulanmalıdır (Farrell, 2017).

Klinik Bulgular

Solunum asidozu'nda klinik bulgular asidoz'un ciddiyetine, gelişim hızına ve altta yatan nedene göre değişiklik gösterir. Ani hiperkapni (yüksek PaCO₂) nabız, solunum hızı ve kan basıncının artmasına, mental bulanıklık ve baş ağrısı'na neden olabilir. 60 mmHg'dan yüksek PaCO₂, serebrovasküler vazodilatasyona ve beyin kan akımının artışına neden olur. Ventriküler fibrilasyon, anestezi uygulanan hastalarda solunum asidozu'nun ilk belirtisi olabilir. Solunum asidozu şiddetli ise, intrakraniyal basınç artabilir ve bu durum da papil ödem ile sonuçlanabilir. Kronik solunum asidozu, kronik amfizem ve bronşit, obstrüktif uyku apnesi ve obezite gibi pulmoner hastalıklarla ortaya çıkar. PaCO₂ hızla yükselme eğiliminde olursa serebral vazodilatasyon kafa içi basıncını arttıracak, taşipne ve siyanoz gelişecektir (Smeltzer ve ark., 2010).

Tanı ve Değerlendirme

Solunum asidozu nedenine bağlı olarak serum elektrolit değerlerinin izlenmesi, solunum sistemi hastalıklarının belirlenmesi için akciğer filmi çekilmelidir. Hiperkapniden şüphelenildiğinde arterial kan gazları değerlendirilmelidir. Hiperkapni beraberinde nörolojik ve kardiyolojik disfonksiyona neden olabileceğinden EKG değişiklikleri de izlenmelidir. (Smeltzer ve Bare, 2004, Yılmaz ve ark., 2014).

Tedavi ve Bakım

Solunum asidozun tedavisinde altta yatan nedenin tedavi edilmesi gerekmektedir. Solunum asidozunun hayati tehlike yaratmasındaki temel neden hiperkapni veya asidemiden çok eşlik eden hipoksemi tablosudur. Hiperkapni ve hipoksemi tedavisinde konversatif tedavi yeterli gelmediği durumlarda mekanik ventilasyon uygulanmalıdır. Kronik hiperkapnisi olan hastalarda O₂ uygulamaları çok dikkatli ve aralıklı olarak uygulanmalıdır çünkü PCO₂ yükseldiği durumlarda solunum merkezi baskılanmaktadır. Bronşiyal spazmı azaltmak amacıyla bronkodilatörler, solunum yolu enfeksiyonlarının giderilmesinde antibiyotik ajanlar, pulmoner emboli için antikoagülanlar ve trombolitik ajanlar kullanılır. Mukoz membranların nemliliğini sağlamak ve sekresyonların atılımını kolaylaştırmak amacıyla günde 2-3lt sıvı alımı sağlanmalıdır. Lüzum halinde O₂ verilmeli ve yakından takip edilmelidir. Solunumu desteklemek ve CO₂ atılımını kolaylaştırmak amacıyla semi-fawler pozisyonu verilebilir. Elektrolit değerleri ve kan gazı değerleri yakından takip edilmeli, dengesizlik düzeltilmelidir. EKG değişiklikleri gözlenmelidir. O₂ uygulamaları hipoksemiye düzeltirse solunum merkezinin uyarılmasını azaltacağından hipoventilasyon derinleşerek asidozun artmasına sebep olur (Smeltzer ve ark., 2010; Ecder ve ark., 2007).

3.3.6.4. Solunum Alkalozu

Solunum alkalozu, arteriyel pH'nın 7.45'ten büyük olduğu ve PaCO₂'nin 38 mm Hg'dan az olduğu klinik bir tablodur. Solunum alkalozu, CO₂ salınımının fazla olmasına neden olan hiperventilasyondan kaynaklanmaktadır. Yoğun-bakım ünitelerinde en sık karşılaşılan asit-baz dengesizliği solunum alkalozu'dur. Solunum alkalozu nedenleri arasında, akut ve kronik solunum merkezi'nin uyarılması, ciddi anksiyete, hipoksemi, salisilat intoksikasyonu, merkezi sinir sistemi hastalıkları, gram-negatif bakteriler, O₂ bağlama kapasitesinin azalması (anemi), uzun süreli mekanik ventilasyon uygulamaları sayılabilir. Kronik solunum alkalozu kronik hipokapniden kaynaklanır ve sonuç olarak serum bikarbonat düzeylerinde azalma meydana gelmektedir. Kronik karaciğer yetmezliği ve beyin tümörleri predispozan faktörlerdir (Smeltzer ve Bare, 2004; Ecdar ve ark., 2007).

Klinik Bulgular

Hiperventilasyona bağlı olarak azalan PaCO₂ beraberinde serebral ve periferik kan akımını da azaltmaktadır. Nöromusküler irritabilite'ye bağlı olarak refleks artışı, tetani ve konvülsiyonlar ve Chvostek bulgusu gözlenebilir. Baş dönmesi, konsantrasyon bozuklukları, kalsiyumun azalmasına bağlı olarak uyuşukluk ve karıncalanma ve bilinç kaybı görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Hastaların bazıları parestezi, uykusuzluk ve kas krampları tarifleyebilirler. Solunum alkalozu'nun kardiyak etkileri ritm bozukları ve EKG'de iskemik değişiklikleri içerebilir (Ecdar ve ark., 2007; Farrell, 2017).

Tanı ve Değerlendirme

Arter kan gazlarının ölçümü solunum alkalozunun belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Akut durumlarda pH, düşük PaCO₂ ve normal bikarbonat seviyesinin bir sonucu olarak normalin üzerine çıkar (böbrekler bikarbonat seviyesini hızlı bir şekilde değiştiremez). Serum elektrolitleri'nin değerlendirilmesi potasyum karşılığında hücrelerden hidrojen çekildiği için hipopotasemi'nin tanımlanmasında yardımcıdır (Smeltzer ve ark., 2010; Ecdar ve ark., 2007). Salisilat intoksikasyonunu ekarte etmek için toksikoloji taraması yapılmalıdır (Smeltzer ve ark., 2010).

Tedavi ve Bakım

Solunum alkalozu çoğu zaman tedavi gerektirmez. Öncelikle solunum alkalozuna sebep olan durum tedavi edilmelidir. Hastaya semi-fowler pozisyonu verilmeli ve solunum egzersizleri yaptırılmalıdır. Yavaş ve derin solunum yöntemleri öğretilmelidir. Hastaya kapalı bir sistemde (kese kâğıdı veya kağıt torba içine) nefes alıp verme yöntemi öğretilir. Böylelikle hastaların kendi CO₂'lerini inhale etmeleri sağlanarak PCO₂ yükseltilmeye

çalışılır. Gergin ve endişeli hastalarda hiperventilasyonu hafifletmek amacıyla sedatifler yardımcı olabilir. Mental değişiklikler kontrol edilir, elektrolit takibi yapılarak eksik elektrolit varsa yerine konulmalıdır. Aritmi durumunda EKG kontrolü yapılmalıdır (Smeltzer ve Bare, 2004).

3.3.6.5. Sıvı Elektrolit Replasmanı

Intravenöz sıvı ve elektrolit tedavisi, birçok sıvı ve elektrolit dengesizliğini tedavi etmede kullanılır. Birçok hastanın oral yolla beslenemediği durumlarda IV sıvı desteğine ihtiyaçları vardır. Hasta için başka bir uygulama yolu bulunmadığında, sıvı replasmanı, ilaç uygulamaları ve parenteral uygulamalarda intravenöz yol kullanılır. Sıvı ve elektrolit dengesizliklerinin tedavi edilmesinde IV sıvı ve elektrolit solüsyonlarından faydalanılmaktadır. Tablo 8'de elektrolit tedavisinde kullanılan sıvı replasmanlarının kullanımına dair bilgiler yer almaktadır (Lewis ve ark., 2014).

Tablo 8: Sıklıkla Kullanılan Kristalloid Solüsyonlar

	Solüsyon	Tonisite	mOsm/ kg	Glikoz (g/L)	Endikasyon ve Genel Hususlar
Dekstroz Solüsyonu	%5	İzotonik	278	50	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrolitlerin renal atılımı için gerekli sıvıyı sağlar. • Su kayıplarını replase etmek için ve hipernatremi tedavisinde kullanılır, 170 kalori/L sağlar. • Elektrolit içermez.
	10%	Hipertonik	556	100	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrolitsiz sadece serbest su sağlar, • 340 cal/L sağlar.
Serum Fizyolojik Solüsyonu	%0.45	Hipotonik	154	0	<ul style="list-style-type: none"> • Na⁺ ve Cl⁻'a ek olarak serbest su sağlar. • Hipotonik su kayıplarının replasmanında kullanılır. • Diğer elektrolit kayıplarının replasmanında idame solüsyon olarak kullanılır. • Kalori sağlamaz.
	%0.9	İzotonik	308	0	<ul style="list-style-type: none"> • İntravasküler hacmi genişletmek ve ekstrasellüler sıvı kayıplarının giderilmesinde kullanılır. • Kan ürünleriyle uygulanabilen tek solüsyondur. • Serbest su, kalori ve diğer elektrolitleri içermez. • İntravasküler yüke ve hiperkloremik asidoza neden olabilir.
	%3.0	Hipertonik	1026	0	<ul style="list-style-type: none"> • Semptomatik hiponatremi tedavisinde kullanılır. • Yavaş ve aşırı dikkatli uygulanmalıdır çünkü tehlikeli intravasküler hacim yükü ve pulmoner ödeme neden olabilir.

%5 Dekstroz İzotonik Sodyum Klorür Solüsyonu	%0.225	İzotonik	355	50	<ul style="list-style-type: none"> • Na⁺, Cl⁻ ve serbest su içerir. • Hipotonik kayıpları replase etmek ve hipernatremi tedavisinde kullanılır. • 170 kalori/L sağlar.
	%0.45	Hipertonik	432	50	<ul style="list-style-type: none"> • 170 kal/L sağlaması dışında %0.45 NaCl ile aynıdır.
	%0.9	Hipertonik	586	50	<ul style="list-style-type: none"> • 170 kal/L sağlaması dışında %0.9 NaCl ile aynıdır.
Ringer Solüsyonu	-	İzotonik	309	0	<ul style="list-style-type: none"> • Aşırı Cl olması, Mg ve HCO₃ içermemesi dışında plazma bileşimine benzer. • Serbest su ve kalori sağlamaz. • İntravasküler volümü genişletmek ve ekstrasellüler sıvı kayıplarını replase etmek için kullanılır.
Laktatlı Ringer	-	İzotonik	274	0	<ul style="list-style-type: none"> • Normal plazma bileşimindedir ancak Mg içermez. • Yanıklarda ve alt gastrointestinal kayıplar tedavide kullanılır. • Orta düzey metabolik asidoz tedavisinde kullanılabilir ancak laktik asidoz tedavisinde kullanılmamalıdır. • Serbest su ya da kalori sağlamaz.

Kaynak: Lewis, S. H., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. Single Volume. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Sonuç

Vücut sıvı dengesi sağlıklı kalabilmenin önemli bir göstergesidir. Sıvı-elektrolit dengesizlikleri birçok kronik hastalık sonucunda ortaya çıkmakta ve altta yatan nedene bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Sıvı dengesinin anlaşılması sıvı elektrolit dengesi bozukluklarının düzeltilmesinde başarıyı arttırmaktadır. Yaygın olarak görülen elektrolit bozuklukları hafif ya da yaşamı tehdit eden düzeyde olabilir. Elektrolit dengesizlikleri hastalıkların prognozunu önemli düzeyde etkilemektedir. Hemşireler sıvı elektrolit dengesizliklerini takip ederek hastalardaki değişiklikleri gözlemlmeli, tanı koymalı ve girişimleri planlamalıdır. Hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olması bakım sürecinde yer alarak sıvı elektrolit dengesinin korunmasına ve sorunların erken dönemde saptanarak en uygun bakımın verilmesine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kanan N. (2012). Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesizlikleri. İçinde: G. Aksoy; N. Kanan; N. Akyolcu. (Ed.). *Cerrahi Hemşireliği 1* (ss. 39-74). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
2. Demirel, İ. Atalan K., & Çakar, N. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 2(18): 45-61.
3. Kaymakçı, Ş. (2014). Sıvı Elektrolit Dengesi ve Bozuklukları. İçinde: Karadakovan, A., & Aslan, E. F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (ss. 149-166). 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
4. Besey, Ö. Yoğun Bakımda Sıvı Dengesi Takibi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 98-102.
5. Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Tenth Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Lewis, S. H., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). *Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. Single Volume. Ninth Edition*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
7. Akdemir, N. & Tel, H. (2018). Sıvı- Elektrolit Dengesi- Dengesizlikleri ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: N. Akdemir; L. Birol. (Ed.). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*.(ss. 95-122). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
8. Çelik, S. (2014). Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri. İçinde: S. Çelik. (Ed.). *Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Moyet, C.J.L. (2012). *Hemşirelik Tanımları El Kitabı*. Çeviri: F. Erdemir. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
10. Cirino, E. (2023). Hypervolemia. <https://www.healthline.com/health/hypervolemia>. Erişim Tarihi: 10.12.2023.
11. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Twelfth Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
12. Zümürtdal, A. (2013). Sıvı elektrolit tedavisinde temel prensipler. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(2), 171-177.
13. Dasta, J., Waikar, S. S., Xie, L., Boklage, S., Baser, O., Chiodo III, J., & Badawi, O. (2015). Patterns of treatment and correction of hyponatremia in intensive care unit patients. *Journal of critical care*, 30(5), 1072-1079.
14. Jovanovich, A. J., & Berl, T. (2013). Where vaptans do and do not fit in the treatment of hyponatremia. *Kidney international*, 83(4), 563-567.
15. Sahay, M., & Sahay, R. (2014). Hyponatremia: a practical approach. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 18(6), 760.

16. Yolcu, S. (2015). Sıvı Elektrolit Dengesi. *Derman Tıbbi Yayıncılık*, 454-462.
17. Uslu, N., Sinangil, A., Çelik, A., & Ecder, T. (2016). Hiponatremiye güncel yaklaşım. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(1), 63-68.
18. Ecder, T., Vatansever, S., & Güler, K. (2007). Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi. *9. İç Hastalıkları Kongresi*, 5-9 Eylül 2007.
19. Durna, Z., Akın, S., & Özdilli, K. (2009). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Z. Durna (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
20. Chung, C. H., & Zimmerman, D. (2009). Hyponatremia and hypernatremia: current understanding and management. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 10(4), 272-278.
21. Muhsin, S. A., & Mount, D. B. (2016). Diagnosis and treatment of hypernatremia. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 30(2), 189-203.
22. Mackenzie, I. (2002). Assessment and Management of Fluid and Electrolyte Balance. *Surgery (Oxford)*, 20(6), 121-126.
23. Long, B., Warix, R. J., & Koyfman, A. (2018). Controversies in Management of Hyperkalemia. *The Journal of Emergency Medicine*, 55(2), 192-205.
24. Aygencel, G. (2018). Potasyum Metabolizması Bozuklukları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 12(1), 31-42.
25. National Kidney Foundation. Potassium in your CKD Diet. <https://www.kidney.org/atoz/content/potassium-ckd-diet> Erişim Tarihi: 17.12.2023.
26. Hancı, V., & Özbilgin, Ş. (2018). Kalsiyum Dengesi Bozuklukları: Hipokalsemi-Hiperkalsemi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 12(1), 43-58.
27. Farrell, M. (2017). Smeltzer & Bare's Textbook of Medical Surgical Nursing. Fourth Australian and New Zealand Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
28. Gökmen, A. N., & Özçmen, E. (2016). Asit Baz Dengesi ve Bozuklukları. İçinde Güncel Anestezi Notları, Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, 178-189.
29. Kılavuz, A., & Akçiçek, F. (2014). Metabolik Alkaloz Tanı ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 7(2), 96-100.
30. Yılmaz, S., Abakay, Ö., & Işık, R. (2014). Respiratuar Asidoz Tanı ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 7(2), 101-104.

Önyargılar ve Önyargılarla Başetme

Gönül Akbulut¹

Gülsüm Yetiş Koca²

Emine Aydınalp³

Özet

Toplumda yaşanan problemlerin en önemli nedenlerinden biri de kişilerin olayları yeterli bilgisi olmadan yorumlamasıyla ilişkilerde, günlük hayatta, iş hayatında ve çeşitli sosyo-politik ortamlarda ortaya çıkan ve ayrımcılıklara neden olan durumlardır. Önyargı hakkındaki teorilere bakıldığı zaman temel olarak önyargıyı insani durumlarda arayan ve önyargının ancak zayıf bir karakterde gelişeceğine yönelik görüşler bulunmaktadır. Önyargı, insanların zihin ve kültürlerinden tamamen yok edilemeyeceği gibi her insan veya grubun önyargı ve ayrımcılığa yatkınlığı da aynı değildir. Dolayısıyla, nedenleri anlaşılıp işleri, gelirleri yeniden dağıtma veya konutları iyileştirme gibi müdahaleler ile önyargı ve ayrımcılık yok edilemese de önemli oranlarda azaltılabilir. Önyargılarla başetme süreci toplumdaki diğer alanlara yönelmeden önce bireysel olarak başlamalıdır. Öncelikle insanların bilinçsiz bir önyargıya sahip olduklarını kabul etmeleri gerekir ve bunu belirlemek içinde uygulanabilecek çeşitli testler bulunmaktadır. Bilinçsiz önyargıyı anlamak, tanımak, farkında olmak ve baş edebilmek bir beceridir ve bu beceri önyargıya yönelik bilgi, birikim, farkındalık ve bilinci gerektirmektedir.

1. Önyargılar ve Önyargılarla Başetme

1.1. Önyargılar

İletişim, Türk Dil Kurumu'na göre duygu ve düşüncelerin, akla uygun şekilde başkalarına aktarılması, bildirim ve haberleşme olarak

1 Öğr.Gör., Atatürk Üniversitesi, Aşkale Meslek Yüksekokulu, gonulakbulut@atauni.edu.tr, 0000-0002-1085-7839

2 Öğr.Gör., İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, gulsum.yetis@inonu.edu.tr, 0000-0002-3313-7025

3 Araş.Gör., İğdir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, emine.aydinalp@igdir.edu.tr, 0000-0002-4200-5964

tanımlanmaktadır. İletişim sürecinin doğru bir şekilde yürütülebilmesi, bireylerin birbirini doğru anlaması ve algılaması için sağlıklı bir etkileşim gereklidir. Ancak sağlıklı iletişimi engelleyen faktörler çeşitli iletişim türlerinde karşımıza çıkabilmektedir.

Toplumda yaşanan problemlerin en önemli nedenlerinden biri de kişilerin olayları yeterli bilgisi olmadan yorumlamasıyla ilişkilerde, günlük hayatta, iş hayatında ve çeşitli sosyo-politik ortamlarda ortaya çıkan ve ayrımcılıklara neden olan durumlardır. Harding ve ark.'nın da ifade ettiği gibi bu durum ön yargıdır. Önyargı, toplumda bireylerin en sık dışa vurduğu ve en yıkıcı yönlerinden biridir (Gürses, 2005). Psikoloji bilimi, önyargı üzerine uzun süren ayrıntılı çalışmalar sürdürmüş ve ilk kapsamlı tanımı Allport 1954'te yapmıştır. Allport'un tanımına göre hatalı veya esnek olmayan genellemelere dayalı antipatiler önyargıdır. Önyargı, bir kişiye, bir gruba ya da o grubun üyelerine karşı eksik ya da yanlış yargılamalardan oluşan olumsuz tutumlar geliştirmektir (Paker, 2012).

Schleiermacher'e göre ise bireyler yan tuttuğu zaman peşin hükümler ve acelecilik oluşturur ve bunlarda ön yargıyı meydana getirir. Önyargılar, belirli bir istek veya duygu gibi tetikleyici unsurlarla karşılaştığında zihnin hatalı genelleme yapmasıyla kendiliğinden ve kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkan zihinsel süreçlerdir.⁹ Goldstein'in dediği gibi, önyargılar daha çok durumsal, tarihsel ve kültürel düzeyde ortaya çıkmaktadır (Durhan, 2022).

İnsanlık tarihinde cinsiyet, ırk, inanç gibi durumlara yönelik birçok önyargı ve ayrımcılık olayları bulunmaktadır. İnsanlar ayrımcılığa ya da önyargıya maruz kalmaktan şikayet eder fakat kendileri de bilinçli veya bilinçsiz olarak aynı şeyleri yaparlar. İnsanlar kendi özelliklerinde olamayan birey ya da gruplara karşı belli yargılar oluşturmuş ve bu durum tarih boyu devam etmiştir. Bireyler ayrımcılık veya önyargı tutumlarıyla karşılaştıklarında kendilerine haklılık payı çıkartarak aynı davranışı diğer tarafa ya da başkalarına sergilemekten kaçınmamışlardır ve böylece kısır bir döngü oluşmuştur (Paluck, 2021). Ayrımcılık ve önyargı karıştırılmakta ve genellikle birbirleri yerine kullanılmaktadır fakat aynı kavramlar değildir. Önyargı, önceden yargıya varmak olan zihindeki genellikle olumsuz anlam yüklenen ancak olumlu da olabilen düşüncelerdir, bireyin eylemi değildir. Ayrımcılık, olumsuz önyargıların davranışa dönüşmüş halidir ve bütün olumsuz önyargılar davranışa dönüşmez. Ayrımcılık önyargı duyulan kişiden uzak durmaktan onu yok etmeye kadar gidebilen farklı şekillerde görülebilmektedir (Erdoğan ve Vatandaş, 2020).

Önyargı, aynı anlamı taşımadığı fakat birbirlerini tamamladıkları kalıpyargı kavramı ile de sıklıkla karıştırılır. Her iki kavramda bireylerin

gerçekliğe ilişkin sosyal ve zihinsel süreçlerini biçimlendirmektedir. Kalıpyargı ifadesi ilk olarak Lipmann tarafından 1922'de tanımlanmıştır ve tanıma göre; kalıpyargı, bir nesne, kişi ya da gruba yönelik önceden oluşturulmuş bilgi boşluklarını dolduran izlenimler, onlar hakkında karar vermeyi kolaylaştıran atıflar bütünü olarak zihnimizde oluşturduğumuz ve sosyal sınıfları betimleyen beyindeki resimlerdir ve bunlar objenin ya da grubun gerçek özellikleri gibidir. (Göregenli, 2012). Bireyi ya da bir grubu sevmediğini ifade etmek önyargı, o grubu sevmemek için gösterilen gerekçelerde kalıpyargı demektir ve önyargıda kişisellik, kalıp yargıda ise toplumsallık vardır. Yani önyargılar çeşitli sebeplerle topluma mal olunca kalıpyargılar oluşmaktadır. Önyargı, kalıpyargı ve ayrımcılığın birbirleriyle ilişkili ancak ayırt edilebilir üç bileşeni bulunur ve şöyledir; Kalıp yargılar bilişeldir, önyargı duygusaldır ve ayrımcılık davranışsaldır (Cirhinlioğlu, 2023).

İnsanların birçoğunun önyargıları olduğunu bilmemesi ya da farketmemesi bilinçsiz önyargı olarak tanımlanmaktadır ve günümüzdeki toplum koşullarında yaygın bir yaklaşım halini almıştır (Brownstein, 2020; Consul vd., 2021). İnsanlar çağımızda aynı anda algılayamayacağı çok sayıda bilgiye ulaşmaktadır ve bundan dolayı da karar alırken zihinsel kısa yollar kullanmaktadırlar bu da bilinçsiz önyargıların oluşmasına neden olmakta ya da pekiştirmektedir. (Houwer, 2019).

Bilinçsiz önyargı ve açık önyargılar arasında kesin bir ayırım bulunmaktadır ve bir çok insan önyargılara ve kalıp yargılara sahip olmadıklarını ifade etse de aslında sahiptirler. Bilinçsiz önyargı, Lopez'in de ifade ettiği gibi genel olarak örtük önyargı olarak da bilinmektedir (Sander vd., 2020). Örtük önyargı teorisyenleri; insanların bu yaklaşımlarının nedenini insan beyninin bilgi işleme, depolama ve uygulama sürecinde doğal örüntü ve çağrışımlar araması ve beynin iletileri zihinsel kısa yollarla işleyerek dünyayı basitleştirmek için kestirme yollar bulmaya çalmasıyla açıklar (Weber ve Wiersema, 2017).

Greenwald ve Banaji'ye göre; , insan deneyimi ve sosyal koşullanma örtük önyargı oluşumunu kolaylaştırır dolayısıyla ailesel yetiştirme ve kültürel koşullanma gibi faktörler bilinçsiz tutumlarımızı biçimlendirir (Suveren, 2022). Çünkü insan beyni bilgisayar gibi algoritmik düzende çalışamaz. Bilgisayar, kapasitesinde bulunan tüm bilgileri, tüm ihtimalleri değerlendirir ve sonuca öyle ulaşır. İnsan, bilgisayarın bu işlevine sahip değildir ve kestirme yollar kullanarak çalışır. Kestirme yollar kullanmak hız ve kolaylık sağlar fakat hata yapma olasılığını da beraberinde getirir bu yapısal kısıtlılık ta önyargı ve ayrımcılık için zemin hazırlar (Paker, 2012).

Evrım psikolojisi açısından bakıldığında, çok karmaşık bir yapıya sahip insan neslinin binlerce yıllık geçmişinde önemli bir ihtiyaç olarak görülen sosyal grup aidiyeti, hayatta kalma ihtimalini arttıran çok önemli bir faktördür ve insanlık tarihinin çok büyük bölümünde grup dışına atılmak ölümle eşdeğerdir. Fiske'ye göre sosyal grup ilişkileri açısından insanların grup aidiyeti, etkili sosyal ilişkilerin denetimi, ortak sosyal anlayış, diğer iç-grup üyelerine güven ve kendini geliştirme olarak beş ana motivasyon kaynağı vardır (Fiske 2000).

İnsan davranışları nedensiz bir şekilde boşlukta oluşmaz. Bireylerin diğer birey, grup ya da düşüncelere karşı peşin hükümlerinin nedenlerine yönelik anlayışların birçoğu, direkt veya dolaylı olarak Freudyen teorilerden etkilenmiştir. Freud'un önyargı ile ilgili dış grup düşmanlığı ve grubu bir arada tutma gibi iki temel görüşü vardır. O'na göre; önyargı, bazı insanların saldırganlık göstermelerine ve önemli sayıda insanın da sevgiyle birbirine bağlamasına sebep olur (Merkit, 2016).

Psikanalitik yaklaşıma göre; önyargı ve kalıpyargı insanın doğal eğilimleriyle ilişkilidir. Erken çocukluk dönemlerinde yaşanan sınırlılıkların duygusal gerilimler doğurduğunu ve bunun yetişkinlikte içinde bulunulan durum yüzünden saldırganlık ve düşmanca duygular oluşturduğuna ve bunların da yansıtma mekanizmasıyla başkalarına yüklediği şeklinde bir yaklaşımdır. Aslında kişinin önyargılı tutumu yıpranmış olan egosunu tamir etmek ve yükseltmek için kendinin de farkında olmadığı bir gereksinmeyi karşılamaktadır (Yurdakul, 2018).

Önyargı hakkındaki teorilere bakıldığı zaman temel olarak önyargıyı insani durumlarda arayan ve önyargının ancak zayıf bir karakterde gelişeceğine yönelik iki grup görüş oluşmaktadır. Önyargıyı insani durumlara ilişkilendirmek gerekir çünkü mahrumiyet, engellenme ve kontrol edilemeyen düşmanlık tepkilerine zemin hazırlamaktadır. İkinci görüş, önyargının zayıf karakter veya kusurlu kişilik yapısına sahip kişilerde oluşabileceğidir. Dolayısıyla görüşün savunucularına göre ön yargı normal bir durum değildir ve nevrotik yapıdaki insanların güvensizliği ile şiddetli anksiyetenin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Cırhınlioğlu, 2010).

Pettigrew, psikodinamik yaklaşımları, birer haricileşme süreci olarak tanımlar ve O'na göre insanlar harici olayları kendi kişisel algılarına göre yorumlamaktadırlar. Bu teoriye göre ön yargıyı değiştirmek için önyargılı kişinin kendisine odaklanmak gerekir (Bulut, 2009).

Önyargı sadece psikolojik açıdan değerlendirildiği zaman bireyler açısından açıklama getirilebilir fakat toplum düzeyinde açıklamalarda

sınırlılıklar oluşur. Bu yüzden; önyargıyı incelerken tarihsel ve sosyo-kültürel faktörleri de gözönüne almak gerekir. İnsan davranışları olduğu ortamdan bağımsız değildir ve ön yargıyı tetikleyen koşullar yeterince bilinmez ise incelemeler sadece kişilik özelliklerinin betimlemesi olacaktır. Bu kapsamda Deaux ve ark. önyargı nedenlerini tarihi, ekonomik, durumsal, kişiliksel ve sosyokültürel olarak açıklamaktadırlar (Gürses, 2005).

Birçok sosyolog da önyargı ve dışlama nedenlerini sosyokültürel faktörler olarak göstermektedir. Bu sosyokültürel faktörler; makineleşme, şehirleşme, artan nüfusa yönelik yeterli konut olmayışı, karmaşanın artması, belli grupların öne çıkması, yetenek ve eğitime aşırı önem, iş yetersizliği, rekabet, geçim yetersizliği nedeniyle başkalarına mecbur olma, ahlaki değişimler, medya ile ailenin rol ve fonksiyonlarının değişmesi şeklindedir. Thomas Pettigrew kişilik ve kültürün önyargı üzerindeki etkisini incelemiş ve önyargıların kültürden kaynaklandığını ifade etmiştir. Pettigrew, önyargıyı sosyal uyum ve nesne değerlendirmesi olarak kişilik dışı süreçlerle açıklamıştır (Bal, 2011).

Young-Bruehl'e göre üç değişik karakter/kişilik örgütlenmesi üç farklı tarzda önyargı oluşumuna neden olmaktadır. Bunlardan biri Obsesif/paranoid kişilik tarzıdır ve bu kişiler katı kişilik yapıları nedeniyle başkalarıyla rahat ve eşit ilişki kuramazlar, kolayca kuşku duyabilirler (Nelson, 2002). Bu kişilik yapısıyla ortaya çıkan önyargılar hem daha katı ve istikrarlıdır hem de değişime çok dirençlidirler. Histerik tarz da obsesif tarzın aksine izlenimsel, değişken ve duygu kabarmalarıyla oluşan önyargılar vardır. Bu tarzda oluşan önyargılar istikrarsız ve değişkendir. Narsistik kişilik tarzın da oluşan önyargılar da genellikle kendisine ve başkalarına yönelik değersizleştirme veya yüceltme söz konusudur. Bu tarzda gerçekçi/makul orta yol oluşması çok zordur (Paker, 2012).

Sosyal kimlik teorisi savunucularına göre, sınıflandırma ve özdeğer olmak üzere iki temel kurucu faktör vardır. Kişiler kendi gruplarıyla (iç-grup) özdeşim kurarlar, onu daha değerli bulurlar; diğer grupları (dış-grup) daha değersiz bulurlar. İnsanlar diğerlerini öncelikle yaş, cinsiyet, deri rengi, anadili gibi görünür olan özellikleri ile etiketlemeye ve sınıflandırmaya eğilimlidirler (Quilli, 2006). Bu özellikler sosyal grupların/kimliklerin kurucu özellikleri olabilir ve kolayca iç-dış gruplar arasında katı ayırım çizgileri çizilebilir. İnsanlar kendini iyi hissedebilmek yani özdeğerini yüksek tutabilmek için iç-gruplarını dış-gruplara göre daha fazla üstün ve değerli bulur. İç-grupla özdeşim düzeyi arttıkça dış-gruplara karşı geliştirilen önyargı ve ayrımcılıklar da artar (Paker, 2006).

Önyargı, genellikle olumsuzdur ancak olumlu duygular geliştirilen ön yargılar da vardır ve bu olumlu önyargılar sosyo-ekonomik avantajlar sağlamaktadır. Klineberg'e göre önyargılar pratik bir amaca yöneliktir ve bazıları bundan yarar sağlamaktadır. Herder'e göre zamanında önyargı iyidir ve mutluluk geliştirir. Toplumlari kendi merkezleri içinde geçmişlerine güçlü bir şekilde bağlar. Allport, önyargının bazı dış güdümlü dindar kesimlere yarar sağladığını savunur. Freud'a göre önyargı hayatı koruyan, insanları sevgiyle birleştiren, bireylerin ve sosyal hayatın savunma mekanizmalarındandır (Allport, 2016).

Aile içinde çok küçük yaşlarda sosyal öğrenme yoluyla edinilen önyargılar öğrenilmeye başlar. Çocuklara kim oldukları sorulduğunda dini ya da etnik üyeliğine göre cevap alınabilir. Ayrıca çocuklar grup etiketlerini de öğrenir ve etiketler olumsuz özellikler içeriyorsa bunların yalnızca öfkeli olduğunda veya kötü söz söylenmek istendiğinde kullanıldığını anlar. Çocuklar okul, yetiştiği mahalle, kasaba yani çevre tarafından etkilenmeye devam eder. Çocuğun çevresinde söylenen sözler ve yargılama içeren davranışlar, zihinlerinde yer eder dolayısıyla onlar da ailesi, komşusu ve çevresiyle aynı önyargıları benimser. Böylelikle özdeşleşmelerde kesinlikler oluşur ve toplumda belli yerlerinin olduğunu fark ederler (Kalaycı, 2007). Egoyla beraber ben neyim, ben ne değilim, aynı tarafta olduklarıma ve diğerlerine nasıl davranırım gibi kavramlar da gelişir. Okul çağındaki çocuk akran gruplarının etiketlerini kullanır. Ortaöğretim döneminde çocukların önyargıları büyük oranda yetişkinlere yaklaşır. Bu süreç ilerlerken önyargıların oluşumunda aile ve akran gruplarının etkisi unutulup göz ardı edilerek eskiden beri bu böyleydi şeklinde düşünülür. Daha sonra yetişkinlik döneminde geniş bir sosyokültürel yapının oluşturduğu önyargılara sahip olur (Gürses, 2005).

Çoğu insan farkında olmadan olumsuz olgu veya gönderimleri olan bilinçsiz önyargılara sahip olduğu için (Oberai ve Anand, 2018) kişilerarası ve toplumsal ilişkilerde olumsuz sonuçlarla karşılaşır (Lopez 2018). İnsanların günlük hayatlarını, yakınlarını ve toplumu doğrudan ya da ikincil düzeyde etkileyen sıradan veya çok önemli kararlar almak durumunda olmaları pratik karar verme yeteneklerinin geliştirilmesi gerektiğini gösterir. Karar verme süreçlerinde, sürecin iyileştirilmesini anlamak ve kolaylaştırmak için bilim insanlarının (Brownstein 2019, 2020) ilgisini çeken temel mesele düşünceleri işlemeyi önemli ölçüde etkileyen bireysel önyargıdır. Bunu sebebi, bilgileri anlamlandırmaya çalışırken genellikle önyargılı olunmasıdır ve çoğu zaman önyargı karar vermede yaşanan sistematik hata olarak tanımlanır. Bilinçsiz önyargının, okullarda, Sağlık Alanında, Yasal-Hukuksal Alanda, İşyerlerinde ve Siyasette toplumdaki kişi ve kurumları anlamada önemli rolü olan olumsuz etkileri vardır (Suveren, 2022).

Önyargı, insanların zihin ve kültürlerinden tamamen yok edilemeyeceği gibi her insan veya grubun önyargı ve ayrımcılığa yatkınlığı da aynı değildir. Dolayısıyla, nedenleri anlaşılıp işleri, gelirleri yeniden dağıtma veya konutları iyileştirme gibi müdahaleler ile önyargı ve ayrımcılık yok edilemesede önemli oranlarda azaltılabilir.

1.2. Önyargılarla Başetme

Whitford ve Emerson'a göre; önyargılarla başetme süreci toplumdaki diğer alanlara yönelmeden önce bireysel olarak başlamalıdır. Öncelikle insanların bilinçsiz bir önyargıya sahip olduklarını kabul etmeleri gerekir ve bunu belirlemek içinde uygulanabilecek çeşitli testler bulunmaktadır (Whitford ve Emerson, 2018). Houwer'e göre (2019) insanların yaşamlarının tüm bölümlerini iç denetimden geçirerek kararları ve başkalarıyla kurulan ilişkileri etkileyen tüm önyargıları açığa çıkarabilir (Houwer, 2019). Davis ve Chansiri'e göre de; farklı geçmiş ve özelliklere sahip bireylerle etkileşimleri geliştirmek için deneyimleri genişletmek gerekir. Bu öneri, insanların bulunduğu gruplardan edindiği önyargılarını azaltmalarına ve kişinin kendi önyargılarına karşı çıkmasına destek olacaktır, böylelikle olumsuz önyargılarla hareket etme olasılığı da azalacaktır (Davis ve Chansiri, 2018).

Stephens ve Baskerville'e göre de, insanlar kendilerine zaman ayırmalı, ani karar almaktan kaçınmalı ve bütün durumları dikkatlice düşünmelidir. Karar almak yeterince zaman ayırmak, zihinsel kısa yolları kullanma olasılığını azaltır ve örtük önyargılarla başetmeyi kolaylaştırır (Stephens ve Baskerville, 2020). Perrin insanların önyargılı düşünceye karşı çıkarak bilinçli bir şekilde bu düşünceyi daha nesnel bir görüşle değiştirmelerini savunur. Bu yaklaşım sürekli pekiştirildiğinde önyargıyı önemli ölçüde azaltacaktır. Kitap okumak gibi bilgilendirici yönelimlerde bulunmak, önyargıyı en aza indiren tartışmalara ve eğitimlere katılmak bireylerin biriktirdikleri ön yargılarının farkına varmalarına yardımcı olur (Perrin, 2019). Page insanların kendisine benzemeyen kişilerle yapacağı tartışmalar da önyargılarını başkalarıyla paylaşıp, alternatif bakış açıları ve görüşleri öğrenerek bundan yararlanmasını gerektiğini savunur (Page, 2018).

Bilinçsiz önyargılar daha çok işyerlerinde yaygın olduğu için birçok uzman önemli sayıda araştırma yaparak yöneticilerin önyargılarını azaltmalarına yönelik uygulayabilecekleri adımlar saptamıştır (Suveren, 2022). Toribio'a göre, yöneticiler iş yerinde yaşanabilecek önyargıların farkında olup çalışanları da bu konularda duyarlı hale getirerek onlarında bilinçsiz önyargıları fark etmelerini sağlamalıdır. Böylelikle çalışanların herkesin önyargıları olduğunu fark etmelerini, bilinçli ya da bilinçsiz önyargılarını belirlemelerini ve bunlarla başetmek için etkili çözümler bulmalarını sağlayacaktır (Toribio, 2021).

Houwer, insan kaynakları bölümlerinde çalışanların konu hakkında eğitimler almasını önerir çünkü, işe alma, uygun birime yerleştirme, terfi kararları, zam ve pozisyon değiştirmede örtük önyargı yaşanması çok muhtemel bir durumdur. İnsan kaynakları birimlerinde çalışanların karar vermede tarafsızlığı sağlayabilmek için önyargının nerelere ulaşabileceğini belirlemeleri gerekir (Houwer, 2019). Joseph ve Murphy'ye göre iş tanımlarında doğru sözcük veya ifadeler kullanılmalıdır çünkü yanlış ifadeler özellikle kadınları bazı pozisyonlara başvurmaktan vazgeçirebilir. İş tanımları yeniden ve doğru şekillerde ifade edilirse kuruluşların daha geniş başvuru havuzları oluşacaktır (Joseph ve Murphy, 2013). Consul ve ark.'a göre, işverenler başvuru sahiplerini bilmeden yargılamaktan kaçınmak için başvuru sahiplerinden başvurularını gönderirken isim ve cinsiyet bilgilerini yazmamalarını istemeli ve yeteneklerini değerlendirmek için basit görevler vermelidir (Consul vd., 2021). McClellan ve ark. iş yerlerinin işe alım kriterlerini standartlaştırılması gerektiğini belirtmektedirler (McClellan, 2012).

Perrin'e göre çalışma alanlarında alınan kararların sezgilerle değil güvenilir verilerle alınması gerekir. Tüm grupların karar verme sürecine katılmaları için, yönetimin farklı sosyal ve etnik gruplara mensup kişilerden oluşması gerekir. Kişiler önyargılar ve ön yargıyla başetme konuları hakkında konuşmaları için desteklenmelidir (Perrin, 2019). Davis ve Chansiri'e göre bu ancak çalışanların endişe ve görüşlerini bildirmelerine izin vermekle mümkün olabilir. Bu bağlamda yönetim çalışanların işyerindeki önyargı deneyimleri için geri bildirimlerde bulunmalarını sağlamalı, açık diyalog ve çalışanların konuşmasını destekleyen bir kültür oluşturmalıdır (Davis ve Chansiri, 2018). Joseph ve Murphy yönetimin çeşitlilik ve kapsayıcılık hedefleri belirlemeleri gerektiğini savunmaktadır. Böylelikle de işyerlerinde önyargıları önleyen çeşitli ekiplerin oluşturulması sağlanır (Joseph ve Murphy, 2013).

Houwer'in çalışmasına göre; okullarda öğretmenler önyargıyı azaltabilir. Öncelikle öğretmenlerin farklı sosyal veya etnik gruplardan öğrencilerle etkileşimlerini geliştirmek için önyargıları konusunda farkındalık geliştirmeleri sağlanmalıdır (Houwer, 2019). Öğretmenler örtük önyargıya uğradıklarını kabul edip gerekli adımları atmakta diğer meslek üyelerine göre daha iyi bir konumdadır ancak çoğu zaman yönetim korkusuyla önyargılarını dile getirmekten ya da bu konuda çalışmaktan uzak dururlar ve bu yüzden önyargının sınıftaki etkileşimlerini ne kadar etkilediğini bilemezler. (Howard ve Bornstein, 2018).

Ayrıca öğretmenler empatik yaklaşım ve empatik iletişim düzeylerini de geliştirmelidirler. Empati, başka birinin bakış açısını anlama yeteneğidir

ve öğretim alanlarında dahil tüm sosyal karşılaşmalarda çok önemlidir (Lopez, 2018). Okul yönetimleri, empati ile ilgili eğitimler düzenleyerek öğretmenlere destek olmalıdırlar. Joseph ve Murphy bu konuda geçmiş özellikleri farklı öğretmenlerin işe alınmalarını ayrıca öğretmenlerin stres ve önyargılarını azaltmak için bilinçli farkındalık uygulamalarına yer verilmesini önermektedir (Joseph ve Murphy, 2013). Page yaptığı çalışmayla sevgi dolu şefkat meditasyonunun önyargıyı azaltmada destek olduğunu ispatlamıştır (Page, 2018).

İnsanların eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık hizmetlerinde de önyargıların olmaması gerekir. Perrin'e göre sağlık çalışanlarının öncelikli olarak tüm önyargıların bilincinde olması ve bunları azaltmak için hazır olması gerekir (Perrin, 2019). McDowell ve ark.'a göre de sağlık profesyonelleri sağlık alanındaki eşitsizlikler konusunda eğitilmelidir. Marjinal gruplarla olumlu ve sık iletişim kurmak bakım verenlerin ve hastaların yakınlaşmalarına dolayısıyla da sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik fikir alışverişinde bulunmalarına fırsat sunar. Dolayısıyla önyargının etkilerinin bilinmesine ve etkin önlemlerin belirlenmesine yardımcı olur (McDowell, 2020).

Siyaset alanında bu konudaki en etkili strateji toplumların önyargının siyasi süreçlerdeki kararları nasıl etkilediğine yönelik eğitilmesidir. Karar alma süreçlerinde herkesin temsil edilebilmesi için farklı sosyal gruplardan bireyler görevlere aday olarak ve siyasi kampanyalara katılarak siyasette aktif rol almalıdırlar. Bunu desteklemek içinde hükümetler olumlayıcı eylemler uygulamalıdır (Suveren, 2022). Page olumlayıcı eylemi, toplumda yeterince temsil edilemeyen grupların fırsatlarını artırmak için uygulanan politika olarak tanımlar. Örneğin bir çok ülkede kamu görevleri için pozitif ayrımcılık ve kadınların seçimlerde adayların yarısını oluşturması gibi politikalar mevcuttur. Bu tarz politikalar, önyargıları azaltmaya yardımcı olarak çeşitliliği kolaylaştırır (Erdoğan ve Vatandaş, 2020).

Pacella ve Guyette'e göre; hukuk alanında önyargılarla yüzleşmek, bütün tarafların farkında olmasını ve karar vericilerin karar vermelerini etkileyen önyargılarla baş etmesi için motive edilmelerini sağlayacaktır. Ayrıca uygulayıcıları nesnel karar vermelerini engelleyen durumlara hazırlamak için hukuk bölümleri müfredatlarına bilinçsiz önyargıyla ilgili öğretileri eklemelidir. Hukuk alanında önyargıları azaltmak için hesap verebilirlik ön planda olmalıdır (Pacella ve Guyette, 2021).

Bilinçsiz önyargılar, diğer insanlara ve dünyaya yönelik algılarımızı biçimlendirebilen ve yanlış kararlar almamıza yol açabilen beynimizin çeşitli kısa yollar aracılığıyla bilinçsiz genellemeler ve önyargılarla hızlı

kararlar almasından kaynaklanmaktadır. Bu yüzden bilinçsiz önyargılarımızı bilmek ve önyargılarımızı bireysel ve sosyal etkileşimlerimizde belirleyerek aşmak gerekir (Allport, 2016). Günümüz dünyasında insanlar önyargıyla mücadelede geçmiş siyasi ve toplumsal deneyimlerine göre kısmen daha iyi bir yerdedir. Geçmişten günümüze kadar önyargı kavramı üzerine birçok çalışma yapılmış ve bu konuda önemli bir bilimsel birikim oluşturulmuştur (Adorno, 2016). Ancak birçok insan kişisel ve toplumsal ilişkiler bakımından önemli oranda tehdit oluşturan bilinçsiz ve/veya örtük önyargılarından habersizdir.

Bireyler bilinçsiz önyargılarına yönelik uyanık olmalı bilinçsiz önyargılar oluştuğunu farkettiğinde bununla başa çıkabilmek için en iyi yol olan yüzleşmeyi denemeli ve önyargının etkileşimlere nasıl sızdığını da anlamalıdır. Bilinçsiz önyargıyı anlamak, tanımak, farkında olmak ve baş edebilmek bir beceridir ve bu beceri önyargıya yönelik bilgi, birikim, farkındalık ve bilinci gerektirmektedir (Suveren, 2022).

2. Kaynakça

- Adorno, T. (2016). Otoritaryen Kişilik Üzerine Niteliksel İdeoloji İncelemeleri (Çev. D Şahiner). İstanbul, Sel Yayıncılık.
- Allport, G. (2016). Önyargının Doğası (Çevirmen N, Nirven). Sakarya, Sakarya Üniversitesi Yayınları.
- Brownstein, M. (2020). Skepticism about bias. In *An Introduction to Implicit Bias Knowledge, Justice, and the Social Mind* (Eds E Beeghly, A Madva):57-76. New York, Routledge.
- Bucknor-Ferron P (2016) Five strategies to combat unconscious bias. *Nursing* 46:61-62.
- Bal, M. (2011). İmaj ve Önyargı Faktörünün Gazete Haberlerine Etkisi. 1(2), 201-226.
- Brownstein, M. (2019). Implicit Bias. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/implicit-bias/> (Accessed 30.12.2021).
- Brownstein, M. (2020). Skepticism about bias. In *An Introduction to Implicit Bias Knowledge, Justice, and the Social Mind* (Eds E Beeghly, A Madva):57-76. New York, Routledge.
- Bucknor-Ferron P (2016) Five strategies to combat unconscious bias. *Nursing*. 46, 61-62.
- Bulut, H.İ. (2009). Dini Şiddetin Fikri Arka Planı Olarak Haricilik ve Günümüze Yansımaları. *Usûl*, 11(1), 41 - 54.
- Cirhinlioğlu, F.G. (2010). Dini yönelimler ve önyargı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1366-1384.
- Cirhinlioğlu, F.G. Önyargı. http://docs.neu.edu.tr/staff/fatmagul.cirhinlioglu/Sosyal%20Psikoloji%20I-%20B%3%B6%3%BCm%204%20%3%96NYARGI_8.pdf Erişim Tarihi: 01.04.2023.
- Consul, N., Strax, R., DeBenedectis, C.M., Kagetsu, N.J. (2021). Mitigating unconscious bias in recruitment and hiring. *J Am Coll Radiol*, 18, 769-773.
- Davis, D., Chansiri, K. (2018). Digital identities—overcoming visual bias through virtual embodiment. *Inf Commun Soc*, 22:491-505.
- Durhan, G. (2022). Mantıksal Akıl Yürütmede Önyargı ve Yanılgılar. *Mantık Araştırmaları Dergisi*, 4(8), 6-23.
- Erdoğan, M. ve Vatandaş, C. (2020). Individual and Social Exclusion Practice: Prejudice and Discrimination. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi (JOHASS)*, 3 (1), 474-485.
- Fiske, S.T. (2000). “Stereotyping, prejudice, and discrimination at the seam between the centuries: evolution, culture, mind, and brain”, *European Journal of Social Psychology*, 30, 299-322.

- Göregenli, M. (2012). Temel Kavramlar: Önyargı, Kalıpyargı ve Ayrımcılık. K. Çayır, K. ve Ceyhan, M. A. (der). İçinde Ayrımcılık-Çok Boyutlu Yaklaşımlar. İstanbul: Bilgi Üniversitesi.
- Gürses, İ. (2005). Önyargının Nedenleri. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 14(1), 143-160.
- Houwer, J.D. (2019). Implicit bias is behavior: A functional-cognitive perspective on implicit bias. *Perspect Psychol Sci*, 14:835-840.
- Howard, A., Bornstein, J. (2018). The ugly truth about ourselves and our robot creations: The problem of bias and social inequity. *Sci Eng Ethics*, 24,1521-1536.
- Joseph, S., Murphy, D. (2013). The person-centered approach, positive psychology, and relational helping: Building bridges. *J Humanist Psychol*, 53:26-51.
- Kalaycı, H. (2007). Yetiştirme Yurtlarındaki Çocuklarda Sosyal Dışlanma Riski (Tokat Ve Türhal Örneği). (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Sakarya.
- Lopez, B. (2018). Unconscious bias in action. In *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care* (Eds M L Martin, S Heron, L Moreno-Walton, M Strickland), 69-74. Heidelberg, Springer.
- McClellan, F., White, A.A., Jimenez, R.L., Fahmy, S. (2012). Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency. *Clin Orthop Relat Res*, 470,1393-1397.
- McDowell, M.J., Goldhammer, H., Potter, J.E., Keuroghlian, A.S. (2020). Strategies to mitigate clinician implicit bias against sexual and gender minority patients. *Psychosomatics*, 61, 655-661.
- Merkit, N. (2016). Sigmund Freud'da Uygarlığın Temel Dinamikleri Ve Birey Üzerindeki Etkisi. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 21, 123-140.
- Nelson, T. D. (2002). *The psychology of prejudice*, Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Oberai, H., Anand, I.M. (2018). Unconscious bias: Thinking without thinking. *Hum Resour Manag Int Dig*, 26, 14-17.
- Pacella, C.B., Guyette, M. (2021). Proceed with caution: Mitigating the impact of implicit bias in patient experience score. *Ann Emerg Med*, 78:397-399.
- Page, L. (2018). The inconvenient truth about unconscious bias in the health professions. In *Diversity and inclusion in quality patient care* (Eds ML Martin, S Heron, L Moreno-Walton, M Strickland):5-13. Heidelberg, Springer.
- Paker, M. (2006). Lincin Psiko-politiği. *Birikim*, 211.
- Paker, M. (2012). Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık. İçinde Ayrımcılık çok boyutlu yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniv.Yayımları - Sosyoloji Dizisi

- Paluck, E.L., Porat, R., Clark, C.S., and Green, D.P. (2021). Prejudice Reduction: Progress and Challenges. *Annu. Rev. Psychol.*, 72, 533-60.
- Perrin, P.B. (2019). Diversity and social justice in disability: The heart and soul of rehabilitation psychology. *Rehabil Psychol*, 64,105-110.
- Sander, G., van Dellen, B., Hartmann, I., Burger-Kloser, D., Keller, N. (2020). Inclusive leadership: How to deal with unconscious biases in human resources decisions. In *Struggles and Successes in the Pursuit of Sustainable Development* (Eds TK Tan, M Gudić, PM Flynn):12-21. New, Routledge.
- Stephens, K., Baskerville, R.L. (2020). The impact of implicit bias on business-to-business marketing. *J. Bus. Ind. Mark*, 35,1517-1525.
- Suveren, Y. (2022). Bilinçsiz Önyargı: Tanımı ve Önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(3): 414-426.
- Toribio, J. (2021). Accessibility, implicit bias, and epistemic justification. *Synthese*, 198,1-19.
- Quillian, L. (2006). New approaches to understanding racial prejudice and discrimination. *Annual Review of Sociology*, 32, 299-328.
- Weber, L., Wiersema, M. (2017). Dismissing a tarnished CEO? Psychological mechanisms and unconscious biases in the board's evaluation. *Calif Manage Rev*, 59:22-41.
- Whitford, D., Emerson, A. (2018). Empathy intervention to reduce implicit bias in pre-service teachers. *Psychol Rep*, 122:670-688.
- Yurdakul, A. (2018). *Almanya'da Yaşayan Üçüncü Nesil Türk Kökenli Bireylerde Kimlik Algısı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Kuşburnunun Tıbbi Kullanımı ve Pullardaki Yeri

Özüm Erkin¹

Özet

Kuşburnu (*Rosa canina*), yüzyıllardır birçok kültürde önemli bir bitki olarak kabul edilmiştir. *Rosa canina* adlı bitki, kozmetik, tıbbi ve aromatik özellikleri nedeniyle yaygın olarak kullanılmıştır. Bu bitki genellikle yabancı olarak bulunur ve yapraklarını kış mevsiminde döker. Kuşburnu, tarih boyunca Tibet tıbbında, İbn-i Sina'nın çalışmalarında ve hatta antik el yazmalarında bile yer almıştır. Orta çağda kuşburnu, iyi şansın ve gücün bir simgesi olarak kabul edilmiş ve farklı amaçlarla kullanılmıştır. II. Dünya Savaşı'nda iskorbüt hastalığını önlemede şerbet olarak kullanılmıştır. Günümüzde ise çay, marmelat, şerbet, sos, çorba, şarap gibi farklı tüketim şekilleriyle popülerdir. Besleyici içeriğiyle bilinen kuşburnu, A, B1, B2, B3 ve K vitaminleri, taninler ve flavonoidler içerir. Geleneksel tıpta çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antiemetik, anti-romatizmal, kabızlık giderici, diüretik ve C vitamini eksikliğinin tedavisinde etkili olduğu belirtilir. Ayrıca, kuşburnunun yara iyileşmesine yardımcı olduğu, romatizma ve osteoartrit tedavisinde etkili olduğu, bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve kanser ile kalp rahatsızlıklarına karşı koruyucu olabileceği bilimsel araştırmalarla desteklenmektedir. Öte yandan, bronşit, soğuk algınlığı, grip gibi rahatsızlıklara karşı da kullanılabilmesi ve idrar yolu enfeksiyonlarının tedavisinde faydalı olabileceği öne sürülmektedir.

1. Giriş

Yüzyıllar boyunca güllerden kozmetik, tıbbi, aromatik özellikleri nedeniyle yararlanılmıştır (Yashaswini ve diğer., 2011:376). Ülkemizde halk arasında “yaban gülü”, “gül elması” ya da “köpek gülü” olarak bilinen “kuşburnu” (*Rosa canina*) dünyanın çeşitli bölgelerinde yabancı olarak yetişen çalı formunda bir bitkidir (Şanlı, 2006:72). *R. Canina*, Rosaceae ailesine ait bir türdür. Kış mevsiminde yapraklarını döken bu bitki Orta ve Kuzey

1 Doç.Dr., İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye, ozum.erkin@gmail.com, ORCID:0000-0002-0977-2854

Avrupa, Anadolu ve Batı Asya'ya özgüdür ancak günümüzde dünyanın her yerinde bulunmaktadır (Haas, 1995:470, Öz ve diğer., 2018:285). Kuşburnu birçok kültürde yüzyıllar boyunca kullanılmıştır. Tibet tıbbında, İbn-i Sina'nın çalışmalarında ve hatta İncilin yazıldığı dönemlerdeki el yazmalarında bile bahsedilmektedir (Selahvarzian ve diğer., 2018:78). Orta çağda iyi şans ve güç simgesi olarak kuşburnu yaygın olarak kullanılmıştır. Kuşburnu tütsü şeklinde yakıldığında kötü ruhları kovduğuna inanılırken, bahar şenlikleri süresince evler ayınlar eşliğinde kuşburnu çiçekleriyle süslenmiştir (Khazaei ve diğer., 2018:3, Sakaoğlu ve diğer., 2016:86). II. Dünya Savaşında, *R. Canina* meyveleri iskorbüt hastalığını önlemek için şerbet olarak kullanılmıştır (Haas, 1995:470). Günümüzde kuşburnu sıklıkla çay yapmak için kurutularak, marmelatı yapılarak ya da veya direk meyve olarak tüketilmektedir. Bunun dışında şerbet, sos, çorba, şarap, konyak ya da vermut yapmak için kullanılmaktadır (Mocanu ve diğer., 2009:33).

Tüm dünyada gıda olarak tüketiminin yanı sıra tıbbi rahatsızlıkların tedavisinde de bitkisel ilaç olarak kuşburnu kullanılmaktadır (Mehmet ve diğer., 2018:284). Kuşburnu, A, B1, B2, B3 ve K vitaminlerini, taninleri ve flavonoidleri içermektedir. Geleneksel tıpta antiemetik, anti-romatizmal, kabızlık giderici, gut hastalığına karşı, diüretik olarak, C vitamini eksikliğinin tedavisinde kullanılmaktadır (Chrubasik ve diğer., 2008:725). Kuşburnunun, nefralji ve sistalji, hipertoni, safra kesesi ve karaciğer sorunları, enterit ve anoreksiya, diyabet dahil çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde yararlı olduğu öne sürülmektedir (Chrubasik ve diğer., 2008:727, Göktaş ve Gıdık, 2019:136).

Taze kuşburnu püresi yara iyileşmesine yardımcı olmak amacıyla iltihaplı deriye sürülmektedir. Romatizma ve osteoartrit tedavisinde etkilidir ve romatizma ağrısını giderdiği klinik araştırmalarla kanıtlanmıştır (Christensen ve diğer., 2008:965, Gruenwald ve diğer., 2019:2). Kansere ve kalp rahatsızlıklarına karşı bağışıklık sistemini güçlendirir. Kuşburnu ayrıca bronşit, soğuk algınlığı, grip ve ateşli rahatsızlıkları olan hastalara da uygulanmaktadır (Acıbuca ve Budak, 2018:37, Göktaş ve Gıdık, 2019:136). Kuşburnu idrar yolu enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır ve idrar çıkarma sürecindeki ağrı ve yanmayı azaltır (Seifi ve diğer., 2018:76).

2. Posta Pullarında Kuşburnu

Posta pulu gönderinin ödendiğini gösteren dünyanın her yerinde kullanılan genellikle kare veya dikdörtgen şeklinde bir etikettir. Posta pulu görünümünün dünyada ve Türkiye'de öncülük ettiği köklü değişikliğin yanında, pul hem koleksiyoncular için bir hobi hem de bir yatırım aracı haline dönüşmüştür (Begiç ve Çelebilik, 2015:265, PTT Pul Müzesi, 2020). Posta

ücretinin alternatifi olarak kullanılmasının dışında, bir iletişim aracı olan pulun birçok başka işlevi de bulunmaktadır (Begić ve Çelebilik, 2015:265). Bu işlevlerden en önemlisi bir reklam aracı olarak ve üzerine işlenen çizimler yoluyla düzenleyen ülkenin kültürel yansıması olarak oynadığı roldür (Pulhane, 2001). Posta pulu tasarımı, birincil amacı bir mesaj iletmek olan bir görsel iletişim sanatıdır (PTT Pul Müzesi, 2020, Pulhane, 2001).

Posta pulları birçok ülkede tıbbi ve aromatik bitkilere dikkat çekmek için görsel reklam araçları olarak kullanılmaktadır. Pul koleksiyonu açısından dünyanın en saygın kaynakları kabul edilen Scott ve Michel kataloglarında tarandığında, 1945-2020 yılları arasında kuşburnu (*R. Canina*) meyvesini tasvir eden toplam kırk pul ve yedi adet ilk gün zarfına rastlanmıştır (Michel Çevrimiçi Kütüphane, 2020, Scott Çevrimiçi Katalog, 2020, Stamp Data, 2020). Kuşburnu konulu pul basarak satışa sunan yirmi yedi ülke ve bir ada bulunmaktadır (bkz. Pul 1-40). Almanya, Avusturya, Birleşik Krallık, Bosna-Hersek, Bulgaristan, Çekoslovakya, Dağlık Karabağ Cumhuriyeti, Hırvatistan, İrlanda, İsveç, İsviçre, Kanada, Letonya, Macaristan, Monako, Norveç, Polonya, Romanya, Slovenya, Sovyetler Birliği, Suriye, Tunus, Türkiye, Türkmenistan, Ukrayna, Yugoslavya Halk Federal Cumhuriyeti, Yunanistan gibi ülkeler ile Man Adası'nda pul basılmıştır (Tablo 1). Bu pullar hem ulusal hem de uluslararası düzeyde *R. Canina*'nın tıbbi ve aromatik bir bitki olarak tanıtılmasında önemli bir hizmet sağlamıştır (Michel Online Library, 2020, Scott Great Britain E-Katalog, 2020, Pulhane, 2001).

Tablo 1. Filatelik Malzeme

Pul No	Özgün Adı	Ülke	Çıkış tarihi	Michel No
1	Rosa canina	İsviçre	01.12.1945	Scott B 152
2	Dog Rose (Rosa canina)	Avusturya	14.05.1948	AT 874
3	Rosa Canina	Bulgaristan	30.10.1953	BG 875
4	Rosa Canina	Bulgaristan	30.10.1953	BG 876
5	Rosa canina	Yugoslavya Federal Halk Cumhuriyeti	24.09.1955	YU 771
6	Rosa canina	Romanya	25.11.1959	RO 1822
7	Hagebutte Rosa canina	Almanya	07.04.1960	DD 761
8	Rosa canina	Sovyetler Birliği	13.12.1960	SU 2425
9	10 th International Botanical Congress Set Fine Mint	Birleşik Krallık	05.08.1964	Scott 414-17
10	Rosa canina L.	Romanya	20.12.1964	RO 2364
11	Rosa canina	Çekoslovakya	06.12.1965	CS 1589
12	International Congress of Pharmacology in Prague	Çekoslovakya	1971	Scott 1773
13	Rose Hips	Suriye	21.08.1974	SY 1278
14	Hagebutte Rosa canina	Almanya	10.01.1978	DD 2287
15	Rosa canina-Cetonia aurata	Macaristan	25.01.1980	HU 3408A
16	Steinnype Rosa canina	Norveç	14.11.1980	NO 826
17	Dzika Rosa	Polonya	1981	-
18	Rosa canina	Bulgaristan	22.01.1981	BG 2968
19	Nyponros Rosa canina	İsveç	10.02.1983	SE 1221
20	Concours International De Bouquets	Monako	13.11.1987	MC 1827
21	Rosa canina	Yunanistan	08.12.1989	GR 1731
22	Dzika Rosa	Polonya	19.12.1989	PL 3245
23	Rosa canina	Romanya	30.03.1993	RO 4871
24	Rose Hip	Kanada	11.03.1994	CAN 1325I
25	Rosa canina	İsveç	02.01.1996	SE 1921
26	Dog Rose	Man Adası	26.04.1996	IM 809
27	Rosa canina	Türkiye	27.06.2001	TR3427
28	SİPEK Rosa canina	Slovenya	22.05.2002	SI 396
29	Eglantier Rosa canina	Tunus	25.09.2003	TN 1570
30	Pasta Ruza (Rosa canina)	Hırvatistan	05.06.2004	HR 687

31	Dog rose Rosa Canina	İrlanda	09.09.2004	IE 1604A
32	Rosa canina	Ukrayna	19.11.2005	UA 755AI
33	Herbst Hagebutten	Almanya	15.10.2014	DE 132
34	Dog Rose	Birleşik Krallık	17.09.2014	GB AT731
35	Sunu roze <i>Rosa canina</i> L.(19. gs.herbarijs)	Letonya	17.02.2017	LV 1009
36	Flora of Artsakh (Nagorno-Karabakh)	Dağlık Karabağ Cumhuriyeti	21.04.2017	AZ-NK-134KB
37	Rosa canina	Romanya	29.09.2017	RO 7278
38	Sipurak	Bosna-Hersek	15.11.2018	BA 761
39	Rosa Canina L.	Ukrayna	13.07.2018	UA 1702
40	İtburun	Türkmenistan	01.03.2020	-

Geleneksel Avusturya geleneksel tıbbında, kuşburnu çay şeklinde tüketilerek böbrek ve idrar yolu rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmaktadır (Vogl ve diğer., 2013:751). Kuşburnu (*Rosa canina*) pulu Avusturya posta ofisi tarafından 14 Mayıs 1948'de satışa sunulmuştur. Pulun nominal değeri, 75+35 Avusturya şilini'dir (Pul 2) (Michel Online Library, 2020).

R. canina Romanya'nın ulusal sembollerinden biridir (The Flower Expert, 2020). Romanya posta sevisi geçmişten günümüze dek *R. canina* konulu dört adet pul basmıştır (Pul 6, 10, 23, 37). İlk pul 25 Kasım 1959'da Romanya'nın bitki örtüsü serisinde satışa çıkarılmıştır. Pulun nominal değeri 1,75 Romen leydirdir (Pul 6). İkinci pul 20 Aralık 1964'te satışa sunulmuştur. Orman meyveleri serisinde listelenen pulun adı "Kuşburnu ve kelebek"tir. Pulun nominal değeri 55 Romen banıdır. Boyutları 27-38mm olup 500.000 adet basılmıştır (Pul 10). Üçüncü pul bir tıbbi bitkiler serisinde listelenerek, 30 Mart 1993'te piyasaya sunulmuştur. Boyutları 33*48mm olup 360.000 adet basılmıştır. Pulun nominal değeri 90 Romen Leyidir (Pul 23). Romanya'da 9916 adet basılan, *R. canina* konulu dördüncü pul 36*36mm boyutlarındadır. Pul, 29 Eylül 2017'de, 8 Romen Leyi nominal değer ile piyasaya sunulmuştur (Pul 37).

Kuşburnunun yüksek C vitamini içeriğinden II. Dünya Savaşı boyunca yararlanılmıştır. İngiltere taze turunçgilleri ithal edemediği dönemde, hükümet zengin C vitamini kaynağı olduğu bilinen yaban gülü meyvelerinin toplanmasını organize etmiştir (Haas, 1995:470). Şurubun içine sıkılan kuşburnu iskorbütün önlenmesine yardım etmiştir ve günümüzde bitki zengin bir C vitamini kaynağı olarak değer görmektedir. *R. Canina*, Büyük Britanya pullarında da görülmüştür (Haas, 1995:470, Great Britain Botanic

Museum, 1964). Edinburg'da 3-12 Ağustos 1964'te düzenlenen 10. Uluslararası Botanik Kongresine dikkat çekmek amacıyla Michael Goman tarafından Büyük Britanya'nın çiçeklerine ait renkli çizimler içeren dört adet pul tasarlamıştır. Pullardan bir tanesinin üzerinde kuşburnu ile Kraliçe II. Elizabeth'in görseli yer almaktadır. Boyutları 41*24mm olan pul, 5 Ağustos 1964'te satışa sunulmuştur (Pul 9) (Great Britain Botanic Museum, 1964). Pulun nominal değeri 6 İngiliz peni iken, toplam 23.361.120 adet basılmıştır. 10. Uluslararası Botanik Kongresinin ilk gün zarfı (1964) Resim 10/1-2'de gösterilmektedir.

R. canina Çekoslovakya'da (1965) ülkenin bitki serilerinden oluşan pul ile tanıtılmıştır (Pul 11). Kuşburnu, 1971'de Prag'da yapılan Uluslararası Farmakoloji Kongresi için düzenlenen hatıra setinin bir parçası olarak sunulmuştur (Pul 12) (Haas, 1995:470).

R. canina'nın bolca yetiştiği Bulgaristan'da kuşburnu hem çay hem de tatlı bir şarap yapımında kullanılmaktadır (Rusanova ve diğer., 2015:162). Bulgaristan'da *Rosa canina* ismiyle basılan ilk pul 1953 yılında çiçekler ve bitkiler serisinde listelenmiştir (Michel Online Library, 2020). Bu pul aynı görsele içerikte hazırlanmış turuncu veya yeşil olmak üzere iki farklı renk seçeneğinde sunulmuştur (Pul 3-4). Boyutu 21*33mm olarak tasarlanmıştır. Bir başka pul ise 1981 yılında tıbbi bitkiler serisinde listelenerek, 250.000 adet basılmıştır. Kuşburnu meyvesi ve yabani gülün tasvir edildiği çok renkli pul, 43 Bulgar Stotinkisine satışa sunulmuştur (Pul 18) (Stamp Data, 2020).

Man Adası Postanesi'nin tasarımcısı ve ressam Colleen Corlett tarafından 1999 yılında tasarlanan pullardan bir tanesi kuşburnu temalıdır (Stamp of the World, 2020). Çiçekler serisinde listelenen pul 26.5*36.5 boyutlarındadır. Pulun nominal değeri 26 Manx penidir (Pul 26) (Michel Online Library, 2020).

R. canina, Türkiye'de 27 Haziran 2001 yılında listelenen şifalı bitkiler serisinde tanıtılmıştır (Pul 27) (Pulhane, 2001). Ülkeminizin tıbbi bitkilerini konu alan pul serisinde mersin, alıç, cıvanperçemi, kantaronun yanı sıra kuşburnu da yer almıştır. Boyutları 26*36 mm olan pul, 600.000 adet basılmıştır. Pulun nominal değeri 500.000 Türk lirasıdır (Michel Online Library, 2020, Pulhane, 2001). Bu pulların ilk gün zarfı Resim 31'de gösterilmektedir.

R. canina meyveleri alkolsüz Slovenya Kokteylinde tatlandırıcı olarak kullanılmaktadır (Seedaholic, 2020). Slovenya'da 22 Mayıs 2002 yılında satışa sunulan ŞİPEK *Rosa canina* adlı pul, tıbbi bitkiler serisinde yer almıştır (Pul 28). Boyutları 28.8*40.32 olan pul, Michel katalogunda SI 396 numarada listelenmiştir (Michel Online Library, 2020).

Letonya posta servisi ve Letonya Doğa Tarihi Müzesi iş birliğinde 2014-2020 yılları arasında “Letonya Doğa Tarihi Müzesi’nin benzersiz örnekleri” temalı pullar basılmıştır. Bu kapsamda 17 Şubat 2017 tarihinde satışa sunulan pul *R. canina* temalıdır. Boyutları 30*38mm olan pul 200.000 adet basılmıştır. Pulun nominal değeri 1.42 Avrodur (Pul 35) (Michel Online Library, 2020). Bu pulun ilk gün zarfı Resim 41’de gösterilmektedir.

Dağlık Karabağ Cumhuriyeti, 1991 yılında bağımsızlığını ilan etmiş olup, Ermeni Cumhuriyeti dahil hiçbir ülke tarafından tanınmamaktadır (Öztürk, 2019:43). Dağlık Karabağ Cumhuriyeti bitki örtüsü serisinde yer alan 21 Nisan 2017 çıkış tarihli kuşburnu temalı pulun nominal değeri 220 Ermeni Dramıdır (Pul 36) (Michel Online Library, 2020).

Bosna Hersek posta servisi tarafından kuşburnu, kızılıçık, yabancı kekik, tıbbi papatya, aynisefa bitkilerinden oluşan tıbbi bitkiler serili pullar 2018 yılında satışa sunulmuştur. Bu seride yer alan kuşburnu temalı pulun nominal değeri 1.10 Bosna-Hersek Konvertbl Markıdır. Boyutları 27.7*41.6mm olan puldan 100.000 adet basılmıştır (Pul 38) (Michel Online Library, 2020).

3. Sonuç

Pullar bir ülkenin tarihini, sanatını, kültürünü ve politikasını temsil eder ve ayrıca bir eğitim aracı olarak da kullanılabilir. Bu özellik pul tasarımını bir görsel iletişim sanatına dönüştürmektedir. Kuşburnu (*R. Canina*), tıbbi ve aromatik bitkileri teşvik etmek amacıyla dünyanın farklı kıtalarından yirmi yedi ülke ile bir adaya ait pulların üzerinde yer almıştır. Bu bağlamda, posta pullarının tıbbi ve aromatik bitkileri tanıtmak amacıyla sağlık uzmanları ve toplum için ucuz ancak dikkat çekici bir tanıtım ürünü olarak kullanılması tavsiye edilmektedir.

Kaynaklar

- Acıbuca, V., ve Budak, D.B. (2018) “Dünya’da ve Türkiye’de tıbbi ve aromatik bitkilerin yeri ve önemi”, *Çukurova Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 33(1), 37-44.
- Begiç, H.N. ve Çelebilik G. (2015) “A study on introducing our cultural wealth’s through postage stamps; stamp artist Pınar Olgaç’s Turkish women head-dresses”, *The Black Sea Journal of Social Sciences*, Cilt.7, No.12, 265-276.
- Christensen, R., Bartels, E. M., Altman, R. D., Astrup, A., ve Bliddal, H. (2008) “Does the hip powder of *Rosa canina* (rosehip) reduce pain in osteoarthritis patients?—a meta-analysis of randomized controlled trials”, *Osteoarthritis and Cartilage*, 16(9), 965-972.
- Chrubasik, C, Roufogalis, B.D., Muller-Ladner, U ve Chrubasik, S. (2008) “A systematic review on the *Rosa canina* effect and efficacy profiles”, *Phytotherapy Research*, 22(6): 725-733.
- Göktaş, Ö. ve Gıdık, B. (2019) “Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanım Alanları”, *Bayburt Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2(1), 136-142.
- Great Britain Botanic Museum (1964) “Tenth International Botanical Congress, Edinburgh”, Erişim tarihi:26.11.2020. <http://www.collectgb-stamps.co.uk/explore/issues/?issue=63>.
- Gruenwald, J., Uebelhack, R. ve Moré, M.I. (2019) “*Rosa canina*—Rose hip pharmacological ingredients and molecular mechanics counteracting osteoarthritis—A systematic review”, *Phytomedicine*, 60, 152958.
- Haas, L.F. (1995) “*Rosa canina* (dog rose)”, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 59(5):470.
- Khazaei, M., Khazaei, M. R. ve Pazhouhi, M. (2020) “An overview of therapeutic potentials of *Rosa canina*: a traditionally valuable herb”, *WCRJ*, 7, e1580.
- Mehmet, Ö.Z., Baltacı, C. ve Deniz, İ. (2018) “Gümüşhane Yöresi Kuşburnu (*Rosa canina* L.) ve Siyah Kuşburnu (*Rosa pimpinellifolia* L.) Meyvelerinin C Vitamini ve Şeker Analizleri”, *Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 284-292.
- Michel Online Library. (2020) “*Rosa Canina*”, Erişim tarihi:26.11.2020. <https://www.briefmarken.de/michelshop/en/online-library>
- Öztürk, N. (2019) “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Karar İncelemesi-(Chiragov Ve Diğerleri/Ermenistan Davası)”, *Abi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 38-55.
- Mocanu, G.D., Rotaru, G, Botez, E, Gîtin, L, Andronoiu, DG, Nistor, O. ve Dunc, A. (2009) “Sensory evaluation and rheological behavior of probiotic dairy products with *Rosa canina* L. and *Glycyrriza glabra* L. extracts”, *Innovative Romanian Food Biotechnology*, 4: 32-39.

- Pulhane (2020) “Constant postal stamps, Medicinal plants”, Erişim tarihi:26.11.2020. <http://www.pulhane.com/KatalogSayfaları/k200108.html>.
- PTT Pul Müzesi (2020) “Filateli sözlüğü”, Erişim tarihi:26.11.2020. <http://www.pttpulmuzesi.org.tr/PageDetail.aspx?PID=4>
- Rusanova, M, Rusanov, K, Stanev, S, Kovacheva, N ve Atanasov, I. (2015) “Total phenol content, antioxidant activity of hip extracts and genetic diversity in a small population of *R. canina* L. cv. Plovdiv 1 obtained by seed propagation”, *Agricultural Science and Technology*, 7(2):162-166.
- Sakaoglu S., Aça M. ve Ergun P. (2016) *Nazar ve nazarlık*, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aile Yazıları 10, Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 35, Birinci Baskı 2016, Ankara. ISBN: 978-605-4628-93-3. Sayfa 86. Erişim tarihi:26.11.2020. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/36497/aile-yazilari-10.pdf>
- Scott Great Britain Ecatalogue (1964) “Rosa Canina”, Erişim tarihi:26.11.2020. <http://www.scottonline.com/AllProducts>
- Seedaholic (2020) “Rosa Canina”, Erişim tarihi:26.11.2020. <https://www.seedaholic.com/catalogsearch/result/?q=rosa+canina>
- Seifi, M., Abbasalizadeh, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Khodaie, L., ve Mirghafourvand, M. (2018) “The effect of Rosa (L. Rosa canina) on the incidence of urinary tract infection in the puerperium: A randomized placebo-controlled trial”, *Phytotherapy Research*, 32(1), 76-83.
- Selahvarzian, A., Alizadeh, A., Baharvand, P. A., Eldahshan, O. A. ve Rasoulilian, B. (2018) “Medicinal Properties of Rosa canina L.”, *Herbal Medicines Journal*, 3(2), 77-84.
- Stamp Data (2020) “Medicinal plants, Rosa canina”, Erişim tarihi:26.11.2020. <http://stampdata.com/thing.php?id=19825>
- Stamp of the World (2020) “Isle of Man 1998 Flower Definitives”, Erişim tarihi:26.11.2020. https://www.stampsoftheworld.co.uk/wiki/Isle_of_Man_1998_Flower_Definitives
- Şanlı, B.Z. (2006) *Bursa ve Çevresinden Toplanan ve Ticareti Yapılan Bazı Ekonomik Bitkiler*. Yüksek Lisans Tezi. Bursa. 72.
- The Flower Expert (2020) “National Flowers-Facts and Interesting Information” Erişim tarihi:26.11.2020. <http://www.theflowerexpert.com/content/aboutflowers/national-flowers, 2017>.
- Vogl, S, Picker, P, Mihaly-Bison, J, Fakhrudin, N, Atanasov, A.G., Heiss, E.H. ve Kopp, B (2013) “Ethnopharmacological in vitro studies on Austria’s folk medicine-An unexplored lore in vitro anti-inflammatory activities of 71 Austrian traditional herbal drugs”, *Journal of Ethnopharmacology*, 149(3): 750-771.
- Yashaswini, S, Hegde, RV ve Venugopal, C.K. (2013) “Health and nutrition from ornamentals”, *International Journal of Research in Ayurveda & Pharmacology*, 2(2): 375-82.

Ek



Resim 1; Pul 1. İsviçre (1945) Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 2; Pul 2. Avusturya (1948) Köpek Güllü, Çiçekler Serisi



Resim 3; Pul 3. Bulgaristan (1953) Rosa Canina, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 4; Pul 4. Bulgaristan (1953) Rosa Canina, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 5; Pul 5. Yugoslavya (1955) Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 6; Pul 6. Romanya (1959) Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 7; Pul 7. Almanya (1960) Rosa Canina, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 8; Pul 8. Sovyetler Birliği (1960) Rosa Canina L., Bitkiler Serisi



Resim 9; Pul 9. Birleşik Krallık (1964), 10. Uluslararası Botanik Kongre Seti İnce Darphane, Bitkiler Serisi



Resim 10/1. Birleşik Krallık (1964), İlk gün zarfı



Resim 10/2. Birleşik Krallık (1964), İlk gün zarfı



Resim 11; Pul 10. Romanya (1964) Rosa Canina L., Orman Serisi



Resim 12; Pul 11. Çekoslovakya (1965) Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 13; Pul 12. Çekoslovakya (1971) Uluslararası Prag Farmakoloji Kongresi, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 14; Pul 13. Suriye (1974) Rosa Canina, Tarım Serisi



Resim 15; Pul 14. Almanya (1978) Rosa Canina, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 16. Almanya (1978), İlk gün zarfı



Resim 17; Pul 15. Macaristan (1980) Rosa Canina, Çiçekler Serisi



Resim 18; Pul 16. Norveç (1980) Steinnype Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 19; Pul 17. Polonya (1981), Roza Dzika Rosa Canina L., Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 20; Pul 18. Bulgaristan (1981) Rosa Canina, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 21; Pul 19. İsveç (1983) Nyponros Rosa Canina, Meyveler Serisi



Resim 22; Pul 20. Monako (1987), Monte Karlo Çiçek Yarışması



Resim 23; Pul 21. Yunanistan (1989) Rosa Canina, Çiçekler Serisi



Resim 24; Pul 22. Polonya (1989) Dzika Roza, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 25; Pul 23. Romanya (1993) Rosa Canina L., Bitkiler Serisi



Resim 26. Romanya (1993), İlk gün zarfı



Resim 27; Pul 24. Kanada (1994) Kuşburnu, Kırmızı Meyveler Serisi (1992-1998)



Resim 28; Pul 25. İsveç (1996) Rosa Canina L., Kış Meyveleri Serisi



Resim 29; Pul 26. Man Adası (1994) Köpek Gülü, Çiçekler Serisi



Resim 30; Pul 27. Türkiye (2001) Kuşburnu Rosa Canina, Tıbbi Bitkiler Serisi



Resim 31. Türkiye (2001), İlk gün zarfı



Resim 32; Pul 28. Slovenya (2002) ŠIPEK Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 33; Pul 29. Tunus (2003) Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 34; Pul 30. Hrvattistan (2004) Pasja Ruza Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 35. Hırvatistan (2004), İlk gün zarfı



Resim 36; Pul 31. İrlanda (2004) Dog Rose Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 37; Pul 32. Ukrayna (2005) "Ukrayna Hakkında" Rosa Canina, Bitkiler Serisi



Resim 38; Pul 33. Almanya (2014) Kuşburnu, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 39; Pul 34. Birleşik Krallık (2014) Rosa Canina, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 40; Pul 35. Letonya (2017) Rosa Canina Letonya Doğa Tarihi Müzesi, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 41. Letonya (2017), İlk gün zarfı



Resim 42; Pul 36. Dağlık Karabağ Cumhuriyeti (2017) Artsakh'ın Florası (Nagorno-Karabakh)- Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 43; Pul 37. Romanya (2017) Rosa Canina, Çiçekler ve Bitkiler Serisi



Resim 44. Romanya (2017), İlk gün zarfı



Resim 45; Pul 38. Bosna-Hersek (2018), Sipurak Kuşburnu, Terapötik Bitkiler Temalı



Resim 46; Pul 39. Ukrayna (2018), Rosa Canina L., Çiçekler Serisi



Resim 47; Pul 40. Türkmenistan (2020), İtburun Kuşburnu, Çiçekler Serisi

Hemşirelik Eğitiminde Etkileşimli Video Teknolojisinin Kullanımı

Handan Eren¹

Özet

Hemşirelik eğitimi, öğrencilere bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerileri kazandırmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda öğrenmeyi kolaylaştırmak ve bilginin kalıcılığını sağlamak amacıyla inovatif öğrenme yöntemleri kullanılmaktadır. Video destekli teknolojinin kullanımı da bu öğretim yöntemleri arasında yer almaktadır. Video destekli teknolojilerin kullanımına uzaktan ve yüz yüze eğitimde sıklıkla rastlanmakta, öğrenmeye katkısının bulunduğu çoğu çalışmada belirtilmektedir. Ancak video izlemenin öğrenciyi pasif konumda tutması gibi nedenlerle alternatif yöntemler geliştirilmiştir. Etkileşimli videolar da bu yöntemler arasında yer almaktadır. Tüm alanlarda kullanımına sıklıkla rastladığımız etkileşimli videonun hemşirelik eğitiminde de kullanıldığını görmekteyiz. Ancak ulusal literatürde konuya ilişkin yürütülen çalışmaların sınırlı olduğu da belirtilmektedir. Konuya ilişkin farkındalık yaratmak amacıyla yazılan bu derlemede hemşirelik eğitiminde etkileşimli video kullanımına yönelik teorik bilgilere ve araştırma sonuçlarına yer verilmiştir. İnceleme sonucunda ise hemşirelik eğitiminde genellikle psikomotor becerinin öğretiminde kullanılan etkileşimli videonun hemşirelik öğrencilerinin konuya ilişkin bilgi, beceri, memnuniyet düzeylerine olumlu katkılarının olduğu, beceriye yönelik kaygı düzeylerini azalttığı görülmüştür. Bu nedenle etkileşimli video öğretiminin hemşirelik eğitiminde kullanılması, etkileşimli video ile farklı yöntemlerin de entegre edildiği çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

1. Giriş

Hemşirelik, hasta bakımından sorumlu profesyonel bir disiplindir ve gelişmiş klinik, teknik ve iletişim becerilerini gerekli kılmaktadır. Bu beceriler hemşirelik eğitimi boyunca öğrencilere kazandırılmaktadır (Şendir ve ark.,

1 Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, erennhandan@gmail.com, 0000-0002-6507-5690

2018). Teknolojideki hızlı gelişimle beraber bilgi kullanımı çeşitlenmiş eğitim paradigması değişmiştir (Kocaağalar Akince ve ark., 2022). Dolayısıyla hemşirelik eğitiminde de klasik öğretim yöntemleri yerini teknolojik öğretim yöntemlerine bırakmıştır. Web tabanlı eğitim uygulamaları, mobil tabanlı eğitim uygulamaları, simülasyonlar, sanal gerçeklik uygulamaları bu öğretim yöntemlerine örneklerdir (Aygin ve Çelik Yılmaz, 2022). Yürütülen çalışmalarda, bu öğretim yöntemlerinin öğrencilere klinik uygulamaya adapte olma ve klinik karar vermede yardımcı olduğu, öğrencilerin konuya ilişkin bilgi ve becerilerini, eleştirel düşünme ve iletişim becerilerini artırdığı belirtilmektedir (Eyikara ve Baykara, 2017; Reed, 2020; Hargreaves ve ark., 2021; Shorey ve ark., 2021). Nitekim Z kuşağında yer alan günümüz hemşirelik öğrencisi teknolojiye daha kolay adapte olabilmektedir. Şahin ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik tutumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin teknolojiyi kullanım durumları teknolojiye ulaşım araçlarına sahip olmaları ile doğrudan ilişkili olsa da bazı öğretim araçları yüksek maliyet gerektirmeden yalnızca mobil cihaz yardımı ile kullanılabilir. Bunlardan birisi video destekli öğretim yöntemidir. Bu yöntemde ders konusuna yönelik eğitici videolar oluşturulabilmekte ve öğrencilerle mobil yoldan paylaşılabilir (Bayram ve Caliskan, 2019). Öğrencileri pasif izleyici konumundan çıkarıp aktif olarak öğrenmeye katmak için ise etkileşimli video yöntemleri kullanılmaktadır. Literatüre bakıldığında yürütülen çalışmalarda etkileşimli video kullanımının öğrencinin bilgi, beceri, memnuniyet düzeylerinde olumlu etkilerinin olduğu gözlenmiştir. Ancak ulusal literatürde etkileşimli video kullanımına yönelik çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür (Biyik Bayram ve Caliskan, 2019; Erdogan ve Turan, 2023; Baysan, 2023). Bu sebeple alana özgü yapılan çalışmaların incelenmesi, literatürde yer alan bu boşluğa vurgu yapılması amacıyla bu derleme yazılmıştır. Derlemede, video destekli öğretim yöntemleri ve hemşirelikte etkileşimli video kullanımına yönelik bilgiler yer almaktadır.

2. Video Destekli Eğitim Teknolojileri ve Etkileşimli Video

Teknolojideki hızlı ilerleme, eğitim öğretim yöntemlerinde yeniliklerin kullanımını gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda kullanılan teknolojik yöntemler eğitim teknolojisi adı altında toplanmaktadır. Eğitim teknolojisi, “davranış bilimlerinin iletişim ve öğrenmeyle ilgili verilerine dayalı olarak eğitimle ilgili ulaşılabilir insan gücü ve insan gücü dışı kaynakları akıllıca ve ustaca kullanıp, sonuçları değerlendirerek, bireyleri eğitimin özel amaçlarına ulaştırma yollarını inceleyen bilim dalı” olarak tanımlanmaktadır. (Sürek, 2018). Eğitimde teknoloji kullanımı, öğrenciye görsel, işitsel ve dokunsal

algılarını kullanabilme imkanı sağlamakta bu sayede öğrencilerde bilgi kalıcı hale gelebilmektedir. Kolay ulaşılabilir olması, istenilen zaman ve mekânda sürekli bilgi desteğinin olması, farklı yöntemlerin (video, animasyon vb.) kullanılabilmesi bu eğitimlerin yaygınlaşmasını sağlamaktadır (Lau ve diğerleri, 2016).

Günümüzde sanal gerçeklik, simülasyon, artırılmış gerçeklik, haptik sistemler, bireydeki birçok algıyı harekete geçirmekte ve duyuların daha verimli kullanımını sağlamaktadır. Dolayısıyla, zaman ve mekan yönünde maliyeti yüksek olan sağlık ile ilişkili alanlarda bu teknolojilerin kullanılması etkili öğrenmeyi teşvik etmektedir (Arkan, 2018). Ayrıca, eğitim risklerin düşürülmesi de ayrı bir fayda olarak sayılabilmektedir.

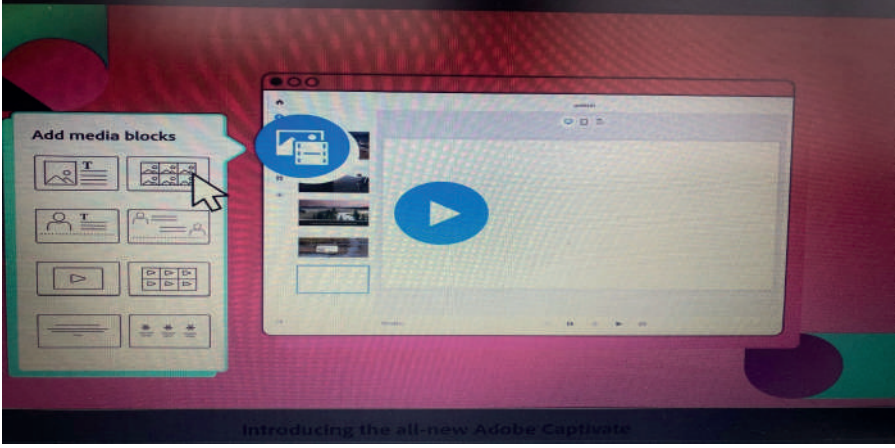
Video destekli uygulamalar eğitimde kullanılan teknoloji kaynakları arasında yer almaktadır. Öğrenciler konuya ilişkin bu videoları istedikleri zaman, ileri geri sararak ve tekrarlayarak izleyebilmektedir. Oluşturulan videolar internet erişimi ile (web tabanlı) veya internet erişimi olmadan izlenebilmektedir. Özellikle uzaktan eğitimde video destekli uygulamaların kullanımı yaygın hale gelmiştir (Pal & Patra, 2020). Guo ve ark. (2014) uzaktan eğitimde altı adet video üretim stiline bulunduğunu belirtmişlerdir. Bunlar; sınıf dersi, stüdyo, konuşan kafa videoları, Khan Akademi stili videolar, kod ve slayt şeklinde sıralanmaktadır. Sınıf dersi video stiline, eğitimcinin sınıf ortamında, sınıf tahtasını kullanarak ve öğrencilerin de içinde bulunduğu video kaydı yapılmaktadır. Stüdyo video stiline, eğitimci sınıf ortamı olmadan ders anlatımı gerçekleştirmektedir ve bu kayda alınmaktadır. Konuşan kafa videoları stiline, eğitimci masada oturur kameraya bakar yönde konuyu anlatırken alınan video kaydını; Khan Akademi video stiline, eğitimcinin konuyu anlatırken el yazısının ve sesinin dijital tablete kaydedildiği bir video prodüksiyon formatını; kod stiline, eğitimcinin ders anlatırken metin düzenleyici ekranının kaydedildiği video türünü; slayt stili ise sunum slaytlarını anlatırken eğitimcinin seslendirmesi ile izlenen videolar olduğu belirtilmektedir. Bu video stillerinin birbirlerine üstünlükleri olsa da eğitimde kullanımının akademik başarıya olumlu etkilerinin olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Guo ve ark., 2014). Ancak bu videoların sürelerinin uzaması öğrencilerin videoları sonuna kadar izlememelerine dolayısıyla video ile yürütülen eğitimin olumlu etkilerini azaltabileceği vurgulanmaktadır (Geri ve ark., 2017; Giannakos ve ark., 2015). Videonun öğreneni öğretim sürecinde pasif bir hale getirmesi ve etkileşimden yoksun yapısı televizyon izleme etkisi yaratmakta, bu durum öğretimdeki etkisinin tartışılmasına sebep olmaktadır. Bilgisayar ve video teknolojilerinin daha etkili bir video ortamı oluşturmak ve öğrenenin aktif katılımını sağlamak amacı ile geliştirilen etkileşimli video teknolojisi, uzaktan öğretimde öğrencilerin

video ile daha iyi öğrenmelerine ve içerik ile bağlantılarının artmasına sebep olmaktadır (Gutiérrez-Puertas ve ark., 2021).

Etkileşimli video, yapılandırmacı teorilere dayalı olarak geliştirilmiş, insan ve bilgisayar arasında iki yönlü etkileşimin video araçları ile yapılması olarak tanımlanmaktadır (Durmaz, 1993; Zhang vd., 2006; Kovacs, 2016). Ancak etkileşimli videoları anlayabilmek için etkileşim kavramının içeriğini bilmek gerekmektedir. Etkileşim, kısaca karşılıklı etki ve değişim olarak tanımlanmaktadır. Etkileşimde karşılıklı etki söz konusu olduğundan, dört türü bulunmaktadır. Bunlar; öğrenen ile öğretene etkileşimi, öğrenen ve öğretene etkileşimi, öğrenen ve içerik etkileşimi, öğrenen ile ara yüz eğitimi olarak sınıflandırılmaktadır (Chou, 2003). Öğrenen ile öğretene etkileşiminde, eğitimcinin öğrenciler ile bireysel veya toplu olarak, herhangi bir zaman veya mekân fark etmeksizin paylaşımında bulunabilmesidir. Öğrenen ile öğretene etkileşiminde ise öğrenciler birbirleri ile birebir veya gruplar arasında paylaşım halindedirler. Öğrenen ile içerik etkileşiminde, öğrenci eğitimcinin sunmuş olduğu materyal ile iletişim halindedir. Burada eğitimci materyalleri teknolojik imkanlar ile öğrencilere sunabilmektedir. Öğrenen ile ara yüz etkileşiminde ise öğrenenler sunulan eğitim materyalinin ara yüzü/öğrenme aracı ile etkileşim içindedirler (Chou, 2003). Bu etkileşim türlerinden birini veya bir kaçını videolar aracıyla kullanılması ise etkileşimli videonun kapsamı içerisinde yer almaktadır.

2.1. Etkileşimli Video Oluşturma Araçları

Teknolojideki hızlı gelişim, etkileşimli videoların internet ortamında oluşturmasına imkan tanımaktadır. Bunun için birçok web sitesi ve yazılımlar bulunmakta, bazılarının ücretli bazılarının ise ücretsiz erişim sağlanabilmektedir. Bu web siteleri, Animoto, H5P, EduCannon, EdPuzzle, HapYak, Raptmedia, simps.co, WireWax, Zaption olarak sıralanabilmektedir. Bu uygulamaların her birinin bir diğerine göre farklı özellikleri bulunabilmektedir. Örneğin Animoto uygulamasında, videoya buton ekleme, link verme özelliği bulunmaktadır. EduCannon'da ise videoya sorular ekleme, link verme ve not alma gibi opsiyonlar bulunmaktadır (Uğur ve Okur, 2016).



Şekil 1. Adobe Captivate ekran görüntüsü

Etkileşimli videolar Adobe Captivate, Articulate Storyline ve TechSmith Camtasia isimli yazılım programları ile de hazırlanabilmektedir. Yine bu yazılımlar sayesinde videolara bağlantı düğmeleri ile soru ekleme, video içinde gezinme, arama ve açıklama metinleri eklenebilmektedir (Captivate, 2023; Uğur ve Okur, 2016).

3. Hemşirelik Eğitimde Etkileşimli Video Kullanımı

Hemşirelik eğitimi, içerisinde karmaşık psikomotor becerileri de içeren teorik, klinik ve laboratuvar uygulamalarından oluşmaktadır (Öztürk ve Dinç, 2014). İçerisinde çokça psikomotor becerilerin yer aldığı hemşirelikte, öğrencilere laboratuvar ortamında beceriler demostrasyon ve uygulama yoluyla aktarılmaktadır. Ardından klinik uygulamalarda, öğrenciler öğrendikleri bu becerileri eğitimci ve/veya klinisyen hemşire gözetiminde uygulayabilmektedir (Forehand ve ark., 2017). Mezuniyet sonrasında hemşirelerin bakım uygulamalarını doğru teknik ile hatasız yapmaları beklenmektedir (Mahmood ve ark., 2018). Bu sebeple eğitimleri boyunca birçok uygulamayı gözetimle tekrarlamaları önemlidir. Bu noktada geliştirilen etkileşimli video desteği ile beceriler kolayca öğretilebilmekte ve kalıcı hale gelebilmektedir (Korhan Akın ve Üstün, 2015). Literatürde hemşirelik eğitiminde etkileşimli video kullanımına yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Özellikle bu çalışmaların çoğunlukla öğrencilere ilk ve ikinci öğretim yılında psikomotor beceri öğretiminde kullanıldığı görülmektedir (Chao ve ark., 2021; Natarajan ve ark., 2022; Biyik Bayram ve Caliskan, 2019).

Konuya ilişkin yürütülen çalışmaları inceleyecek olursak, Chao ve arkadaşlarının (2021), hemşirelik öğrencilerinin nazogastric sonda ile beslenme becerinde 3D etkileşimli videonun (VIVEPAPER) etkisini belirledikleri randomize kontrollü çalışmasında, öğrencilerin kendine güven ve konuya ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı ancak deney ve kontrol grubu arasında güven, bilgi ve beceri düzeyinde anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılığın olmama nedeni ise öğrencilerin programı kullanmayı öğrenmek için zaman kaybetmiş ve videodaki içerikler nedeniyle dikkatlerinin dağılmış olabileceği ile ilişkilendirilmiştir.



Şekil 2. VIVEPAPER Ekran Görüntüsü (Chao ve ark.,2021)

Natarajan ve arkadaşlarının (2022) 55 hemşirelik öğrencisi ile yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada, etkileşimli video kullanılan deney grubundaki öğrencilerin ilaç uygulama bilgi ve becerilerinin kontrol grubundakilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olmadığı ancak deney grubundaki öğrencilerin memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun görülmesi, temel beceri öğretiminde geleneksel olarak yürütülen hemşirelik öğretim elemanları ile birebir etkileşime girerek uygulamanın yapılmış olmasının etkileşimli video kadar etkin bir öğretim yöntemi olması ile ilişkilendirilmiştir. Salyers'in "Yeni Başlayan Hemşirelik Öğrencilerine Psikomotor Becerilerin Web Destekli Bir Yaklaşım Kullanarak Öğretimi: Yarı Deneysel Bir Çalışma" adlı çalışmasında ise web destekli öğretim alan öğrencilerin memnuniyet düzeyleri, geleneksel öğretim alan öğrencilerden daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç ise teknolojiye erişim ile ilgili yaşanan aksaklıklar ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmalardan farklı bir sonuca ulaşan

Sowon ve İdhail (2014) ise, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine (N=102) verilen etkileşimli video ile ilaç uygulama kursunun öğrencilerin bilgi düzeyinde artış sağladığını, deney grubunda yer alan öğrencilerin bilgi puanlarının kontrol grubundakilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derece yüksek bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçlarındaki farklılığın çalışmanın yürütüldüğü popülasyon ve öğrencilerin eğitim yöntemine ulaşılabilirliği ile ilişkili olabilir. Ayrıca yürütülen bu çalışmalarda ülkemizde olduğu gibi beceri eğitimi yalnızca teorik bilgi aktarımı ile değil laboratuvar ortamında öğretim elemanları ile tekrarlı uygulamalar ile gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla öğrenci beceriyi eğitimci ile etkileşim halinde gerçekleştirebilmektedir. Bu sebeple etkileşimli video beceri eğitiminde etkili olmuş ancak bu etkinlik istatistiksel açıdan anlamlı olmamış olabilir.



Şekil 3. Ekran görüntüsü (Bıyık Bayram, 2017)

Birinci sınıf dışındaki diğer düzey hemşirelik öğrencileri ile yürütülen çalışmalara baktığımızda, Blazek ve arkadaşlarının (2016), 216 hemşirelik ikinci sınıf hemşirelik öğrencisi ile yürüttükleri çalışmada, öğrencilere interaktif video modül eğitimi verilmiş ve eğitim sonrası hastalara taburculuk programı hazırlamaları istenmiştir. Araştırma sonucunda, öğrenciler etkili öğretimin formatı ve gösterimi konusunda olumlu görüş bildirmiş, format kullanımını kolay olarak değerlendirmişlerdir. Kim ve Eunyong (2018)'ın 66 hemşirelik son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada, deney grubunda yer alan öğrencilere 3D interaktif klinik hemşirelik becerileri mobil uygulama programı yönlendirilmiş. Programın içerisinde yaşamsal bulgular, intravenöz enjeksiyon uygulaması, nazogastrik sonda ile besleme ve trakeal aspirasyon becerilerine yönelik video, quiz, simge ve 3D fotoğraflar yer almıştır. Deney grubunda yer alan öğrencilerin bilgi, beceri ve öz yeterlilik düzeylerinin kontrol grubunda yer alan öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarından ileri düzeyde yer alan

öğrencilerde etkileşimli videonun temel becerileri anımsatması açısından daha etkili olduğu söylenebilir.

Etkileşimli video ile öğretimi içeren ulusal çalışmalara baktığımızda, Biyik Bayram ve Caliskan (2019)'nın 86 hemşirelik birinci sınıf öğrencisi ile yürüttükleri çalışmada, deney grubunda yer alan öğrencilere, trakeostomi aspirasyonu ve peristomal cilt bakımı uygulamasına yönelik video destekli oyun gönderilmiş, bu grupta yer alan öğrencilerin beceri puanlarının kontrol grubundakilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Uluslararası çalışma bulgularından farklı olarak temel becerideki bu anlamlı yükseliş geliştirilen programın erişilebilirliği ile ilişkili olabilir. Baysan (2023)'ın lisansüstü tezinde ise 360 derece etkileşimli sanal gerçeklik videolarının kullanımının, öğrencilerin kanamalarda ilk yardıma ilişkin bilgileri ve bu bilgilerin kalıcılığı ile öz yeterlik düzeylerine etkileri incelenmiş, deney grubunda yer alan hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyleri, öğrenme memnuniyetlerinin ve özgüvenlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Erdoğan ve Turan (2023)'ın çalışmasında ise yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeğin gelişimsel bakımı ile ilgili dijital oyun temelli bir program geliştirilmiş ve deney grubunda yer alan öğrencilere bu oyunu izleyip, oynamaları istenmiştir. Çalışma sonucunda, deney grubunda yer alan öğrencilerin bilgi puanlarının geleneksel yöntem ile öğrenen kontrol grubuna göre daha yüksek ve kalıcı olduğu görülmüştür. Yukarıdaki tüm çalışmalar incelendiğinde etkileşimli videonun beceri ve bilgi öğretiminde etkili olduğu görülmüştür.

4. Sonuç ve Öneriler

Video destekli öğretim teknolojilerinin kullanımı giderek artmaktadır. Hasta hakları da düşünüldüğünde uygulamalar sırasında hata ihtimaline yer vermeyen hemşirelik girişimlerinin öğretiminde, tekrarlı uygulamaya yer veren video destekli uygulamaların öğrencilerin bilgi, beceri, kaygı, memnuniyet gibi düzeylerine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Özellikle öğrenci katılımını destekleyen etkileşimli videoların kullanıldığı çalışmalarda etkinin bazen beklenenin altında kaldığı görülmüştür. Burada kullanılan etkileşimli videonun içeriği, araştırmanın yürütüldüğü popülasyonun teknolojiye erişim düzeyi ve teknolojiyi kullanım becerisinin de etken olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, etkileşimli videonun hemşirelik eğitiminde kullanımının olumlu sonuçlar yaratması nedeniyle hemşirelik eğitime entegre edilmesi ancak entegre edilirken teknolojiye ulaşım imkanlarının değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca konuya ilişkin ulusal literatürde yürütülen çalışmaların sayısının artırılması, etkileşimli video ile destekli diğer öğretim yöntemlerinin entegre edilerek karşılaştırmalı çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- Adobe Captivate (2023). Erişim Adresi: <https://www.adobe.com/tr/products/captivate.html#marquee>. (Erişim tarihi: 07.12.2023).
- Akince, E.K., Özkütük, N., & Orgun, F. (2022). Hemşirelik eğitimini etkileyen paradigmlar. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 29-35.
- Arkan, A. (2018). Teknoloji, Eğitim ve Gelecek. Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı (SETA). Erişim Adresi: <https://www.setav.org/teknoloji-egitim-ve-gelecek/> (Erişim Tarihi: 01.12.2023).
- Aydan, B. (2023). 360 derece etkileşimli video teknolojisinin hemşirelik eğitiminde kullanımı: Bir karma yöntem araştırması. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aygin, D., & Yılmaz, A.Ç. (2022). Hemşirelik Eğitiminde Teknolojinin Etkisi ve Teknoloji Tabanlı Öğrenme Yöntemlerinin Kullanımı. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(1), 32-46.
- Bayram, S. B., & Caliskan, N. (2019). Effect of a game-based virtual reality phone application on tracheostomy care education for nursing students: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 79, 25-31.
- Bıyık Bayram, Ş. (2017). Oyun Tabanlı Sanal Gerçeklik Uygulamasının Hemşirelik Öğrencilerinin Trakeostomi Bakımını Öğrenmelerine Etkisi. (Doktora Tezi) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Blazcek, A. M., Katranca, E., Drahnak, D., Sowko, L. A., & Faett, B. (2016). Using interactive video-based teaching to improve nursing students' ability to provide patient-centered discharge teaching. *Journal of Nursing Education*, 55(5), 296-299.
- Chao, Y. C., Hu, S. H., Chiu, H. Y., Huang, P. H., Tsai, H. T., & Chuang, Y. H. (2021). The effects of an immersive 3d interactive video program on improving student nurses' nursing skill competence: A randomized controlled trial study. *Nurse Education Today*, 103, 104979.
- Chou, C. (2003). Interactivity and interactive functions in web-based learning systems : a technical ramework for designers. *British Journal of Educational Technology*, 34(3), 265-279
- Erdoğan, Ç. & Turan, T. (2023). Evaluation of the Effectiveness of Digital Game-Based Learning Given to Nursing Students for the Developmental Care of Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 10, 300-8
- Eyikara, E., & Baykara, Z. G. (2017). The importance of simulation in nursing education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 9(1), 02-07.

- Forehand, J.W., Miller, B., & Carter, H. (2017). Integrating mobile devices into the nursing classroom. *Teaching and Learning in Nursing*, 12, 50–2. doi: 10.1016/j.teln.2016.09.008.
- Geri, N., Winer, A., & Zaks, B. (2017). Challenging the six-minute myth of online video lectures: Can interactivity expand the attention span of learners? *Online Journal of Applied Knowledge Management*, 101-111.
- Giannakos, M. N., Chorianopoulos, K., & Chrisochoides, N. (2015). Making sense of video analytics: lessons learned from clickstream interactions, attitudes, and learning outcome in a video-assisted course. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 260-282.
- Guo, P. J., Kim, J., & Rubin, R. (2014). How video production affects student engagement: an empirical study of MOOC videos. *L@S '14 Proceedings of 60 the first ACM conference on Learning @ scale conference* (pp. 41-50). New York City: ACM.
- Gutiérrez-Puertas, L., García-Viola, A., Márquez-Hernández, V. V., Garrido-Molina, J. M., Granados-Gómez, G., & Aguilera-Manrique, G. (2021). Guess it (SVUAL): An app designed to help nursing students acquire and retain knowledge about basic and advanced life support techniques. *Nurse Education in Practice*, 50, 102961.
- Hargreaves, L., Zickgraf, P., Paniagua, N., Evans, T. L., & Radesi, L. (2021). COVID-19 pandemic impact on nursing student education: Tele-nursing with virtual clinical experiences. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211044618. <https://doi.org/10.1177/23779608211044>.
- Korhan Akin E, & Üstün Ç. (2015). Öğretimsel videoların hemşirelik beceri eğitiminde kullanımı. *Ege Journal of Medicine*, 54(4), 213
- Lau, Y., Htun, T.P., Tam, W.S., & Klainin-Yobas, P. (2016). Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 381-401.
- Mahmood, M.A., Mufidah, I., Scroggs, S., Siddiqui, A.R., Raheel, H., Wibdarmino, K., Dirgantoro, B., Vercruyssen, J., & Wahabi, H.A., 2018. Root-cause analysis of persistently high maternal mortality in a rural district of Indonesia: role of clinical care quality and health services organizational factors. *BioMed Research International*, 3673265–3673265.
- Natarajan, J., Joseph, M. A., Al Shibli, Z. S., Al Hajji, S. S., Al Hanawi, D. K., Al Kharusi, A. & N., Al Maqbal, I. M. (2022). Effectiveness of an interactive educational video on knowledge, skill and satisfaction of nursing students. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(4), 546-553.
- Öztürk, D., & Dinç, L. (2014). Effect of web-based education on nursing students' urinary catheterization knowledge and skills. *Nurse Education Today*, 34(5), 802-8.

- Reed, J. M. (2020). Gaming in Nursing Education: Recent Trends and Future Paths. *Journal of Nursing Education*, 59(7), 375-381.
- Salyers, VL. (2007). Teaching psychomotor skills to beginning nursing students using a web-enhanced approach: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4, Article11.
- Shorey, S., & Debby Ng, E. (2021). The use of virtual reality simulation among nursing students and registered nurses: a systematic review. *Nurse Education Today*, 98, 104662.
- Sowan, A. K., & Idhail, J. A. (2014). Evaluation of an interactive web-based nursing course with streaming videos for medication administration skills. *International Journal of Medical Informatics*, 83(8), 592-600.
- Sürek, G. (2018). Eğitimde Teknoloji Uygulamalarına İlişkin Ortaokul ve Lise Bilişim Teknolojileri Öğretmenlerinin Görüşlerinin İncelenmesi (Şanlıurfa İli Örneği). (Yüksek Lisans Tezi Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Şendir, M., Çelik, S., Dişsiz, M., Güney, R., Açıksöz, S., Kolcu, M., & Bektemür, G. (2018). Hemşirelik eğitimi ve uygulamasında yeni bir yaklaşım: Hemşirelik eğitimi ve uygulamasının bütünleşmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi JAREN*, 4(2), 92-99.
- Uğur, S., & Okur, M. (2016). Açık ve uzaktan öğrenmede etkileşimli video kullanımı. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 104-126.

ALS Hastalığı Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Sema Köse¹

Münevver Yıldırım²

Özet

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalığı özellikle son yıllarda konuşulan, üzerinde birçok araştırma yapılan bir hastalıktır. Tipik bir alt ve üst motor nöron hastalığı olan ALS birinci ve ikinci motor nöronlarda bir değil, pek çok nedenle açıklanmaya çalışılan, ilerleyici ve dejeneratif süreç ile ölüme götüren bir hastalıktır. ALS hastalığının spesifik bir türü bulunmamakla birlikte dünyanın her yerinde ve her kesimden insanda ortaya çıkabilir. ALS hastalığı, nörodejeneratif, ilerleyici bir hastalıktır. İlerleyen dönemde hastalar kas güçsüzlüğü ile iletişim kurma kaybı da yaşarlar. ALS hastalığında hastalığı tamamen iyileştirecek tedavi şu an için mümkün değildir. Sağlık davranışı geliştirmede hemşire önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Bu yüzden bireyi sistematik olarak yorumlamak ve bakım planını oluşturmak amacıyla Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmaktadır. Bu model 11 fonksiyonel alanda gereksinimleri belirlemektedir. Bu örüntüler; sağlığı algılama- sağlık yönetimi, beslenme- metabolik durum, boşaltım, hareket-aktivite, uyku – dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama- benlik, rol - ilişki, cinsellik - üreme, baş etme - stres toleransı, inanç – değer'dir. Hastaya özgü saptanan sorunlara yönelik kanıt dayalı hemşirelik girişimleriyle profesyonel hemşirelik bakımı verilmektedir. Palyatif bakım alan bu olgu sunumu için ALS olan hastayı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli çerçevesinde değerlendirmek ve hastaya NANDA hemşirelik tanılarıyla kanıt

- 1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0001-8653-1432>) e posta: sema.kose@erzincan.edu.tr
- 2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0001-8919-3889>) e posta: munevveyildirim.2334@gmail.com

dayalı hemşirelik bakım planı hazırlamak amacıyla yapılmıştır. Olgumuzda hasta veriler toplandıktan sonra 11 fonksiyonel alanda değerlendirilmiş, uygun hemşirelik tanıları belirlenmiş, kanıta dayalı hemşirelik girişimleri belirlenmiş ve sonucu değerlendirilmiştir. Akut ağrı, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, konstipasyon, deri bütünlüğünde bozulma riski, etkisiz havayolu temizliği, infeksiyon riski, uykusuzluk, bozulmuş sözel iletişim hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Sonuç olarak; verilerin sistematik bir şekilde değerlendirildiği, olgunun bütüncül olarak ele alındığı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmasının bu olgu için faydalı olduğu saptanmıştır.

1. GİRİŞ

Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) omurilikte harabiyeti ve kas erimesini anlatan tıbbi bir terimdir. Ciddi nörolojik hastalıklar arasında yer alan ALS dikkat edilmesi gereken önemli bir hastalıktır. Alanında çok başarılı olan Fransız nörolog, Jean-Martin Charcot 1869 yılında, ALS hastalığını tanımlayan ilk nörolog olmuştur. Hastalık ilk zamanlar Charcot Hastalığı olarak isimlendirilmiştir. ALS hastalığı spinal kordun üst ve alt motor nöronlarında dejenerasyonla karakterize olan ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın %90-95'i rastlantısal (sporadik), %3-10'u genetik (familyal) olarak ortaya çıkmaktadır. Klinik semptomlar genellikle 50- 60 yaşlarında ortaya çıkmaya başlar. Genetiğin etkili olduğu hastalarda semptomlar daha erken yaşlarda ortaya çıkabilir. Hastalığın endemik olduğu bir bölge yoktur, dünyanın her yerinde ve her ırktan insanda görülebilir. Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir. ALS hastalığının görülme yaşı ortalama 55'tir fakat daha erken veya daha geç yaşlarda da görülebilir (Ak 2016; Aktekin 2020; Leigh at all 2003; Simmons 2005).

Merkezi sinir sisteminde, sinir hücrelerinin harabiyetine ve kaybına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkta üst motor nöron tutulumu olmuşsa hiper refleksi, ekstremitelerde katılık, emosyonel labilite; alt motor nöron tutulumu olmuşsa, kaslarda erime, kaslarda seğirme, kol ve bacaklarda asimetrik güçsüzlük, kramplar, konuşma ve yutma güçlüğü, yorulma gibi semptomlar görülebilir. Belirtilerin farklı kombinasyonları klinik tablonun oluşması hakkında bilgi sağlar. Hastalık bütün vücut kaslarını etkilemez. Hastalığın ilk evrelerinde, hasta bağırsak ve idrar boşaltımını kontrol edebilir. Kalp kasında zarar görülmez. En son etkilenen kas göz kasıdır çoğu vakada ise göz kasları etkilenmez. Hastadan alınan öykü (anemnez), nörolojik sistemin fiziksel muayenesi, elektrofizyolojik testler sonucu elde edilen veriler ile tanı konulur. Elektronöromiyografik (EMG) incelemeler, laboratuvar testleri ve magnetik rezonans (MR) tanının konulmasında destekleyici etkenlerdir.

Ayrıca kas biyopsisi, beyin omurilik sıvı incelemesi ve genetik incelemeler yapılabilir (Ak 2016; Aktekin 2020; Leigh at all 2003; Simmons 2005).

Henüz tamamen iyileşmeyi sağlayan bir tedavisi olmayan ALS hastalığında, destekleyici ve semptomatik tedavi hastaların yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmaya yöneliktir. Hastalık genellikle kötü seyirlidir ve prognoz giderek kötüleşir. Hastalarda klinik bulguların görülmesinden kısa zaman sonra (birkaç yıl içinde) solunum yetmezliği veya enfeksiyon gibi komplikasyonlar ile kaybedilebilirler. İyi bir bakım ve semptomların iyi yönetilmesi sayesinde hastalar on yıl veya daha uzun süre yaşayabilirler (Ak 2016; Aktekin 2020; Leigh at all 2003; Simmons 2005).

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde diyafram kası başta olmak üzere solunum kaslarında görülen tutulum hastaya solunum problemleri yaşatmaktadır. Hastalar solunum problemlerini rahatlatmak amacı ile sık pozisyon değiştirmeye ve yaşadıkları hava açlığını bu şekilde gidermeye çalışmaktadırlar. Sık pozisyon değiştirme, huzursuzluk, takipne, hastanın solunum probleminin ilerlediğini ve ileri girişimlere gereksinimi (entübasyon, trakeotomi veya BPAP, CBAP) olduğunu göstermektedir. Bu belirtilerin görüldüğü ALS'li hastaların, acil tıbbi müdahale için Nöroloji ya da Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatırılması gerekmektedir. Yoğun Bakım Ünitesine de gereksinim olabilir.(Ak 2016; Aktekin 2020; Leigh at all 2003; Simmons 2005).

Çiğneme ve yutma kaslarının tutulumu sonrası hastanın beslenememesi nedeniyle belirgin kilo kaybı yaşaması beklenmektedir. Beslenme bozukluğu başlayan ALS hastalarında durum değerlendirilmesi yapılarak, uygun görülmesi durumunda Perkütan Entero-gastrostomi (PEG) uygulanabilir. Bu durumda Gastroenteroloji uzmanları ile gereken konsültasyonlar yapılmalı, Nöroloji uzmanı ve Diyetisyenlerle iş birliği içinde hareket edilmelidir. PEG bakımı ve temizliği önemlidir. Bu konuda hastanın bakımını sağlayan kişiye gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Belirli periyodlarla (6-12 ayda bir) PEG kanülleri uygun tıbbi koşullar altında değiştirilmelidir (Ak 2016; Aktekin 2020; Leigh at all 2003; Simmons 2005).

Palyatif bakım, DSÖ'nün tanımına göre “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailesinde; ağrının ve diğer semptomların, erken tanılama ve ayrıntılı bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve manevi bakım gereksinimlerin karşılanması ve acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır. ALS hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kesin tedavisinin olmamasına bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. Hastalığın

kesin tedavisinin olmaması ve ilerleyici nitelikte olması hastaların palyatif bakıma ihtiyaç duymasına sebep olmaktadır. ALS hastası birey ve ailesi palyatif bakımın merkezinde yer alır. Hasta ve ailesi ile kurulan iletişim çok önemlidir. Hasta ve ailesi ile kurulan açık ve duyarlı bir iletişim palyatif bakımın temel ilkelerindedir. ALS hastalarına verilen hemşirelik bakımında bireyi bütüncül değerlendirme, gereksinimlerini dikkate alma, sağlıklı bir iletişim kurma, girişimlerin ve uygulamaların düzenlenmesini içerir. (Elçiğil 2012)

Hemşire ALS hastalarının bakımında, hastalığa uyum sürecinde, hastalığın tedavisinde ve semptom yönetiminde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Hemşire, ALS hastasının yaşamsal fonksiyonlarını üst düzeyde devam ettirmesinde yardımcı olmaktadır. Hasta verilerinin sistematik şekilde değerlendirilmesinde, hemşirelik modellerinden biri olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılabilir.

“Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” 1982 yılında Gordon tarafından geliştirilmiştir. Marjory Gordon hemşirelik dilinin gelişmesinde öncü olmuş, çalışmalar yapmış kitaplar yazmış, birçok ödül almıştır. 1973-1988 yıllarında “Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği”nin (NANDA) ilk başkanı olmuştur. “Hemşirelik Tanı El Kitabı” birçok dile çevrilmiştir. Gordon'un çalışmaları hemşirelik mesleği için ses getirmiş ve mesleğin görünürlüğünü arttırmıştır. Ayrıca hemşirelik sürecinin elektronik kayıt sistemine entegre edilmesine öncülük etmiştir. Emeritus Profesör Gordon'un bilgi ve deneyiminden yararlanılmaya devam edilmiş ve Amerikan Akademisi tarafından kendisine 2009 yılında “yaşayan efsane ödülü” verilmiştir. Gordon 2015 yılında vefat etmiştir. Gordon sağlık örüntülerini, disfonksiyonel veya olası disfonksiyonel, fonksiyonel olarak sınıflamaktadır. Disfonksiyonel ya da olası disfonksiyonel sağlık örüntüleri sağlık problemleri ve sağlığın beklenen standartlardan sapması olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel sağlık örüntüleri bireyin sağlıklı olması ve iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. “Fonksiyonel sağlık örüntüleri; sağlığı algılama/sağlık yönetimi, beslenme/metabolik durum, boşaltım, hareket/aktivite, uyku/dinlenme, bilişsel/algılama, kendini algılama/benlik, rol/ilişki, cinsellik/üreme, baş etme/stres toleransı, inanç/değer”dir. “Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli”nde bu 11 fonksiyonel alan birey gereksinimlerini, sistematize ederek analiz edilmesini kolaylaştırmakta ve hemşirelik bakımı için bütüncül yaklaşım sağlamaktadır. Bireyin gereksinimleri belirlendikten sonra “Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği” (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanıları belirlenmektedir. Belirlenen hemşirelik tanılarına göre

hastanın bakımı planlanmaktadır (Bertocchi 2017; Karadağ 2017; Zanotti, and Chiffi 2015; Wilkinson, and Barcus, 2018; Aşti, ve Karadağ 2019).

Bir kamu hastanesinin palyatif bakım ünitesinde tedavisini almaya devam eden Z.Ç'nin yakınlarından yazılı palyatif bakım onamı alınmıştır. 2 ay süren klinik yatış sürecinde hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu olgu sunumunda ALS tanısı olan hasta bireyi Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda tanılama yaparak NANDA hemşirelik tanıları ile hemşirelik bakım planı yapmak amaçlanmıştır.

2. ALS TANISI OLAN HASTA Z.Ç.'NİN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ' NE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

68 yaşındaki kadın ZÇ, eşini otuz sene önce kaybetmiş, ev hanımı ve ilkokul mezunudur. 4 çocuğu vardır ve çocukları 51,50,49,47 yaşlarındadır. Sigara, alkol öyküsü yoktur. 2 yıl önce sol kolunda ağrı şikayetiyle hastaneye başvurmuş birçok tanı testinin ardından tanı koyulamamıştır. ZÇ artan şikayetlerinin ardından farklı hastanelere başvurmuş. 7. ayın sonunda ALS tanısı almıştır. Hasta ve hasta yakınları ile görüşen doktor süreç hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapmış ailenin ve hastanın sürece hazırlıklı olmasını sağlamıştır. Aile öyküsünde daha önce aynı hastalığa yakalanan bireyin bulunmadığı ancak hastanın kız kardeşinde Parkinson tanısının bulunduğu bilinmektedir. ALS hastalığı diğer açıklanamayan sebeplere dayandırılmaktadır. ZÇ'nin ALS dışında herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. ALS tanısı alan ZÇ'nin sol kolunda başlayan ağrının iki sene boyunca giderek arttığı, kas tonusu kaybının başladığı ve yavaş yavaş immobil hale geldiği yakını tarafından ifade edilmiştir. Tanı konulduktan sonra yutma refleksini de kaybeden ZÇ.'ye beslenmesinin devam ettirilebilmesi için PEG açılmış ve aileye beslenme konusunda gerekli eğitim verilmiştir. Hasta evde Rilütek tb (2x1) ve Neruda tb (2x1) ilaçlarını kullanmaktadır. Solunum sıkıntısı yaşayan ve genel durum bozukluğunda yaşanan bozulma sonucunda hastaneye başvuran ZÇ. dört hafta süreyle yoğun bakımda kalmıştır. Dört hafta sürecin sonunda solunum sıkıntısı devam eden hastaya trakeostomi açılmasına karar verilmiş ve sürecin bilincinde olan aileden gerekli onay alınmıştır. Açılan trakeostominin ardından durumu stabilleşen hastanın palyatif bakım servisine yatışı gerçekleştirilmiştir. Hastaya bağlı ekipmanlar; santral venöz katater, foley idrar sondası, trakeostomi kanülü ve PEG'dir.

Laboratuar değerleri; WBC: 12.39mm³, RBC: 3,03/mm³, Hgb: 10.4 g/dl, Hct: 25.5, PLT: 191/mm³, Na: 136 mmol/L, K: 3,6 mmol/L, Ca: 8,5 mg/dl, Mg: 2,15 mg/dl, Cl: 97 mmol/L, Total protein: 50,4 g/dl, Albümin:

28,4 g/dl, CRP: 42.8 mg/dl, Üre: 38 mg/dl, Kreatinin: 0.29 mg/dl, Fosfor: 4,0 mg/dl'dir. CRP değeri tanı konulduğunda 12 iken son yapılan testte 36.3 olduğu görülmüştür. Ayrıca alınan kültür örneklerinde candida albicans ürettiği tespit edilmiştir.

Aldığı tedavi; Rilutek 50 Mg Tb 3x1, Flukopol 100 Mg Flk 1x4, Prozac 40 Mg Flk 1x1, Abound Portakal Aromalı Toz 1x1, Magnezyum Sülfat 1x2, Oksapar 6000 Anti-Xa Iu/0,6ml Kullanıma Hazır Enjektör 2x1, Reconvan –İmpact Glutamine 500 Ml Mama 1x2, Esplus-Secita 10 Mg Tb 1x1 dir. Kullandığı tek antibiyotik olan flukopol tedavisi 20 gündür devam etmektedir. Kullanılan antibiyotiğin sonlandırılması için (sonucun negatif gelmesi halinde) hastadan üç günde bir tekrarlanan kan kültürü örneği alınmaktadır. Son ölçülen yaşam bulguları; vücut ısısı: 36.6 °C, Nabız: 78/dk, kan basıncı: 110/60 mmHg, Solunum: 22/dk'dir.

3. ALS TANISI OLAN HASTA ZÇ.'NİN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Sağlığı Algılama/Sağlık Yönetimi:

Bayan ZÇ göz reflekslerini kullanarak tepki vermektedir. Solunum sıkıntısı yaşadığında, ağrısı olduğunda ya da ventilatör ile ilgili bir problem olduğunda bunu çok az çalışan sağ kolunu oynatarak ya da göz kırpmaya refleksini kullanarak yakınına anlatmaya çalışmaktadır. İmmobilize olan hastaya, yakını ve fizyoterapistin desteği ile yatak içi egzersizlerini yaptırmaktadır. Bayan ZÇ. Mevcut konstipasyon ile ilişkili ağrı yaşamaktadır ve bu yüz ifadesine yansımaktadır. WONG-BAKER AĞRI SKALASI kullanılarak hastanın ağrısı değerlendirilmiş ve 4/10 şiddetinde ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Hastanın kendisi ve yakınları hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı

Beklenen Sonuçlar: Baker Ağrı Skalası puanının 4 ten 1'e düşmesi, ağrısının azaldığını onaylaması, konforun sağlanması.

Hastanın ağrısının şiddeti, yeri, süresi, niteliği, sıklığı, ağrısını azaltan/arttıran faktörleri belirlendi. Hastanın yaşam bulguları ölçüldü (Solunum, nabız, tansiyon, vücut sıcaklığı). Hekimin istemine göre bağırsak hareketlerini arttıran ilaçların ve analjezik ilaç kullanımı değerlendirildi. Hastaya nonfarmakolojik yöntemlerden olan masaj ve sıcak uygulama yapıldı. Dikkati başka yöne çekme için hastaya sevdiği şarkıları açarak dinlemesi sağlandı. Yapılan girişimlerden sonra hastanın ağrısı yeniden değerlendirildi.

Değerlendirme: Bayan ZÇ ağrısının azaldığını göz kırpmma refleksini kullanarak ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 2: İnfeksiyon riski

Beklenen Sonuç: Hastada nozokomiyal enfeksiyon gelişmesi önlenecek. Enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini yakını bilecek ve enfeksiyondan korunmak için uygun önlemleri alacak.

Hemşirelik Girişimleri: Enfeksiyonun klinik belirti ve bulguları değerlendirildi. El hijyeninin sağlanmasına özen gösterildi. Hastada enfeksiyon gelişmesini önlemek için standart koruyucu önlemler alındı. İnvaziv işlemlerde steriliteye dikkat edildi. Kateter giriş yerleri PEG bölgesi enfeksiyon belirti-bulguları yönünden izlendi. Hastanın tek kişilik odada kalması sağlandı. Yaşam bulguları takip edildi. Ziyaretçi sayısı kısıtlandı. Dr. istemine uygun ilaç tedavisi zamanında uygulandı.

Değerlendirme: ZÇ'de nazokomiyal enfeksiyon gelişmedi. Hasta yakının aseptik tekniği kullandığı standart önlemlere uyduğu gözlemlendi.

2. Beslenme- Metabolik Durum:

Bayan ZÇ kendi beslenmesini sürdüremediği için PEG ile yakınları tarafından beslenmektedir. PEG ile beslenen hastanın palyatif bakım servisinde beslenme takibi diyetisyen ve nutrisyon hemşiresi ile iş birliği halinde planlanmaktadır. Yoğun bakım sürecinde besin alımında azalma gerçekleşmiş ve beslenmesi servis yatış sürecinde beden gereksinimine göre artarak devam etmiştir. Hastanın PEG'den aldığı su miktarı saat başı 40 ml, mama miktarı ise 120 ml'dir. Ağız hijyeni ağız bakım seti ile günde 3 kere hasta yakını ve hemşire tarafından sağlanmaktadır. Hastanın dudaklarında çatlak, kuruluk ve ağız içinde aft gözlenmedi.

Hemşirelik Tanısı 3: Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az

Beklenen Sonuç: Günlük metabolik gereksinimlerini karşılayacak besin alımı sağlanacak.

Hemşirelik Girişimler: Malnütrisyon belirti ve bulguları değerlendirildi. Enteral beslenirken uygun pozisyon verildi. Anksiyete artışı yüz ifadesi, davranış ve yaşam bulgular ile değerlendirildi. Günlük besin alımı takip edildi. Mukoza bütünlüğünü sağlamak için 3x1 olacak şekilde ağız bakımı yapıldı. PEG yoluyla beslenme sağlanırken ara bağlantı sistemleri, setlerin kullanım süresi ve nemlendirici temizliğine dikkat edildi.

Değerlendirme: ZÇ'nin yeterli ve dengeli beslenmesi sağlandı.

3. Boşaltım:

Hastanın normal bağırsak alışkanlığı üç dört günde birdir. Hastaya takılı foley idrar sondası bulunmaktadır hasta idrar boşaltımını sonda ile gerçekleştirmektedir. Hastaya yapılan aldığı çıkardığı takibinde balansı dengede olduğu gözlemlendi. Bağırsak sesleri 4 dk olarak değerlendirildi. Defekasyonda ara ara sorun yaşayan hastaya konstipasyon için lüzum halinde laksatif verilmektedir.

Hemşirelik Tanısı 4: Konstipasyon

Beklenen Sonuçlar: Hastanın normal bağırsak alışkanlığının 3-4 günde birin altına düşmesi, karın ağrısının azaldığına yönelik dönüt alınması, konforun sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Bağırsak sesleri dinlendi, bağırsak alışkanlıkları değerlendirildi. Yeterli sıvı alımı diyetisyen ile görüşülüp planlandı. Stres ve anksiyeteden uzak durması hasta yakınlarına anlatıldı. İlaçlarının etki ve yan etkileri konusunda hasta bilgilendirildi. Yan etki olarak konstipasyona neden olan ilaçlar hekime bildirildi. Uygun masaj teknikleri hasta yakınına öğretildi ve birlikte uygulama yapıldı.

Değerlendirme: Z.Ç'nin konstipasyon süreci uygulanan nonfarmakolojik yöntemlere rağmen devam etti. Hekim isteminde bulunan laksatifler uygulandı. Hastanın bağırsak boşaltımı sağlandı. Sorun giderildi.

4. Hareket- Aktivite:

Hareket aktivitesinde tam bağımlı olan bayan ZÇ'nin yaşam bulguları stabildir. ALS hastalığından dolayı birçok bölgedeki kas tonusunu kaybetmiş ve tam bağımlı bir hale gelmiştir. Hastanın öz bakım ihtiyacının tamamı yakını tarafından sağlanmaktadır. Maksimum düzeyde aktivite sağlamak için Fizyoterapist desteği ile yakını tarafından yatak içi egzersizleri yaptırılmaktadır. Bunun yanı sıra hastaya doku bütünlüğünü korumak ve bası yarası riskini önlemek amacı ile iki saatte bir pozisyon verilmektedir. Sağ kolunu çok az hareket ettirebilen hasta ağrıyan bölgesini eli ile gösterebilmektedir.

Hemşirelik Tanısı 5: Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Beklenen Sonuçlar: Bayan ZÇ'nin doku bütünlüğünün korunması basınç yarası oluşumunun önlenmesi.

Hemşirelik Girişimleri: basınç yarası risk değerlendirmesi yapıldı. Norton bası skalası ise 10 olarak puanlandı. Hasta yakınına basınç yarası oluşturabilecek durumlar anlatıldı. Bası yarası oluşmaması için havalı yatak kullanımı taburculuk sonrasında da önerildi. Cilt bütünlüğü, doku

perfüzyonu değerlendirildi. Yeterli sıvı alımı sağlandı. ZÇ ye uygulanan invaziv ve noninvaziv işlemlerde asepsiye dikkat edildi. Flaster, bant vb. kullanılan malzemelerde işlem deriye zarar verilmeden nazikçe sürdürüldü. İki saate bir hastaya pozisyon verildi. Tıbbi cihaz kullanımında bası sonucu yaralanmaların oluşmaması için önlemler alındı.

Değerlendirme: ZÇ'nin gözlemlenen süre boyunca bası yarası oluşmadı. Hasta bası yarası riski açısından gözlenmeye devam edilmektedir.

Spontane solunumunu sürdüremeyen ZÇ açılan trakeostominin bağlı olduğu ventilatör cihazı sayesinde etkili solunum örüntüsünü devam ettirmektedir.

Hemşirelik Tanısı 6: Etkisiz Havayolu Temizliği

Beklenen Sonuçlar: Aspirasyonu önlemek, etkili hava yolu açıklığının sağlanması, sekresyonların temizlenmesi

Hemşirelik Girişimleri: Hastaya uygun pozisyon verildi. Hastanın kan gazı ve saturasyon takibi yapıldı, solunum sayısı ve solunum sesleri dinlendi. Aspirasyon açısından hasta gözlemlendi. Aspiratör kullanıma hazır bulunduruldu. Sekresyonları çıkaramama ya da oluşan solunum sıkıntısında hava yolu açıklığını sağlamak için aspirasyon işlemi gerçekleştirildi. Aspirasyon sonrasında çıkarılan balgam miktarı rengi kokusu açısından değerlendirildi. Hasta yakınına aspirasyon ile ilgili bilgi verildi. Bağlı olan ventilatör cihazı kontrol edildi. Dr. İsteminde belirtilen inhaler ilaçlar uygulandı. PEG ile beslenme esnasında hastanın başı 35-40 derece olacak şekilde yükseltildi, beslenme sonrası yarım saat bu pozisyonda kalması sağlandı.

Değerlendirme: ZÇ'nin aspirasyon işlemi günde 3 -4 kere tekrarlandığı için etkili hava yolu açıklığı sağlanmış oldu.

5. Uyku- Dinlenme:

Hasta yakını ZÇ'nin gece birkaç kere uyandığını kendisinde huzursuzluk hissettiğini ve uykuya dalmada sorun yaşadığını fark ettiğini belirtti. ZÇ'nin gözlemlenen süre boyunca gündüzleri pek fazla uyumadığı belirlendi. Doktor istemine göre hastaya Rexapi Tb akşamları rutin verildi.

Hemşirelik Tanısı 7: Uykusuzluk

Beklenen Sonuçlar: Hastanın dinlenmiş görünümünde olması, hasta yakının hastanın gece uyuduğunu ifade etmesi, uyku düzeninde iyileşmenin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Hasta yakınına yorulmaması ve uykuya dalmada zorluk yaşamaması için uyumadan önce yatak içi egzersizleri yapılmaması önerildi. Hastaya dinlenme ve uyku için tutarlı bir günlük program

uygulanması sağlandı. Rahatsız edici sesler ve ışıklar kapatıldı. Hastanın evdeki uyku alışkanlıklarının devam ettirilmesi önerildi. Order edilen ilacın düzenli bir şekilde kullanımı sağlandı.

Değerlendirme: Hasta yakını tarafından bayan ZÇ'nin uykuya dalma sorunu yaşamadığı gece uyanmalarının daha az olduğu ifade edildi.

6. Bilişsel Algılama:

Hasta yer ve zamana oryantedir ve bilinci açıktır.

7. Kendini Algılama- Benlik:

Bayan ZÇ duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edememektedir. ZÇ'nin var olan trakeostomisi sözel iletişim kurmada engel oluşturmaktadır. Ayrıca trakeostomiden önce konuşma yetisini kaybettiği hasta yakını tarafından ifade edilmiştir. Hasta iletişimini göz temasıyla ve göz refleksleriyle sağlamaya çalışmaktadır. Tam bağımlı olduğu için günlük işlerini ve öz bakımını gerçekleştirememektedir. Sürekli yanında olan kızı hastanın bakımı ile ilgilenmektedir.

Hemşirelik Tanısı 8: Bozulmuş Sözel İletişim

Beklenen Sonuçlar: Hastanın maksimum düzeyde iletişim kurmasının sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: ZÇ ile sözel iletişim kurulamadığı için iletişim öncesinde ve sonrasında göz kırpmaya refleksi ile anlayıp anlamadığı teyit edildi. Hasta ile iletişim kurulurken yeterli zaman ayrıldı. Dikkat dağıtacak unsurlar en aza indirildi. Hasta ile iletişim kurarken jest ve mimikler dikkatle incelendi.

Değerlendirme: Hastayla sözel iletişim kurulamadı.

8. Rol- İlişki:

Eşi 30 sene önce vefat ettiği için kızı ile yaşayan hasta ebeveyn rolüne sahiptir. Kızı tedavisi ve hastalığı sürecinde annesine maddi manevi destek olduğunu ifade etti. ZÇ hastalığından dolayı sahip olduğu birçok rolü yerine getirememektedir.

9. Cinsellik- Üreme:

Hasta eşini kaybettikten sonra tekrar evlenmemiştir. Aktif cinsel hayatı bulunmamaktadır.

10. Baş Etme- Stres Toleransı:

Hasta yakını hasta da bulunan trakeostominin ve aspirasyon işleminin hastada ilk zamanlarda stres oluşturduğunu zamanla bu duruma alıştığını ifade etti.

11. İnanç-Değer:

Hasta yakını spiritüel desteğin ZÇ'yi iyi yönde etkilediğini ifade etti.

3. SONUÇ ve ÖNERİLER

Palyatif kliniğinde ALS tanısı ile tedavi ve takibi sağlanan bayan ZÇ, Gordon'un FSÖ Modeline göre toplam 11 alanda 8 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Bayan ZÇ'nin dört hafta boyunca takip ve tedavisi sağlanmış ve hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Bayan ZÇ'nin bakım gereksinimlerinin karşılanmasına özen gösterilmiştir. Nitelikli hemşirelik bakımının sağlanmasında, verilerin sistematik şekilde toplanmasında, gereksinimlerin belirlenmesinde model ve kuramların kullanılması hemşirelere rehberlik eder, insan gücünün ve zamanın ekonomik kullanımını sağlar. Bayan ZÇ'nin hemşirelik bakımı sağlanırken FSÖ modeli ile NANDA hemşirelik tanılarının kullanılması, hemşirelik bakımının sistematik uygulanmasını sağlamıştır. Hemşirelerin yasal yükümlülüğü olarak hemşirelik sürecini sistematik ve planlı olarak uygulanmasının; hemşirelik bakım kalitesini artırmada, bakım sonuçlarını geliştirmede; bireyin yaşam kalitesini artırmada, ekip içi iletişimin artmasında katkı sağladığı düşünülmektedir. ALS tanısı olan bayan ZÇ'nin Gordon'un FSÖ Modeli çerçevesinde verileri sistematize edilmiştir. ALS olgusunda bireyin öz bakımını kendisinin sağlayamadığı, fizyolojik değişiklikler yaşadığı belirlenmiştir. Gordon'un FSÖ Modeli'nin 11 fonksiyonel alanıyla yorumlaması yapılan hastasının gereksinimlerine göre, kanıta dayalı hemşirelik bakım planı düzenlenmiştir. Böylece profesyonel hemşirelik bakımı verilmiştir. Akut ağrı, konstipasyon, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, etkisiz havayolu temizliği, deri bütünlüğünde bozulma riski, uykusuzluk, infeksiyon riski, bozulmuş sözel iletişim hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Gordon'un FSÖ Modeli'nin ALS tanılı bayan ZÇ'nin hemşirelik bakımında kullanılarak hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi sağlanmıştır. Hastanın bu modele göre biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sağlık örüntüleri belirlenerek girişimler ona göre planlanıp uygulanarak değerlendirmeler yapılmıştır. Sağlık yönetiminin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi açısından hastanın fonksiyonel sağlık örüntüleri yorumlanmakta, hemşirelik girişimlerini planlanmakta ve uygulanmaktadır. Sonuç olarak; Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin hemşirelik bakımının sistematik şekilde uygulanmasında yarar sağladığı belirlenmiştir. Başka ALS olgularında da bu modelin kullanılması önerilmektedir.

4. KAYNAKLAR

- Aşti, T., Karadağ, A (2019) Hemşirelik Esasları- Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul. Akademi Kitapevi. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara Z, G. (2017) Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Bertocchi, L., Sambo, L., Bradaschia, S., Cimolino, M., Szymaska, K. ve Tumia, P. (2017). V23Breast unit and caring, gordon nursing model and NNN taxonomies: the nursing care planning from efficacy in trials to effectiveness in clinical practice. *Annals of Oncology*, 28(suppl_6).
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54: 329-334. doi:10.5455/gulhane. 30582.
- Fatih Özcan, A. K. (2016). Amyotrofik Lateral Skleroz Hastalığı ve Aile Hekiminin Rolü. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 431-435.
- Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Baykara, Z. G. (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Leigh PN, Abrahams S, Al-Chalabi A, Ampong M-A, Goldstein LH, Johnson J, Lyall R, Moxham J, Mustafa N, Rio A, Shaw C, Willey E, the King's MND care and Research Team. The Management of Motor Neurone Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74 (Suppl IV): 32-47.
- Mehmet Rıfki Aktekin, H. U. (2020). Amyotrofik Lateral Skleroz Epidemiyolojisi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 187-196.
- Simmons Z. Management Strategies for Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis From Diagnosis Through Death. *The Neurologist* 2005;11: 257-270.
- Wilkinson, J. ve Barcus, L. (2018). Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Kapucu S., Akyar İ., Korkmaz F. (Çev.). 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Zanotti, R. ve Chiffi, D. (2015). Diagnostic frameworks and nursing diagnosis: a normative stance. *Nursing Philosophy*, 16(1), 64-73.

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-IV

Editörler:

Prof. Dr. Papatya Karakurt

Doç. Dr. Meryem Fırat

 ÖZGÜR
YAYINLARI

ISBN 978-975-447-845-7

9 789754 478457