



BANDIRMA
ONYEDİ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ

SABAD
JHSR

Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi

Journal of Health Sciences and Research

Cilt / Volume:2

Sayı / Issue:2

Yıl / Year: 2020





Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (SABAD)

Journal of Health Sciences and Research (JHSR)

Sahibi / Owner

Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR (Rektör)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Responsible Publication Manager

Doç. Dr. Diler YILMAZ

Editör / Editor

Doç. Dr. Diler YILMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Uğur GÜNŞEN

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Doç. Dr. Dilek AVCI

Doç. Dr. Diler YILMAZ

Dr. Öğr. Üye. Gökhan ABA

Dr. Öğr. Üye. Gülhan Y. GÖKMEN

Dil Editörü / Language Editor

Dr. Öğr. Üye. Şirin ÖZKAN

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Şamil AKYIL (Adnan Menderes Üniversitesi)

Prof. Dr. Zeliha Candan ALGUN (Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Ebrur Işık ALTURFAN (Marmara Üniversitesi)

Prof. Dr. Salih ANGIN (Dokuz Eylül Üniversitesi)

Prof. Dr. Ali AYDIN (İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa)

Prof. Dr. Murat BAŞ (Acıbadem Üniversitesi)

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Hacettepe Üniversitesi)

Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL (Ege Üniversitesi)

Prof. Dr. Hüseyin ESECELİ (Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi)

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Bahçeşehir Üniversitesi)

Prof. Dr. Efsun KARABUDAK (Gazi Üniversitesi)

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)

Prof. Dr. Zehra Hajrulai – MUSLİU (Cyrill and Methodius University)

Prof. Dr. Gülden Zehra OMURTAG (İstanbul Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI (İstinye Üniversitesi)

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniversitesi)

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Atılım Üniversitesi)

Prof. Dr. Fatma TOSUN (Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Roger WATSON (University of Hull)

Prof. Dr. Törün ÖZER (Adnan Menderes Üniversitesi)

Prof. Dr. Işıl SÖNMEZ (Adnan Menderes Üniversitesi)

Prof. Dr. Özgür İŞLEVİCİ (Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi)

Doç. Dr. Recı MESERİ DALAK (Ege Üniversitesi)

Doç. Dr. Sine ÖZMEN TOGAY (Uludağ Üniversitesi)

Assoc. Prof. Katalin PAPP (University of Debrecen)

Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ KAYA (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Doç. Dr. Sevda SÜZGEÇ SELÇUK (İstanbul Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ayçan ÇAKMAK (Bilgi Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Arzu EDEN (Karadeniz Teknik Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi İrem KAYA CEBİOĞLU (Yeditepe Üniversitesi)

Asist. Prof. Daniel Jesus Catalan MATAMOROS (University of Almeria)

Dr. Öğr. Üyesi Burcu İrem OMURTAG KORKMAZ (Marmara Üniversitesi)

Yayın Kurulu Sekreteryası / Editorial Board Secretaries

Araş. Gör. Canan BOZKURT

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri

Fakültesi

Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (SABAD)

Editörlüğü, 10200, Bandırma/BALIKESİR

web: <http://dergipark.gov.tr/boneyusbad>

Telefon: (+90 266) 717 01 17

Fax: (+90 266) 717 00 30

e-posta: sabad@bandirma.edu.tr

Ağustos / August 2020

Cilt 2 / Volume 2

Sayı 2 / Issue 2

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından elektronik ortamda yılda üç kez (Nisan- Ağustos- Aralık) yayımlanan multidisipliner, hakemli ve süreli bir dergidir.

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bilimsel yayın organı olan Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi ulusal ve uluslararası alanda hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, çocuk gelişimi, ebelik, gerontoloji, sağlık yönetimi, sosyal hizmet ve diğer sağlık alanlarındaki özgün araştırma makalesi, derleme ve olgu sunumu şeklinde hazırlanan güncel, özgün ve nitelikli bilimsel çalışmaları ve editöre mektupları yayımlayarak bilim dünyasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Değerlendirilmek üzere dergimize gönderilen Türkçe veya İngilizce çalışmaların, daha önce yayımlanmamış, yayınlanmak üzere kabul edilmemiş ya da yayınlanmak için değerlendirme sürecinde olmaması gerekir. Değerlendirme sürecinde olan ve yayınlanan eserlerin sorumluluğu tümüyle yazar(lar) a aittir. Yayımlanan eserlerin telif hakları Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi'ne aittir.

Yayımlanması istenilen çalışmalar dergi yazım kuralları ve yayın ilkelerinde belirtilen koşullara uygun şekilde hazırlanıp gönderilmelidir. Dergiye sunulan çalışmalar öncelikle şekil ve içerik yönünden ön incelemeye tabi tutulur. Şekil ve içerik olarak uygun bulunan çalışmalar editör tarafından yayın kuruluna sunulur. Yayın kurulu tarafından uygun bulunan çalışmalar en az iki hakem tayin edilerek değerlendirme sürecine alınır. Değerlendirme sürecinde hakem değerlendirmeleri ortalama 4 ile 8 hafta sürmektedir. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda dergi editörlüğü tarafından ilgili çalışmaların yayınlanmasına, yazar(lar)dan düzeltme ya da ek bilgi istenmesine veya yayımlanmamasına karar verilir. Hakemlerden bir olumlu ve bir olumsuz rapor verilmesi halinde ilgili çalışma Dergi Editörlüğü tarafından uygun görülmesi halinde üçüncü bir hakeme de gönderilmektedir.



İÇİNDEKİLER / CONTENT

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

- 1. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumları**
Examination of University Students' Smoking Status and Smoking Addiction Attitudes
Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER, Prof. Dr. Ali ŞAHİN, Araş. Gör. Nuran Nur Aypar Akbağ 64-79

DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

- 2. Hastanelerde Tesis Güvenliği ve Önemi**
Facility Safety and Importance in Hospitals
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE, Öğr. Gör. BERNA KAHVECİ CEYLAN, Öğr. Gör. Gülsüm Serap TATLIOĞLU80-102
- 3. Makat Prezantasyonun Sefalik Rotasyonunda Etkili Olan Yöntemler**
Methods in Effective Retention of Machine Presentation
Öğr. Gör. Reyhan AYDIN, Vildan ÜNLÜ, Öğr. Gör. Sebahat HÜSEYİNOĞLU103-112
- 4. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Ebelik Uygulamaları**
Nonpharmacological Midwifery Practices in The Management Of Labor Pain
Nükhet KAÇAR113-130

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

- 5. ROHHAD Sendromlu Olgunun King'in Amaca Ulaşma Kuramına Dayalı Bakımının Planlanması**
Planning the Care of ROHHAD Syndrome Case Based on King's Theory of Goal Attainment
Araş. Gör. Yağmur ARTAN, Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR, Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
.....131-140

Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumları

Examination of University Students' Smoking Status and Smoking Addiction Attitudes

Nejla CANBULAT ŞAHİNER* , Ali ŞAHİN** , Nuran Nur AYPAR AKBAĞ*** 

ÖZET

Amaç: Günümüzde sigara bağımlılığı üniversite öğrencileri arasında önemli ölçüde artmaktadır. Araştırma üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve sigara bağımlılığına yönelik tutumlarını incelenmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırma bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde eğitim alan 377 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %45,1' inin daha önce sigara içme deneyimi yaşadığı ve %27,33'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara bırakma düşüncesinde olan katılımcılar (%15,4) stres, öfke yaşama ve bağımlılık gibi durumların sigarayı bırakma düşüncelerinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olduğunu belirtmiştir. Sigara bırakma konusundaki öneriler arasında ise en yüksek oranlarda başarmayı istemek ve bilgilendirilme yapılmasının gerekliliği yer almaktadır. Öğrencilerin sigara bağımlılığına yönelik tutumları ile cinsiyet, yaşam alanları, ailede sigara kullanımı, sigara kullanım sıklığı ve sigara bırakma düşüncesi arasında anlamlı farklılıkların ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Eğitim öğretim döneminin her aşamasında olduğu gibi üniversite yaşamında da öğrencilerin sigara bağımlılığına yönelik bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Üniversite bünyelerinde geliştirilecek projelerin sağlık profesyonelleri ile birlikte yürütülmesinin olumlu ve verimli sonuçlar alınmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, öğrenciler, sigara, tutum

ABSTRACT

Aim: At the present time, cigarette addiction is increasing significantly among university students. The aim of this study was to investigate the smoking status of university students and their attitudes towards smoking addiction.

Methods: The cross-sectional descriptive study was conducted with 377 university students of the health sciences faculty of a university.

Results: It was found that 45,1% of the students had previously experienced smoking and 27,33% were smokers. It was stated that the participants who they wanted to smoking cessation, they failed because of stress, anger and dependence (15,4%). Among the recommendations of students about smoking cessation, it was take part that to be informed and to have the desire to succes. Significant differences were found between students' smoking addiction attitudes and age, gender, living areas, smoking in the family, frequency of smoking and smoking cessation idea ($p < 0.05$).

Conclusion: In every stage of the education period, students should be informed about smoking addiction in university life. It is thought that the application of the projects to be developed the universities health professionals will contribute to the positive and efficient results about smoking cessation.

Keywords: Attitude, students, smoke, addiction

Geliş Tarihi / Received: 19.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 02.07.2020

* Doç. Dr., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

** Prof. Dr., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

*** Araş. Gör., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Nuran Nur Aypar Akbağ, nuraypar@gmail.com

GİRİŞ

Günümüzde madde bağımlılıkları arasında yer alan sigara bağımlılığı dünyada giderek artan bir tablo çizmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından 35 ülkenin sağlık göstergelerinin karşılaştırıldığı 2017 raporuna göre en yüksek sigara kullanımı olan ülkeler Yunanistan, Macaristan ve Türkiye'dir (OECD, 2017). Türkiye de yaş dağılımına bakılmaksızın %27,3 ile günlük sigara kullanım yüzdesine sahip olduğu bunun yanı sıra Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre ise (2019) toplumun %29.6'sının her gün tütün kullandığı belirtilmiştir (OECD, 2017; Öntaş ve Aslan, 2019).

Yaşam dönemleri içinde yer alan ve hızla gelişen fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yer aldığı gençlik dönemi oldukça kritik bir dönemdir. Bu dönemde çevresel faktörlerin yanı sıra kimlik gelişiminin de gerçekleşmesi riskli alışkanlıkların ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Özellikle üniversite dönemi gençlerin yaşamlarında birçok değişimi bir arada yaşadıkları bir dönemdir. Aileden ayrılma, farklı bir çevreyle karşılaşma, bir mesleğe aday olma gibi önemli değişikliklerin olduğu bu dönemde olumsuz davranışlara yönelmeler sık yaşanmaktadır (Lanier, Nicholson, & Duncan, 2001). Riskli alışkanlıklar arasında sıklıkla karşılaşılan durum ise sigara içme davranışıdır. Sigara kolay elde edilen ve kullanımı yasal olan bir madde olması nedeniyle en sık görülen madde bağımlılığı tipidir (Oğuz, Çamcı, ve Kazan, 2018).

Türkiye de üniversite öğrencilerinin %12,9 ile %45,4 arasında sigara kullandığı rapor edilmiştir (Oğuz ve ark., 2018; Güleç, ve Mutlu, 2015; Ulukoca, Gökgöz, ve Karakoç, 2013; Dayı, Çapık ve Cingil, 2013; Azak, 2006; Akvardar, Aslan, Ekici, Öğün, ve Şimşek, 2001). Diğer ülkelerde de durum benzer olarak görülmektedir. Yirmi üç dünya ülkesinin dâhil edildiği araştırmada 17-30 yaş aralığında ki 19,298 üniversite öğrencisinin sigara kullanım oranlarının kadınlarda %2-46, erkeklerde ise %14-47 olduğu saptanmıştır (Steptoe et al., 2002). Yürütülen çalışmalarda bireylerin çevre-arkadaş ortamı (Oğuz ve ark., 2018; Azak, 2006; Chezhian et al., 2015), merak, özenme (Oğuz ve ark., 2018) stres ve keyif (Chezhian et al., 2015) gibi nedenlerle sigaraya başladıkları saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin sigara kullanımı ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirildiği araştırmada %46,5'inin arkadaşlarından etkilendiği ve %34,8'inin okul/ders stresi ile baş etmede yardımcı olduğu düşüncesi ile kullanıma devam ettiği saptanmıştır (Çapık ve Cingil, 2013). Ayrıca madde kullanımı konusundaki beklentiler sosyal bilişsel öğrenmenin beraberinde gelişmektedir. Bireyler elde ettikleri bilgiyi sahip oldukları özelliklere göre şekillendirmektedirler. Kişilerin bazılarının bilgiyi tamamen öğrenirken bazılarının da bilginin tamamını değil seçicilik oluşturarak belirli kısmını öğrendikleri belirtilmektedir (Yazıcı, 2007). Bu durum sigara içme davranışına uyarlandığında bireylerde bilgiyi öğrenmede seçicilik olacağından sigara içme tutumları da değişiklik gösterecektir. Ayrıca sigara içmeyle ilgili olan inançların ve deneyimlerin de önemli ölçüde sigara içmeye başladıktan sonra netleştiği ve sigaraya karşı olumlu ya da olumsuz bir tutumun geliştirilmesinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir

(Yazıcı, 2007). Bunların yanı sıra bireyin kendini sigara içmeyle bağdaştırması bu davranışı önlemek için yapılacak girişimlere karşı sigara kullanımını savunan bir tutum sergilemesine neden olabileceği ifade edilmektedir (Yazıcı, 2007).

Sonuç olarak sigara kullanımı ve sigaraya karşı olan tutum birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin belirlenerek olumsuz tutum yaratan faktörlerin çözüme kavuşturulması sağlık alanında hizmet verecek olan bireyler açısından son derece önemlidir. Sağlık alanında çalışacak olan bireylerin öncelikle olumlu davranışlara sahip olmaları beklenmektedir. Sigara bağımlılığına yönelik olumlu tutuma sahip sağlık çalışanları sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerinde daha etkin rol alabileceklerdir. Bu doğrultuda yürütülen araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve sigara bağımlılığına yönelik tutumlarını incelemektir.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırma bir devlet üniversitesinin 2019-2020 eğitim öğretim yılı güz döneminde Sağlık Bilimleri Fakültesinin Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik ve Sağlık Yönetimi bölümlerinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 377 öğrenci ile yürütülmüştür. Dâhil etme kriterleri arasında 18 yaş ve üzeri olma ve araştırmaya gönüllü olarak katılma yer almıştır. Araştırmanın evreni 558 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin hepsine ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve üniversite eğitimine ara verme gibi nedenlerden dolayı 377 öğrenciye ulaşılmıştır. Belirtilen nedenlerden dolayı araştırma evreninin %68' ine ulaşılmıştır. Veriler öğrencilerin derslerinin olmadığı zamanlarda yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 15 dakikalık sürelerde toplanmıştır.

Veri toplama araçları

Kişisel Bilgi Formu; öğrencinin yaşı, sınıfı, yaşadığı çevre, ailesinin eğitim durumuna dair soruların yanı sıra sigara kullanım durumu, sıklığı, bırakma düşüncesi ve önerileri gibi soruları içermektedir. Soru formu literatür doğrultusunda sigara bağımlılığına yönelik tutumu etkileyen faktörler incelenerek araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu 15 sorudan oluşmaktadır (Oğuz ve ark., 2018; Sağar, 2017; Çapık ve Cingil, 2013; Çapık ve Kurçer, 2012; Öztürk et al., 2011; Mayda, Tufan, ve Baştaş, 2007).

Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutum Ölçeği; Sağar ve Gençdoğan (2014) tarafından geliştirilmiştir (Sağar ve Gençdoğan, 2014). Ölçek likert tipi 4 derecelidir ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, araştırmacılar tarafından bireylerin sigara bağımlılığına ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 28 maddeden oluşan ölçek 7 alt boyutludur. Birinci alt boyut sigaranın avantajları (11., 12., 16., 17., 18., 19. ve 26. maddeler), ikinci alt boyut sigara kullananların profili (20., 21., 22., 23. ve

24. maddeler), üçüncü alt boyut sigara kullanmaya bakış (27., 28., 29. ve 30. maddeler), dördüncü alt boyut sigaranın zararları (1., 2., 4. ve 5.maddeler), beşinci alt boyut sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış (8., 9. ve 10. maddeler), altıncı alt boyut sigara kullanmaya ilişkin mitler (13., 14. ve 15. maddeler), yedinci alt boyut sigara kullanmaya olumlu bakıştır (3. ve 25. maddeler). Ölçek puanlaması ‘1=Hiçbir Zaman’, ‘2=Bazen’, ‘3=Sık Sık’, ‘4=Her Zaman’ şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça sigaranın zararlarına ilişkin tutum da artmaktadır. Sadece “sigaranın avantajları” alt boyutundan alınan puanlar azaldıkça sigara kullanmanın dezavantajlarına yönelik tutum da artmaktadır (Sağar ve Gençdoğan, 2014). Ölçeğin alt boyutlarının ve toplam ölçek Cronbach Alpha değerleri sırası ile 0,79, 0,71, 0,75, 0,74, 0,73, 0,72, 0,74 ve 0,77’dir. Mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alpha değerleri ise sırası ile 0,77, 0,66, 0,67, 0,68, 0,70, 0,73, 0,75 ve 0,68’dir.

Verilerin analizi

Verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler sayı ve yüzde dağılımları ile hesaplanmıştır. Sigara bağımlılığına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi için verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için non-parametrik testlerden olan ikili gruplarda Mann-Witney U ve çoklu gruplarda Kruskal Wallis önemlilik testleri ile analiz yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ilgili üniversitenin girişimsel olmayan etik kurulunda etik onay alınmıştır (Karar No: 06-2019/31). Katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları gruplandırıldığında %71,4’ünün 20 yaş ve altı ve %75,6’sının kadın olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %78’i yurt, %11,4’ü kiralık evde ve %10,6’sı aileleri ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 1).

Ailelerinin sigara kullanma durumları değerlendirildiğinde %9,5’inin annesi %37,9’unun ise babası sigara kullanmaktadır. Kardeşlerinin ise %28,9’unun sigara kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin kendilerinin %45,1’inin daha önce sigara deneyimi olduğu ve mevcut durumda %27,33’ünün sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Sigara kullananların %17,2’si her gün sigara kullandığını ifade ederken çoğunlukla (%77,5) sigarayı bırakma düşüncesine sahip olmadıklarını saptanmıştır. Sigarayı bırakmayı düşünen ancak



başarılı olamayan öğrencilerin nedenleri arasında arkadaş ve çevrenin etkisi (%2,1), stres ve öfke kontrolünün sağlanamaması (%4), bağımlılık hissetme (%4) ve keyif verdiği düşünme (%2,7) yer almaktadır. Sigara bırakmaya yardımcı olacak önerilerin sorgulandığı soruya cevap verenlerin büyük kısmı sigara bırakma konusunda istekli ve inançlı olunması (%29,7) gerektiğini ifade etmişlerdir. %18,3 oranında ise bilgilendirme yapılarak sigara bağımlılığının azaltılabileceği belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Üniversite öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Yaş	20 yaş ve altı	269	71.4
	21 yaş ve üzeri	108	28.6
Cinsiyet	Kadın	285	75.6
	Erkek	92	24.4
Okuduğunuz bölüm	Hemşirelik	304	80.6
	Beslenme ve diyetetik	37	9.8
	Sağlık yönetimi	36	9.5
Sınıfınız	1.Sınıf	153	40.6
	2.Sınıf	73	19.4
	3.Sınıf	74	19.6
	4.Sınıf	77	20.4
Yaşadığınız yer	Yurt	294	78.0
	Kiralık ev	43	11.4
	Aile ile birlikte yaşama	40	10.6
Annenin sigara içme durumu	Evet	36	9.5
	Hayır	341	90.5
Babanın sigara içme durumu	Evet	143	37.9
	Hayır	234	62.1
Kardeşlerin sigara içme durumu	Evet	109	28.9
	Hayır	268	71.1
Daha önceki sigara kullanma deneyimi	Evet	170	45.1
	Hayır	207	54.9
Sigara kullanım durumu	Evet	103	27.33
	Hayır	274	72.67
Sigara kullanma sıklığı	Her gün	65	17.2
	Haftada bir	8	2.1
	Ayda bir	9	2.4
	Yılda birkaç kez	21	5.6

*Sigara kullanımını bırakmayı düşünme ancak bırakma konusunda başarısız olma nedenini açıklanmasını istediğimiz soruya katılımcıların tamamının cevap vermemesi nedeni ile toplam %100 üzerinden değerlendirilememiştir.

**Sigara bırakma konusundaki önerileri konusunda soruya katılımcıların tamamının cevap vermemesi nedeni ile toplam %100 üzerinden değerlendirilememiştir.

Öğrencilerinin sigara bağımlılığına yönelik tutum ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar sırası ile sigaranın avantajları alt boyutu $8,06 \pm 2,00$ sigara kullananların profili alt boyutu $10,19 \pm 4,36$, sigara kullanmaya bakış alt boyutu $10,22 \pm 3,35$, sigaranın zararları alt boyutu

11,14 ± 3,08, sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış alt boyutu 5,80 ± 2,57, sigaraya ilişkin mitler alt boyutu 6,42 ± 1,90, sigara kullanmaya olumlu bakış alt boyutu 2,71 ± 1,37'dir (Tablo 2).

Tablo 2. Üniversite öğrencilerin sigara bağımlılığına yönelik tutum ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

	Ortalama ± SS
Sigaranın avantajları	8.06 ± 2.00
Sigara kullananların profili	10.19 ± 4.36
Sigara kullanmaya bakış	10.22 ± 3.35
Sigaranın zararları	11.14 ± 3.08
Sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış	5.80 ± 2.57
Sigaraya ilişkin mitler	6.42 ± 1.90
Sigara kullanmaya olumlu bakış	2.71 ± 1.37

Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumların Tanımlayıcı Özelliklere Göre İncelenmesi

Araştırma sonucuna göre yaş grupları ile sigara bağımlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Cinsiyete göre sigara bağımlılığına yönelik tutumları değerlendirildiğinde sigaranın avantajları, sigara kullanmaya bakış, sigaraya ilişkin mitler ve sigara kullanmaya olumlu bakış ($p<0,05$) alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 3).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ile alt boyutlar arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Yaşama alanı ile sigara bağımlılığına yönelik tutum alt boyutlarından sigaranın avantajları, sigara kullananların profili, sigara kullanmaya bakış, sigaranın zararları ve sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış ($p<0,05$) alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumların Tanımlayıcı Özelliklere Göre İncelenmesi

		Sigaranın avantajları	Sigara kullananların profili	Sigara kullanmaya bakış	Sigaranın zararları	Sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış	Sigaraya ilişkin mitler	Sigara kullanmaya olumlu bakış
Yaş	20 yaş ve altı	z= 14404.000** p= 0.883	z= 13873.500 p= 0.493	z= 14264.500 p= 0.784	z= 13156.000 p= 0.150	z= 14454.000 p= 0.939	z= 13431.000 p= 0.246	z= 14008.500 p= 0.508
	21 yaş ve üstü							
Cinsiyet	Kadın	z= 8598.000 p= 0.000*	z= 11971.000 p= 0.208	z= 10723.000 p= 0.008*	z= 11994.000 p= 0.217	z= 12900.000 p= 0.815	z= 11308.000 p= 0.044*	z= 11395.000 p= 0.021*
	Erkek							
Okuduğunu z bölümü	Hemşirelik							
	Beslenme ve Diyetetik	x ² = 0.269*** p=0.874	x ² =5.264 p=0.072	x ² =2.575 p=0.276	x ² = 0.453 p=0.797	x ² = 1.802 p= 0.406	x ² =1.767 p=0.413	x ² = 2.986 p=0.225
Sınıfınız	1.sınıf							
	2.sınıf	x ² = 6.617 p=0.085	x ² = 7.534 p=0.057	x ² = 7.130 p=0.068	x ² = 6.490 p=0.090	x ² =7.046 p=0.070	x ² = 3.402 p=0.334	x ² = 2.360 p=0.501
	3.sınıf							
	4.sınıf							
Yaşadığınız yer	Yurt							
	Kıralık ev	x ² = 16.789 p= 0.000*	x ² = 7.162 p= 0.028*	x ² = 6.351 p= 0.042*	x ² = 12.273 p= 0.002*	x ² = 6.792 p= 0.034*	x ² = 2.300 p= 0.317	x ² = 2.405 p= 0.300
	Aile ile birlikte yaşama							

*p<0.05, **: Mann witney-U önemlilik testi, *** x²: Kruskal Wallis önemlilik testi

Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumların Sigara Kullanım Özelliklerine Göre İncelenmesi

Daha öncesinde sigara kullanmayı deneme durumu ve şu anki sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde ise sadece sigaraya ilişkin mitler alt boyutunda ($p>0,05$) anlamlı fark saptanmamıştır. Sigara kullanım sıklığı ile sigara bağımlılığına yönelik tutumlar incelendiğinde sigara avantajları ve sigaranın zararları alt boyutlarında ($p<0,05$) anlamlı fark belirlenmiştir. Sigara kullanmayı bırakma düşüncesi ile sigaraya ilişkin mitler ve sigara kullanmaya olumlu bakış alt boyutları ($p>0,05$) arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 4).

Araştırmada sigara bağımlılığına yönelik tutumların sigara kullanım özelliklerine açısından değerlendirildiğinde katılımcıların annelerinin sigara kullanma durumu ile sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış alt boyutu ($p<0,05$) ve babalarının sigara kullanma durumu ile sigaranın zararları alt boyutu ($p<0,05$) arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Katılımcıların kardeşlerinin sigara içme durumları ile sigara kullanmaya bakış ve sigaranın zararları alt boyutları ($p<0,05$) arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumların Sigara Kullanım Özelliklerine Göre İncelenmesi

		Sigaranın avantajları	Sigara kullananların profili	Sigara kullanmaya bakış	Sigaranın zararları	Sigara kullanmaya ilişkin ahlaki ve dini bakış	Sigaraya ilişkin mitler	Sigara kullanmaya olumlu bakış
Daha önceki sigara kullanma deneyimi	Evet	z= 10117.500**	z= 12691.500	z= 11645.000	z= 10343.500	z= 12211.000	z= 15883.000	z= 13427.500
	Hayır	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.099	p= 0.000*
Sigara kullanım durumu	Evet	z= 4086.000	z= 8474.000	z= 7298.000	z= 6913.000	z= 9447.500	z= 12395.000	z= 11586.000
	Hayır	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.000*	p= 0.065	p= 0.001*
Sigara kullanma sıklığı	Her gün							
	Haftada bir							
	Ayda bir	x ² = 18.301***	x ² =5.268	x ² =4.238	x ² = 10.527	x ² = 4.891	x ² =1.622	x ² = 1.445
	Yılda birkaç kez	p=0.000*	p=0.153	p=0.237	p=0.015	p=0.180	p=0.654	p=0.695
Sigarayı bırakma düşüncesi	Evet							
	Hayır	x ² = 124.510	x ² = 26.608	x ² = 44.791	x ² = 63.966	x ² =28.362	x ² = 3.449	x ² = 5.415
	Kararsızım	p=0.000*	p=0.000*	p=0.000*	p=0.000*	p=0.000*	p=0.178	p=0.067
Annenin sigara içme durumu	Evet	z= 6107.500	z= 5489.00000	z= 5432.500	z= 5788.500	z= 3960.000	z= 5399.000	z= 5468.000
	Hayır	p= 0.955	p= 0.294	p= 0.255	p= 0.572	p= 0.000*	p= 0.228	p= 0.188
Babanın sigara içme durumu	Evet	z= 16613.000	z= 15891.000	z= 15457.500	z= 14017.500	z= 15406.500	z= 15897.500	z= 16252.000
	Hayır	p= 0.895	p= 0.411	p= 0.213	p= 0.008*	p= 0.191	p= 0.410	p= 0.568
Kardeşlerin sigara içme durumu	Evet	x ² = 13408.500	x ² = 13001.500	x ² = 12681.500	x ² = 12637.000	x ² = 13048.000	x ² =14168.500	x ² =14454.500
	Hayır	p= 0.151	p= 0.093	p= 0.044*	p= 0.039*	p= 0.099	p= 0.644	p= 0.847

*p<0.05, **: Mann witney-U önemlilik testi, *** x²: Kruskal Wallis önemlilik testi

TARTIŞMA

Araştırmadaki üniversite öğrencilerinin yaş gruplaması ile sigara bağımlılığına yönelik tutumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Üniversite öğrencilerinin sigara bağımlılığına karşı tutumlarının değerlendirildiği benzer çalışmalarda da yaşın sigaraya karşı tutumu etkilemediği gösterilmiştir (Sağar, 2017; Atay ve Kurçer, 2012; Mayda, Tufan, ve Baştaş, 2007). Bu durumun aksine Yazıcı ve Şahin'in (2005) araştırmasında öğrencilerin yaşı arttıkça sigaraya olan öz yönelimlerinin azaldığı belirtilmiştir (Yazıcı ve Şahin, 2005). Sigara bağımlılığı birçok faktörden etkilenmektedir. Yaş faktörü olumsuz davranış edinmede her dönem için risk oluşturabilecek bir faktör olabilmektedir. Küçük yaştaki bireyler için aile ortamındaki sigara bağımlılığına yönelten olumsuz davranışlar olabilir. Bunun yanı sıra yaş alan bireylerde ise gelişen ve değişen sosyal çevre sigara bağımlılığı adına olumsuz örnek oluşturarak sigara bağımlılığını artırabilirler. Bu iki farklı nedene bağlı olarak araştırma sonuçlarında anlamlı farklılık gerçekleşmediği düşünülmektedir.

Erkek öğrencilerin sigara kullanımını avantajlı ve olumlu olarak değerlendirdiği ve sigaraya ilişkin mitlere olan inançlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kız öğrenciler ise erkek öğrencilerin aksine sigara kullanımını zayıflık göstergesi olarak gördüklerini, tüm kötülüklerin başında yer aldığını düşündüklerini ve kullanan kişilerin psikolojik sorunlarının olabileceğini düşündüklerini ifade etmektedirler. Yapılan farklı bir çalışmada gösterildiği üzere erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara deneyimi yaşadığı ve bu oranın yaklaşık 3,3 kat olduğu belirtilmektedir (Atay & Kurçer, 2012). Erkeklerin sigara kullanımını avantaj olarak görmeleri arkadaş ortamlarında saygı görme, erkekliğin sembolü olarak algılama, dertlerinden kurtulacağına olan inancın olması ve yaşamış oldukları kültürün bir parçası olduğu görüşünden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada sağlık alanında eğitim gören üniversite öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıfları ile sigara bağımlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Aksine hemşirelik öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve bağımlılık düzeylerini değerlendiren çalışmada öğrencilerin sınıfları arttıkça sigara içme oranlarının arttığı belirtilmiştir (Yiğitalp, 2015). Ayrıca tıp fakültesi öğrencileri ile iletişim fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım durumunun incelendiği çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinin sınıfları arttıkça sigara kullanım oranlarının arttığı belirlenmiştir (Vatansev ve ark., 2019). Ancak, sağlık bilimleri bünyesinde eğitim alan öğrencilerin sigara içme gibi olumsuz sağlık davranışına yönelik tutumlarının değişmesi beklenmektedir. Sigara bağımlılığına yönelik tutumda sınıfın artması ile birlikte genişleyen sosyal çevrede olumsuz örneklerin artmasına ve öğrencilerin etkilenmesine neden olabilir. Sağlıkta korunmasına yönelik alınacak önlemlerin sağlık alanında eğitim gören öğrencilerde daha dikkatle yürütülmesi gerekmektedir.

Araştırmaya göre yaşam alanındaki farklılıklar bireylerin sigara bağımlılığına yönelik tutumunu etkilemektedir. Yurt ortamında yaşayan öğrencilerin ev ortamında yaşayan öğrencilere göre sigaranın zararlarına olan inançları daha fazladır. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu

değerlendirildiğinde en çok sigara içenlerin arkadaşlarıyla kalanlar (%52,8) olduğu, en az sigara içenlerin ise yurttan kalanlar (%10,9) olduğu saptanmıştır (Ulukoca ve ark., 2013). Benzer şekilde Mayda ve arkadaşlarının (2007) yürüttüğü araştırmada da öğrencilerin sigara içme sıklığının birlikte yaşanan kişilerden etkilediği bulunmuştur. Yapılan bir araştırmaya göre yurttan kalanların %22,5'inin, arkadaşı ile birlikte kalanların %27,5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir (Mayda ve ark., 2007). Ancak bu durumların tam aksine yapılan bir araştırma da yurttan kalan öğrencilerin yalnız yaşayan öğrencilere göre yaklaşık 3,6 kat daha fazla sigara kullandığı belirtilmektedir (Semerci ve ark., 2018). Bu sonuç arkadaş ortamındaki olumsuz davranışlara maruz kalmanın sigaraya yönelimi artıran bir etki yapmış olabileceğini düşündürmektedir. Ancak yurt gibi yapılandırılmış veya yapılandırılmamış çevreler bireylerin sağlık davranışları üzerinde olumsuz ve ya olumlu etkiye sahip olabilmektedir (Yiğitalp, 2015). Günümüz şartlarındaki yurtlarda daha sağlıklı ortamlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Sağlıklı koşulların iyileştirildiği ve teknolojinin kazandırıldığı yurt ortamlarının olması öğrencilerin bilinçlenmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca farklı bir açıdan bakıldığında sosyal çevrenin genişlemesi ile birlikte de yalnızlık duygusu azaltılarak sigara kullanımına olan ihtiyaç azaltılabilir. Ancak uygun olmayan sosyal çevrenin de olumsuz sağlık davranışlarını artırabileceği unutulmamalıdır.

Sigara Bağımlılığına Yönelik Tutumların Sigara Kullanım Özelliklerine Göre İncelenmesi

Bu araştırmada öğrencilerin daha önce sigara kullanmayı deneyimlemesi ve şu anda sigara kullanmaması sigara bağımlılığına yönelik tutumlarını her yönü ile etkilemektedir. Atay ve Kurçer tarafından sigara içmeyen öğrencilerin tutumlarının değerlendirildiği çalışmada daha önce deneyimlemeyen öğrencilerin deneyime sahip olanlara göre daha fazla sağlığı korumada kararlılık gösterdikleri ve sosyal çevrelerinden daha fazla destek aldıkları saptanmıştır (Atay ve Kurçer, 2012). Ayrıca sigara içmeye devam edenlerin sigaranın olumlu sonuçlarını daha fazla ön planda tuttuğu, sigara içmeyenlerin ise olumsuz sonuçları daha fazla benimsediği ve bu durumun tutumlarına yansıtıldığı belirtilmektedir (Yazıcı, 2007). Sadece deneyim yaşamış ve sigara içmeye devam etmeyen öğrencilerin sigara bağımlılığı konusunda daha temkinli davrandıkları ve sigara konusundaki mitleri dikkate almadıkları sonucu çıkartılabilir.

Öğrencilerin sigara kullanma sıklığı arttıkça sigaranın avantajlarına olan inancın arttığı ve zararlarına olan inancın ise azaldığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları ile benzer şekilde Sağar'ın üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı arttıkça sigara kullanımının avantajlarına yönelik tutumlarının arttığı ancak sigaranın zararları, ahlaki ve dini boyutu, sigara kullanımındaki mitler konusundaki tutumlarının azaldığı saptanmıştır (Sağar, 2017). Sigara içme miktarı arttıkça sigara içmeye yönelik olumlu tutumların da arttığı ifade edilmektedir (Yazıcı, 2007). Sıklığın artması bağımlılığın güçlenmesi anlamına gelebilir. Maddenin vücutta yaratacağı etkiler kullanım sıklığı

artıkça artacaktır. Bu durum da sigaranın zararlarının görmezden gelinmesi ve bağımlılığa yönelik tutumların artması kaçınılmaz bir sonuç olabilir.

Sigarayı bırakma düşüncesi ile sigara bağımlılığına yönelik tutumlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sigara bırakma konusunda kararsız olan öğrencilerin sigara kullanan profili, sigara kullanmaya bakış, sigaranın zararları ve ahlaki ve dini bakış tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara bırakmayı düşünmeyen grubun ise beklendiği gibi sigaranın avantajları konusundaki tutumları yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Virtane ve arkadaşlarının dış hekimliği öğrencileri ile yürüttükleri araştırmada sigarayı bırakmaya karşı olumlu tutuma sahip ve sigara içme öyküsüne sahip olan öğrencilerin sigaranın sağlık açısından riskleri ve sigara bağımlılığının boyutları hakkında daha fazla bilgi sahibi olunduğu saptanmıştır (Virtanen, Filppula, Maldupa & Patja, 2015). Ünsal ve Sezgin öğrencilerin sigara kullanma durumlarını değerlendirdikleri çalışmada öğrencilerin %38,6'sının sigarayı bırakmayı denediklerini ancak %17,7'sinin başarısız olduğunu belirlemişlerdir. Sigarayı bırakmayı başaran öğrencilerin nedenleri arasında sağlığa zarar vermesi, hoş olmayan etkilerinin olması (ağız kokusu, dişlerde sararma gibi), ekonomik güçlükler ve ailelerin önerisi yer almaktadır (Ünsal ve Sezgin, 2009). Ancak bu durumun aksine bireylerin sigarayı bırakmama nedenleri arasında da çarpıcı sebepler olabilmektedir. Mayda, Tufan ve Baştaş çalışmalarında öğrencilerin sigara bırakmama nedenleri arasında keyif alma, stres atma, yalnızlık, bağımlılık hissetme gibi gerekçelerin sunulduğu belirtilmektedir (Mayda ve ark., 2007). Hekim adaylarının sigara bırakma durumlarını ve etkileyen faktörlerinin incelendiği araştırmada sigarayı bırakma dönemlerinde en zorlandıkları konunun sigaraya karşı aşırı istek duymak olduğu ifade edilmiştir (Ünüvar ve Dişçiğil, 2017). Bu sonuçlar araştırmamızla uyumluluk göstermektedir. Genele bakıldığında sigara kullanmayı bırakmak konusunda kararsızlık yaşandığı görülmektedir. Öğrenciler çeşitli gerekçeler sunarak sigara kullanımını devam ettirme eğilimindedirler. Öğrencilerin kararsızlık yaşamalarının temel nedenleri olarak sigara konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olması ve baş etme yöntemlerinin yetersiz olması ön plana çıkmaktadır.

Üniversite öğrencilerinin annelerinin sigara kullanmaması sigara kullanımına ilişkin ahlaki ve dini bakışı, babalarının sigara kullanmaması ise sigaranın zararları konusunda olumlu tutumu artırdığı belirlenmiştir. Kardeşlerinin sigara kullanmıyor olması öğrencilerin sigara kullanımına bakışlarını ve sigara zararları konusundaki tutumlarını olumlu yönden etkilediği saptanmıştır. Bilindiği gibi anne ve/veya baba da sigara veya alkol kullanımının olması çocukların sigara ve/veya alkol kullanımı için risk oluşturmaktadır (Semerci ve ark., 2018). Oğuz, Çamcı ve Kazan'ın üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığını değerlendirdikleri çalışmalarında aile de sigara kullanımının olmasının öğrencilerin sigara içme oranını artırdığı belirtilmiştir (Oğuz ve ark., 2018). Araştırmada da görüldüğü gibi babaların sigara kullanım oranı daha yüksektir. Ünsal ve Sezgin' nin araştırma sonuçlarına göre de öğrencilerin sigara kullanımı ile babalarının kullanımı arasında bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Ünsal ve Sezgin, 2009). Baba modelini benimseyen erkek çocukların olumsuz davranışları

sergilemesi oldukça sık rastlanan bir durumdur. Bu sonuçlara göre aile içerisinde rol model olmak olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında önem kazanmaktadır. Anne rol modelinde ise kadının toplumda koruması gereken ahlaki yönlerinin bulunması sebebi ile çocuklarının tutumları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Sonuçlar göz önüne alındığında bireysel özellikler, aile ve sosyal çevredeki kişiler üniversite öğrencilerinin sigara bağımlılığına yönelik tutumları üzerinde etkili olmaktadır. Bu durumda öğrencilerin sigara bağımlılığına yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilemekte adına aile bireylerine ve tüm sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Aile ortamında çocuklarla iyi iletişimin sağlanması ileride edinilebilecek olumsuz sağlık davranışlarının önüne geçebilir. Öğrencilerin eğitim öğretim süreci boyunca sigara bağımlılığına yönelik bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir. Çevre ile doğrudan ilişkili olarak gelişebilecek olumsuz sağlık davranışlarının unutulmaması ve öğrenci yurtlarında bu konuların dikkate alınması gerekmektedir. Öğrencilerin sigara içmeye yükledikleri anlamlar, bu davranışın sürdürülmesinde etkilidir. Üniversite yaşamının kritik bir dönem olması nedeni ile öğrencilerin sigara tutumlarının değerlendirilmesi ve sigara kullanımını bırakmak için bireysel görüşlerinin alınması önemlidir. Sigara stresle baş etmede sıklıkla kullanılan bir araçtır. Ancak bu durum stresle baş etme yöntem bilgisinin hatalı ve ya eksik olmasından kaynaklanmaktadır. Öğrencilerin bu kritik dönemlerinde stres yönetimi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bilgilendirme çalışmalarının hassasiyetle değerlendirilmesi ve üniversite bünyelerinde geliştirilecek projelerle desteklenmesi olumlu ve verimli sonuçlar alınmasına katkı sağlayacaktır. Sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının sağlık alanında eğitim alan meslektaşlarımız tarafından zenginleştirilip işlerliğinin sağlanacağı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Akvardar, Y., Aslan, B., Ekici, B.Z., Öğün, E. ve Şimşek, T. (2001). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2, 49-52.
- Atay, Ö.B. ve Kurçer, M.A. (2012). Sigara içmeyen üniversite öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (3), 265-272.
- Azak, A. (2006). Sağlık memurluğu öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 7 (2), 120-124.
- Chezian, C., Murthy, S., Prasad, S., Kasav, J.B., Mohan, S.K., Sharma, S., et al. (2015). Exploring factors that influence smoking initiation and cessation among current smokers. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9 (5), 8-12.
- Çapık, C. ve Cingil, D. (2013). Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. *Kafkas Journal Medicine Science.*, 3 (2), 55–61.
- Dayı, A., Güleç, G., & Mutlu, F. (2015), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı, *Düşünen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 309-318.
- Lanier, C.A., Nicholson, T., & Duncan, D. (2001). Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students. *Journal Drug Education*, 31(3), 239-248.
- Mayda, A.S., Tufan, N. ve Baştaş, S. (2007). Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, (5), 364-370.
- Oğuz, S., Çamcı, G., ve Kazan, M. (2018). Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. *Van Tıp Dergisi*, 25 (3), 332-337.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017. p. 23-24. (updated; 2017). Erişim Tarihi: 22.12.2019. doi: 10.1787/health_glance-2017-en
- Öntaş, E. ve Aslan, D. (2019). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> Erişim tarihi:17.03.2020
- Öztürk, C., Bektaş, M., Yılmaz, E., Salman, F., Şahin, T., İlmek, A. et al. (2011), Smoking status of Turkish nursing students and factors affecting their behavior, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1687-1692.

- Sağar, M.E., ve Gençdoğan, B. (2014). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığına yönelik tutumları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye.
- Sağar, M.E. (2017). Üniversite öğrencilerinin sigara bağımlılığına ilişkin tutumlarının sigara içme sıklıklarına göre incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 41-49.
- Semerci, R., Dindar, İ., Küçükkaya, B., Kızılok Kale, E., Derleyen, B., & Sunar, S. (2018). The role of perceived social competence on cigarette and alcohol usage among faculty of health sciences students. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 5(1), 67-80.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baban, A., Glass, K., Tsuda, A., et al. (2002). An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 97(12), 1561-71.
- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş. ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18 (4), 230-234.
- Ünsal, A. ve Sezgin, S. (2009). Erzurum İli ilköğretim okulu öğrencilerinin sigara kullanma durumları. *Türk Toraks Dergisi*. 10, 75-81.
- Ünüvar, E.M. ve Dişçigil, G. (2017). Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği, *The Journal of Turkish Family Physician*, 8 (3), 57-65.
- Vatansev, H., Kutlu, R., Gülerarslan Özdengül, A., Demirbaş, N., Taşer, S. ve Yılmaz, F. (2019). Tıp ve İletişim Fakültesi öğrencilerinin tütün ve tütün ürünleri kullanım farklılıkları. *Ankara Medical Journal*, (1), 344-56. doi: 10.17098/amj.571584
- Virtanen, J.I., Filppula, M., Maldupa, I., & Patja, K. (2015). Smoking and attitudes towards it and its cessation among dental students in Latvia. *Acta Odontologica Scandinavica*, 73 (6), 421-426.
- Yazıcı, H., & Şahin, M. (2005). Üniversite öğrencilerinin sigara içme tutumları ile sigara içme statüleri arasındaki ilişki. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13 (2), 455-466.
- Yazıcı, H. (2007). Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin sigara içmeye ilişkin tutumları. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3 (12), 83-90.
- Yiğitalp, G. (2015). Factors affecting smoking status of nursing students and their addiction levels. *Türk Toraks Dergisi*, 16, 121-7.

Hastanelerde Tesis Güvenliği ve Önemi

Facility Safety and Importance in Hospitals

Mustafa METE* , Berna KAHVECİ CEYLAN** , Gülsüm Serap TATLIOĞLU*** 

ÖZET

Hastaneler sağlık konusunda rahatsızlığı bulunan tüm insanlara hizmet vermektedir. Bunun yanında sağlıkla ilgili araştırma, eğitim ve danışma gibi önemli hizmetleri de yerine getirmek zorundadır. Birer sağlık tesisi olan hastaneler, yoğun bir şekilde ileri teknolojiyi kullandıkları için bazı olası risklerle karşı karşıyadırlar. Bu risklerin olmaması veya en düşük düzeyde olması yönetici, çalışan, hasta ve hasta yakını açısından da büyük önem arz eder.

İşletme güvenliğini sağlayabilmek için yöneticiler, bir sağlık tesisinde, risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların önlenmesi, güvenli bir tedavi ortamının sağlanması için gerekli tedbirleri ve önlemleri almak ve aldırarak zorundadırlar. Ayrıca hastane hizmetlerinde cihaz arızaları nedeniyle oluşan kesintiler ve gecikmeler halkın o kuruma olan güveni üzerine negatif etkiler yaratabilir.

Bu konuda Sağlık Bakanlığınca çıkarılan mevzuat dahilinde gerekli çalışmaları yapmak, planları oluşturmak ve gerekli tatbikatları yaparak afetler ve acil durumlar karşısında hazırlıklı olmak yönetimlerin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır.

Çağdaş ve modern bir toplum olmanın ana şartlarından biri afetlerde ve acil durumlarda zarar görenlerin mağduriyetini gidermek, yaralarını kısa zamanda sarmak ve sosyal hayata tekrar kavuşmalarına yardımcı olmaktır. Bu konuda alınacak tedbirler, afetlerde hastanelerin işlev kaybını önleyecek ve daha düzgün hizmet vermesini temin edecektir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, afet, risk, tehlike, güvenlik

ABSTRACT

Hospitals serve all people with health problems. It also has to carry out important services such as health-related research, education and counselling. Hospitals with health facilities face some potential risks as they use advanced technology extensively. The absence or the lowest level of these risks is of great importance for the manager, employee, patient and patient relatives.

In order to ensure operational safety, managers must take and have the necessary measures and measures taken in a health facility to reduce and control risks, prevent accidents, and provide a safe treatment environment.

In addition, interruptions and delays due to device failures in hospital services have negative effects on public trust in the institution. It is among the priorities of the administrations to carry out the necessary studies, to prepare the plans and to prepare for the disasters and emergencies in the legislation issued by the Ministry of Health.

One of the main conditions of being a modern and modern society is to eliminate the victims of disasters and emergencies, to shorten their wounds and to help them regain their social life. Measures to be taken in this regard will prevent the loss of function of hospitals in disasters and ensure that they serve more properly.

Keywords: Hospital, disaster, risk, danger, security

Geliş Tarihi / Received: 18.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 02.07.2020

* Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı

** Öğr. Gör., İstanbul Aydın Üniversitesi Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı

*** Öğr. Gör., İstanbul Avrupa Meslek Yüksekokulu

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Mustafa METE, mustafamete@aydin.edu.tr

GİRİŞ

Hastaneler hasta ve yaralılara tedavi edici hizmetler sunmaktadır. Hastaneler tedavi edici hizmetlerinin yanı sıra ayrıca sağlıkla ilgili araştırma, eğitim ve danışma gibi önemli hizmetleri de yerine getirmekte ve yürütmektedirler. Hastaneler bu hizmetleri yerine getirirken ve yürütürken yoğun bir şekilde teknolojiyi kullanır. Teknolojinin yoğun bir şekilde kullanılması bazı olası riskleri de beraberinde getirmektedir. Güvenli ortam (çevre) kısaca, bireyin yaşam aktivitelerini sağlıklı biçimde yerine getirdiği ve güven duygusu hissettiği ortam olarak tanımlanabilir. Güvenli ortam birey, toplum ve gelecek nesillerin sağlıkları için hayati önem taşımaktadır (Sur, Çetin, 2002).

Tesis kelimesini, tanı ve tedavi hizmetinin sunulduğu bina ve tamamlayıcı üniteler olarak tanımlamak mümkündür. Güvenlik kelimesi de çalışanlar ve müşteriler başta olmak üzere bir kuruluşun tam ve mevcut paydaşlarının “kazayla yaralanmaya maruz kalmamaları” olarak ifade edilebilir.

Tesis Güvenliğini ise, hastalar, hasta refakatçileri, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulması ve bunun devam ettirilmesi olarak ifade etmek yerinde olur. Bir sağlık tesisinde;

- Tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması,
- Kazaların ve yaralanmaların önlenmesi,
- Emniyet koşullarının sağlanması için etkin bir yönetim oluşturulmasıdır.

Joint Commission International (JCI); sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmaya odaklanmış, kâr amacı gütmeyen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumunun, uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimidir.

Sağlık Kuruluşuna getirdiği Efektiflik ve Standartlaşmanın yanı sıra kurum dışında da Saygınlığın ve Prestijin bir ölçüsü olarak kullanılan JCI akreditasyon standardı Organizasyon ve Hasta Odaklı standartlar olarak iki temel gruba ayrılmaktadır. Sağlıkta akreditasyon kriterleri olarak tanımlanan ve Türkçeye de çevrilen standardın 2003 yılı versiyonu şu başlıklardan oluşmaktadır;

Tablo 1. Hasta Odaklı ve Organizasyon Odaklı Standartlar

HASTA ODAKLI	ORGANİZASYON ODAKLI
Hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği	Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği
Hasta ve yakınlarının hakları	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
Hastaların değerlendirilmesi	Yönetişim, liderlik ve yönlendirme
Hastaların bakımı	Tesis yönetimi ve güvenliği
Hasta ve yakınlarının eğitimi	Çalışanların niteliği ve eğitimi
Anestezi ve cerrahi bakım	İletişim ve bilgi yönetimi
İlaç yönetimi ve kullanımı	

Kaynak: Joint Commission International Standartları (2014)

Joint Commission International Standartlarında Tesis Güvenliği bölümü 27 Standart Maddesinden 13 Temel 78 ölçülebilir element için Sağlık Bakanlığınca 06 Ağustos 2013 tarihli 28730 sayılı Resmî Gazetede “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan Sağlık Hizmet Kalite Standartları Hastane (SHKS, 2016) ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir. Ayrıca bu konuda “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” 23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Diğer taraftan, hastaneler karmaşık organizasyonlar olup, benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşık olanlarındandır. Çalışan meslek gruplarının fazla oluşu, nitelikleri yüksek birçok meslek grubunun bir arada bulunması ve buna ilaveten tesiste kullanılan altyapı ve tıbbi cihazların çeşit ve sayıca artışı, bu faktörlerle insan sağlığına hatasız hizmet sunması için organizasyonlar yapılma zorunluluğu, hastaneleri daha da karmaşık hale getirmiştir (Odacıoğlu, 2013:179-185).

GÜVENLİ HASTANE

Türkiye sahip olduğu coğrafi ve jeolojik yapı nedeniyle doğal afet olayları ile sıkça karşılaşmaktadır. Doğal afet olarak özellikle de deprem ülkemizin başta gelen bir gerçeğidir. Hastane yapıları, Resmî Gazetenin 06.03.2007 tarih ve 26454 sayılı nüshasında yayınlanan “Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik”, ve TS500 ve TS498 ve ilgili diğer şartnameler dikkate alınarak projelendirilir, uygulama sırasında da projeye uygunluğu kontrol edilerek deprem dayanıklılığı ve güvenliği sağlanmaktadır (Demircioğlu, 2010).

Hastaneler aynı zamanda tıbbi cihaz teknolojileri ve bunların güvenliği konusunda zorunlu olarak alt yapıya da sahip olmalıdırlar. Hastane hizmetlerinde cihaz arızaları nedeniyle oluşan kesintiler, halkın o kuruma olan güveni üzerine kalıcı negatif etkiler yaratabilir.

“Güvenli Hastane” Kavramı:

- Afet hali (deprem, fırtına, sel, savaş, vs.);
- Yangın, enfeksiyon, radyasyon, çevre kirliliği;
- Hırsızlık, kaçakçılık, vs. gibi her ölçek ve türde fiziksel, kimyasal ya da psikolojik saldırı, tehlike ya da zararlara karşı azami önlem ve düzenlemeleri içeren;
- Sağlıklı bir atmosfer üreten ve hoşla gitmeyen ya da zarar verici koku, ses, görüntü, temas vb. duygusal ve fiziksel etkilerin ortadan kaldırıldığı;
- Kullanıcı tüm bireyler için rahatlatıcı ve sağlıklı bir atmosfer üreten hastane ortamını ifade eder.

Güvenli Hastaneler İçin Yapılması Gerekenler şunlar olabilir; (Şengöz, <https://buraksengoz.wordpress.com/2016/04/21/2/> 20.02.2020)

1. Güvenli hastaneler için ulusal bir politika ve program kabul edilmelidir.
2. Esnek hastane tasarım ve inşası esas alınmalıdır.
3. Hastanenin güvenliğinin değerlendirilmesi gereklidir.
4. Acil müdahale için planların hazırlanması zorunludur.
5. Acil durumlar için sağlık çalışanları eğitimi tamamlanmış olmalıdır.
6. Ekipman, ilaç ve malzemelerin korunması konusunda gerekenler yapılmalıdır.

Güvenli hastanelerin sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir (Özmen, vd, 2013);

1. Sağlık tesislerinin yapısal dayanıklılığını sağlayarak hastaların ve sağlık çalışanlarının hayatını korur.
2. En çok ihtiyaç duyulan zamanda sağlık hizmetlerini acil ve afet sonrasında mümkün olduğunca işler tutar.
3. Sağlık çalışanları ve kurumlarının acil durum yönetim kapasitesinin geliştirilmesini ve riskin azaltılmasını sağlar.

“Güvenli Hastane” Tasarım Süreci

- Hastane yapım kararı alınması, ön fizibilite çalışmasının yapılması,
- Kentsel ya da bölgesel planlamanın yapılması
- İhtiyaç çerçevesinde, hastane özellik ve büyüklüğünün tespiti,
- Arsanın seçimi, zemin durumunun belirlenmesi,
- Tüm disiplinlerde (mimari, mekanik-tesisat, elektrik, statik, yangın, vs.) projelendirme yapılması.

Tablo 2. Güvenli Hastane Tasarım Süreci

1-Hastane yapım kararı alınması, ön fizibilite çalışmasının yapılması
2-Kentsel ya da bölgesel planlamanın yapılması,
3-İhtiyaç çerçevesinde, hastane özellik ve büyüklüğünün tespiti,
4-Arsanın seçimi, zemin durumunun belirlenmesi,
5-Tüm disiplinlerde projelendirme yapılması, (Mimari, mekanik, tesisat, elektrik, statik, yangın vs.)
6-Uygulama ve yapım süreci

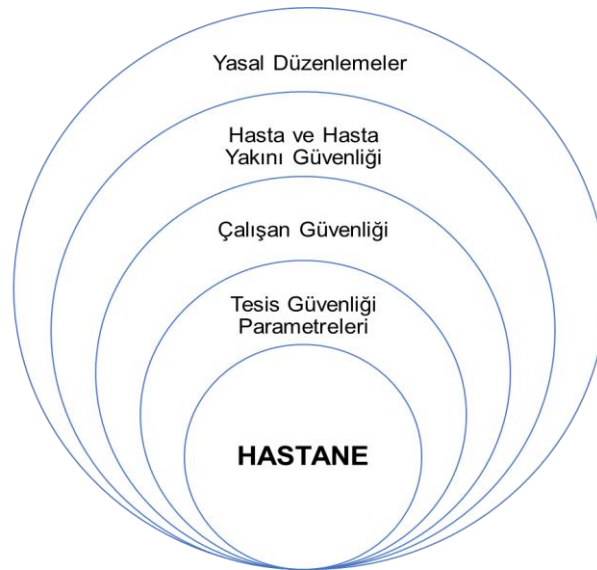
Kaynak: Demircioğlu, 2010

Buna göre Güvenli Hastane unsurlarını şöyle sıralamak mümkündür:

1. Yapısal unsurlar: (Mühendislik, kolon, giriş vs.)
2. Yapısal olmayan unsurlar:(Raf, mekanik ekipman, vs.)
3. Fonksiyonel unsurlar: (Politikalar, eğitimler.)

Sağlık kuruluşlarında ve özellikle hastanelerde aşağıdaki hususların çok iyi takip edilmesi önem arz etmektedir.

- Tehlikeli maddelerin yönetimi,
- Acil durum yönetimi,
- Yangın risk değerlendirmesi ve yangın emniyetinin sağlanması,
- Tıbbi ekipmanların kontrolünün sağlanması,
- Gaz-su-elektrik sistemlerinin gözden geçirilmesi,
- Personelin tesis yönetimi ve güvenlik konusunda eğitim ve donanımının sağlanması,
- Emniyet ve güvenlik kontrolünün sağlanması.



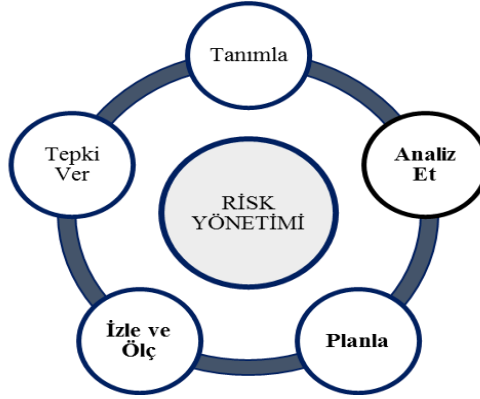
Şekil 1. Tesis Güvenliği Çerçevesi

Kaynak: Odacıoğlu, 2013:181

Hastane Güvenlik Endeksi:

Güvenlik endeksi olarak belirtilen ve algılanan bu yöntem sağlık alanında hazırlanan bir risk yönetim aracı ve kılavuzudur. Yöneticilere alınması gereken tedbirler hakkında daha önceden bilgi ve fikirler verir. Verdiği bu fikirler sayesinde daha kaliteli bir hizmet ve daha huzurlu bir sağlık tesisi ve işletmesi kurmak hayal olmaktan çıkar, bu ise sağlık yöneticisinin ufkunu açar.

Hastane Güvenlik Endeksinin belirlenmesi, sağlık sektöründe risk yönetimi için yeni bir yoldur. Bu sağlık tesisinin güvenlik seviyesinin zamanla takip edilmesine de imkân sağlamaktadır. Hastaneler yüksek, orta veya düşük güvenlik seviyesinde sınıflandırılmaktadır.



Şekil 2. Risk Yönetimi

Kaynak: ISO 9001 2015 Standardına Göre Risk Yönetimi

Hastane Güvenlik Endeksinin gelişimi başlangıçta Pan Amerikan Sağlık Örgütü Afet Azaltma Danışma Grubu (DiMAG) tarafından iki yıllık bir süre içinde diyalog, test ve revizyon ile yürütülmüş ve sonra Latin Amerika ve Karayipler'deki diğer uzmanların da katkısı ile uzun bir sürecin sonunda şekillenmiştir. Hastane Güvenlik Endeksinin belirlenmesi, sağlık sektöründe risk yönetimi için bir yoldur. Hastane Güvenlik Endeksi çeşitli hastanelerde uygulanmaktadır (Özmen ve ark., 2013:14).

Sağlık Çalışanlarında **Risk Değerlendirmesi 5** adımda yapılabilir:

- Tehlikelerin tanımlanması ve belirlenmesi,
- Risklerin ortaya konması ve değerlendirilmesi,
- Önlemlerin belirlenmesi ve sıralamaya konması,
- Önlemlerin uygulanması ve tatbik edilmesi,
- İzleme, gözden geçirme ve genel değerlendirme yapılması,

Göstergede yer alan maddeler neticesinde bir kılavuz ortaya çıkmıştır. Kılavuz güvenli hastaneler için elbette tek kaynak değildir, bu; hastane ve sağlık tesislerinin güvenliğini sağlamada sonraki yapılanmalar için bir rehberdir (Özmen, vd, 2013);

- Kategori A: Düşük risk kategorisindedir. Muhtemel felaket durumlarında hastane çalışmaya devam edecektir (Puan: 1-0,66).
- Kategori B: Orta derecede risk mevcuttur. Ekipman ve kritik hizmetler risk altındadır (Puan: 0,65-0,36).
- Kategori C: Ciddi risk altındadır. Sağlık çalışanlarının da hastalarında güvenliği tehlikededir. Acil tedbir alınması gerekmektedir (Puan: 0,35-0).

Hastane Güvenlik Endeksini hesaplamada mühendisler ve sağlık profesyonelleri birlikte çalışır. Hesaplama bahsedilen yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyonel unsurlar değerlendirilir. Hızlı, güvenilir ve düşük maliyetli tanı aracıdır. Nispeten ucuz ve uygulanması kolay olduğundan, emniyet tedbirlerinin iyileştirilmesi konusunda ülkenin yatırımlarına öncelik verilmesinde önemli bir adımdır.

Tablo 3. Güvenlik Endeksi Kategorileri

GÜVENLİK ENDEKSİ	KATEGORİ TİPİ	NE YAPMALI?
0.66 - 1.00	Kategori A	Geniş zamanda önleyici tedbirler alınmalıdır.
0.36 - 0.66	Kategori B	Kısa vadede tedbir almak gerekir.
0.00 - 0.35	Kategori C	Hastane personeli ve hastalar ciddi risk altındadır. Acil tedbir almak gereklidir.

Kaynak: Özmen ve ark., 2013:14

Tesis Yönetimi ve Güvenlik

Hastane yönetimince, tesis güvenliği ile ilgili aksaklıkların tespiti ve konunun yerinde denetiminin sağlanması hastane bina turlarının yapılması ile mümkün olmaktadır. SHKS gereğince sağlık kurum ve kuruluşlarında Tesis Güvenliği Komitesinin kurulması zorunlu hale getirilmiştir. Tesis güvenliği komitesi düzenli aralıklarla toplanmalı, bina turlarında olası riskler belirlenmeli ve gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.

Bina turlarının nasıl yapılacağına dair düzenleme bulunmalıdır. Genel olarak turların kapsamı, periyotları, planları, sorumluları, kayıtlarının nasıl tutulacağı ve düzeltici-önleyici faaliyetlerin kimler tarafından yapılacağı, ana bina, varsa bağlı ek bina ya da binaları da göz önünde bulundurularak belirlenmiş olmalıdır. Bunlar kayıt altına da alınmalıdır.

Tesis Yönetimi Planlaması aşağıdaki konuları içermektedir.

1. Yangın Güvenliği Sağlanması
2. Tehlikeli Maddelerin Yönetimi
3. Acil Durum Yönetimi
4. Tıbbi Ekipmanların Yönetimi
5. Emniyetin Sağlanması ve Güvenlik Hizmetleri
6. Destek Sistemlerin Sağlanması
7. Eğitim

Bina turlarını yapacak olan komisyon üyeleri ve ekipler aşağıdaki üyelerden teşekkül ettirilmelidir.

- Hastane Başhekimisi veya yardımcısı,

- İdari ve mali işler müdürü veya yardımcısı,
- Hasta bakım hizmetleri müdürü veya yardımcısı,
- Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü veya yardımcısı,
- Halkla İlişkiler ve Basın Birimi
- Hastane Başteknisyeni veya varsa hastane mühendisi,
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Sorumlusu,
- Tıbbi Cihaz Sorumlusu,
- Hastane güvenlik amiri,
- İlgili birim veya klinik temsilcisi,

A. Bu komitenin sekretaryası Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü veya yardımcısı tarafından yürütülmelidir. Hastanenin büyüklüğü, kalite hedefleri ve birim dağılımına göre hastane yöneticisi tarafından uygun görülen elemanlar ekibe dâhil edilmelidir.

B. Bina turları sonucunda tespit edilen sorunların (bakım, onarım, işleyiş ile ilgili aksaklıklar vb.) giderilmesi amacıyla bir faaliyet planı yapılmalıdır.

C. Hastane kampüsü içinde gerekli oturma alanları tanzim edilmelidir.

D. Araç trafiği (park, geliş-gidiş vb.) için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

E. Hastanenin tesis güvenliğine ilişkin düzenlemeler yazılı ve uygulanabilir olmalıdır.

F. Hastane temizlik kontrol komitesi tarafından belirlenen çevre temizliğine yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalı ve bunlar aralıklarla kontrol edilmeli ve kayıt altına alınarak takip edilmelidir.

G. Acil durum, afet planı ve güvenlik ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Hastanelerde Tesis Güvenliğinin hastane içindeki tüm çalışma birimleri ile ilişkisi, irtibatı ve ortak çalışma konuları bulunmaktadır.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (2017), Tesis Güvenliği Komitesinin Görev, Yetki ve Sorumluluklarını şöyle sıralamaktadır:

- Hastane alt yapı güvenliğini sağlamak,
- Kurumda can ve mal güvenliğini sağlamak,
- Acil durum ve afet yönetimi çalışmalarını yapmak,
- Atık yönetimi çalışmalarını yürütmek,
- Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak,
- Tehlikeli maddelerin güvenli yönetimini sağlamak,
- Hastane çevresinin düzenli ve temiz olmasını sağlamak,
- Asansör, elektrik, jeneratör, medikal gaz, atık su, havalandırma sistemlerinin denetim ve bakımını yaptırmak,

- Yangın ve sabotajlara karşı gerekli tedbirleri almak, yılda en az bir defa yangın söndürme tatbikatı yapmak,
- Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirmesini yapmak,
- Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyeti başlatmak ve takibini yapıp sonuçlandırmaktır.

Tesis Güvenliği Komitesi Çalışma Esasları:

1. Tesis Güvenliğini sağlamaya yönelik çalışmalar, Sağlık Bakanlığı tarafından tesis güvenliği konularında yayınlanan mevzuatlara göre yapılır.
2. Komite; teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişen sağlık hizmet alanlarının güvenliği konusunu sürekli gözden geçirerek ve iyileştirmelerin yapılmasını sağlar.
3. Tesis Güvenliği Komitesi HKS çerçevesinde tesis güvenliği kaynaklı; Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeleri, çevre düzenlemesi, tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için alınacak önlemler, hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmesinin sağlanması, asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler, havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenlemeler, elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler, Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler, Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenlemeler, Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenlemeler konularında çalışmalar yapar.
4. Tesis güvenliği komitesi altında kurulan tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip tarafından Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri, Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik planlar hazırlanır.
5. Plan dâhilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılması ve gerekli kayıtların düzenlenmesi sağlanır.
6. Tesis Güvenliği Komitesi 3 ayda bir toplanır, tesis güvenliği ile ilgili tüm verileri (olay bildirimleri, istatistiki çalışmalar vb.) gözden geçirerek gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır, alınan kararlar karar defterine yazılarak kayıt altına alınır.
7. Komiteye KYB tarafından Güvenlik Raporlama Olay Bildirim ve Olay Bildirimi gönderildiğinde; konunun aciliyetine göre en kısa sürede, acil olmayan Olay Bildirimlerinde ise her ayın sonunda toplanılır.
8. Komite Olay Bildirimi ile ilgili kök neden analizi yaparak gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.
9. Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler Kalite Yönetim Birimine gönderir.
10. Komite başlattığı düzeltici önleyici faaliyetleri Güvenlik Raporlama Sistemi, Eğitim ve DÖF İzlem Formuna (Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler) kaydederek izler.
11. Tesis güvenliğini ilgilendiren konularla ilgili çalışanların eğitim almasını sağlar.

Yangın Önleme ve Yangın Söndürme

Sağlık Bakanlığınca, 26 Temmuz 2002 tarih ve 24827 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 2002/4390 sayılı “Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik” maddesine göre hazırlanan ve 2008 yılında yayınlanan “Hastanelerde Yangın Önleme ve Söndürme Esasları Yönergesi” ‘nde gerekli önlemler ve tedbirler belirlenmiştir. Hastanelerde yangın güvenliği ile ilgili olarak iki konunun açıklığa kavuşturulması gereklidir;

- Hastanenin yangın güvenliği durumu saptanması,
- Yangın Güvenliği Emniyet Planı hazırlanması ve bu planlar aşağıdaki konuları içermelidir.
 - ❖ Yangına karşı koruyucu önlemleri, erken görme ve erken bastırma, hafifletme ve tesisten emniyetli kaçıışı,
 - ❖ Yangın önleme ve emniyet sistemlerini ve malzemelerini denetleme, test ve bakım sıklığı,
 - ❖ Yangın ve duman durumunda tesisin emniyetli olarak hangi bölgelere boşaltılması,

Acil durumlarda müdahale ekibinin, söndürme, kurtarma, koruma ve ilk yardım ekipleri belirlenmeli, ilgili personele bu konularda gerekli eğitimler verilmeli ve yazılı görev bildirimleri de yapılmalıdır.

- Hastaları tahliye edecek personelin bu konuda gerekli eğitimlerini almış olması gereklidir.
- Yılda en az iki defa olmak üzere yaz ve kış yangın simülasyonlarının gerçekleştirilmesi ve bu sürecin yazılı olarak raporlanması ve görülen aksaklıkların çözümüne yönelik faaliyetlerin yapılması,
- Hastane büyüklüğüne ve hasta kapasitesine göre tesis yangın açısından düzenli olarak denetlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.
 - ❖ Yangın çıkışlarının önleri kapanmamalıdır. Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere ve bütün insanlar tarafından görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir. Yangın çıkış levhaları gece veya elektrik kesildiğinde de görülebilecek özellikte olmalıdır.
 - ❖ Yangın söndürme ekipmanlarına ulaşımın engellenmemelidir. Yangın çıkışları ve yangın tüplerini gösteren kat planları kendi katında bulundurulmalıdır.
 - ❖ Yangın söndürücüler uygun yerlerde ve uygun sayıda olmalıdır ve mutlaka sabitlenmelidir ve kullanıma hazır olması için düzenli kontrol edilmelidir. (Söndürme tüpleri altı ayda bir kontrol edilmeli, yıllık genel bakımları yapılmalıdır). Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde ayrıca tekerlekli tip söndürme tüpü bulundurulmalıdır.
 - ❖ Elektrik kabloları açıkta olmamalı ve düzenli bir şekilde toplanmış olarak bulunmalıdır.
 - ❖ Hastane, yangın erken uyarı sistemleri düzenli olarak test edilip sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

Hastanenin yangın güvenliği, **Hastane Yangın Güvenliği Prosedürü** ve ilgili talimatlarına göre, görevli yangın ekipleri, güvenlik ve çağrı merkezi ve tüm hastane çalışanlarının katılımı ile sağlanmalıdır.

Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

14 Mart 1991 tarih ve 20814 sayılı Resmî Gazete 'de yayınlanan “Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”nde tehlikeli atık kavramı, “Zararlı ve tehlikeli atık” başlığı altında şu şekilde tanımlanmıştır:

“Patlayıcı, parlayıcı, kendiliğinden yanmaya müsait, suyla temas halinde parlayıcı gazlar çıkaran, oksitleyici, organik peroksit2 içerikli, zehirli, korozif, hava ve su ile temasında toksik gaz bırakan, toksik ve ekotoksik özellik taşıyan ve Müsteşarlıkça tehlikeli ve zararlı atık olduğu onaylanan atıklardır “. Buna paralel olarak Resmî Gazetenin 14.03.2005 tarih ve 25755 sayılı nüshasında yayınlanan “Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ‘ne göre nasıl bertaraf edilmesi şartları belirlenmiştir. Tehlikeli atık bertaraf ve geri kazanım tesisleri için çevre lisansı alınması işlemlerinin de “Çevre Kanunu, (5491 sayılı)” uyarınca yapılması gerekmektedir. Ayrıca Resmî Gazetenin 21.11.2008 ve 27061 sayılı nüshasında yayınlanan «Çevre Denetimi Yönetmeliği» tehlikeli atıkların bertaraf edilmesine açıklık getirmiştir. Atıkların yakılarak yok edilmesi konusu Resmî Gazetenin 06.10.2010 tarih ve 27721 sayılı nüshasında yayınlanan “Atıkların Yakılmasına İlişkin Yönetmelik” ‘te düzenlenmiştir.

Atıkların tehlikeli olarak belirlenmesinde kullanılan listeler;

- a) Maddelerin atılma nedenlerine göre,
- b) Atılma işlemlerine göre,
- c) Tehlikeli atıkların kökenlerine göre,
- d) Tehlikeli atık olmasına neden olan bileşenlerine göre,
- e) Tehlikeli özellikler listesine göre,
- f) Atık yaratan faaliyetlere göre hazırlanabilmektedir.

Resmî Gazetenin 02.04.2015 tarih ve 29314 sayılı nüshasında yayınlanan «Atık Yönetimi Yönetmeliği» göre bir atığın tehlikeli atık olarak değerlendirilebilmesi için atığın sahip olması gereken bazı karakteristikler şunlardır:

- ❖ Yanıcı ve tutuşabilir olmak,
- ❖ Kendi kendine tepkimeye girmek,
- ❖ Patlayıcı olmak,
- ❖ Çürütücü ve paslandırıcı olmak,
- ❖ Radyoaktif özellikler göstermek,
- ❖ Bulaşıcı olmak,

- ❖ Tahriş edici olmak,
- ❖ Hassas olmak,

Hastane Yönetimi, tehlikeli maddelerin kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması ve envanterinin tutulması, tehlikeli malzeme ve atıkların uzaklaştırılması için bir plan oluşturmalıdır.

- Hastanede tehlikeli madde kapsamında olan maddeler sınıflandırılmalı ve listelenmelidir.
- Kullanım alanlarında risk teşkil etmeyecek miktarlar belirlenmeli ve bu miktarlar bulundurulmalıdır.
- Bu maddeler hastaneye geldiği ilk günden itibaren mutlaka etiketlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- Birbirleriyle etkileşimde bulunabilecek olan maddeler ayrı ayrı alanlarda depolanmalı ve bulundurulmalıdır.
- Kullanıcı personele, kullanım sırasında dikkat edilmesi gereken konularla ilgili olarak daha önceden gerekli eğitimler verilmelidir.
- Personel bu maddelere maruz kaldığında neler yapması ve nelerin yapılması gerektiği hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Hastanede mevcut olan tehlikeli madde ve atıkların kontrolünün sağlanması, hastanede bulunan tehlikeli maddelerin (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları) kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması, imhasına yönelik süreçleri içeren bir Atık Yönetim planının oluşturulmasının sağlanmasıdır. Ayrıca tehlikeli atıkların ayrı bölmelerde depolanması, Resmî Gazetenin 26.04.2011 tarih ve 27916 sayılı nüshasında yayınlanan “Atık Ara Depolama Tesisleri Tebliği” uyarınca gerekli işlemler yapılmalıdır. Tehlikeli atık miktarındaki azalma, beraberinde bazı proses değişikliklerini de getirecektir (DPT, 2000)

- Üretimdeki girdilerde tehlikesiz ya da daha az tehlikeli malzeme seçimi,
- Üretim prosesinde teknoloji değişikliklerinin uygulanması,
- Atık azaltıcı yönetim sistemlerinin uygulanmasının etkinleştirilmesi,
- Alternatif ürün üretimine geçiş.

Tehlikeli atıklar için yapılabilecekleri şöyle sıralayabiliriz;

- Kullanılan/yeni alınan ekipmanın çalışan güvenliği açısından değerlendirilmelidir.
- Atık üreten cihazlara ait “Malzeme Güvenlik Bilgi Formları” yani MSDS (Material Safety Data Sheet) raporları kontrol edilerek atık içeriği ve tehlike oranları tespit edilmelidir. Ürün Güvenlik Bilgi Formları kurum içinde kimyasal malzemenin kullanıldığı yerlerde, acil serviste ve kurum hekimliğinde de bulundurulmalıdır.
- Tehlikeli madde yönetimi prosedürü hazırlanmalı ve uygulamaya konmalıdır.

- Riskli alanlarda çalışanlarına özel periyodik tarama metotları geliştirilmeli, devamlı takip ve kontrol edilmelidir.
- Tehlikeli atıklar için ayrı bir geçici depo hazırlanmalı ve mavi atık bidonları olmalı ve bunların üzerinde atığın toplamaya başlandığı tarih yazılmalıdır.
- Atıklar katı, sıvı, gaz özelliklerine ve türlerine göre ayrı varillerde biriktirilmelidir.
- Atıklar toplanmaya başladığı tarihten itibaren 180 gün dolmadan atık deposuna gönderilmelidir.
- Atık varilleri 2/3 oranında doldurulmalı, kelepçeleri kapalı tutulmalıdır.
- Tehlikeli atıklar ünite içerisinde eldiven, maske ve koruyucu giysili personel tarafından alınarak geçici atık merkezine getirilir.

Radyoaktif Atıklar

Radyoaktif atıklar, her türlü radyoaktif maddenin değişik alanlarda kullanılması sonucu meydana gelmektedir. Nükleer reaktör işlemlerinden ya da tıpta araştırma, askeri ve sınai etkinlikler gibi kaynaklardan üretilen atıklardır. Resmî Gazetenin 02.09.2004 tarih ve 25571 sayılı nüshasında yayınlanan “Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik” te gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Bu atıkları diğer toksik endüstriyel atıklardan ayıran en belirgin özellik radyoaktif olmalarıdır. Radyoaktif maddeler tıp, endüstri, tarım alanlarında kullanıldığı gibi, büyük ölçüde ısı ve elektrik enerjisi üretiminde de kullanılmaktadır. Türkiye’de üretilen radyoaktif atıkların ana kaynakları şunlardır:

- Nükleer araştırma reaktörleri,
- Özel tıp laboratuvar ve merkezleri,
- Hastaneler,
- Üniversite ve diğer araştırma laboratuvarları,
- Endüstriyel izotop kullanan kuruluşlar,

Ülkemizdeki radyoaktif atıkların güvenli bir şekilde işlenmesi, taşınması, geçici veya sürekli olarak depolanması için gereken önlemleri almak veya aldırma görevi 2690 sayılı yasa ile Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'na verilmiştir.

Hastanelerde radyasyon kaynağı bulunan üniteler; Radyoloji ünitesi, Anjiyo, Skopi, Endoskopi birimleri ve hasta yatak başı çekimleridir. Bunun için;

- Radyasyon Korunmasında Temel Güvenlik Standartları uygulanmalıdır.
- Dozimetre takipleri (2 ay) muntazam ve zamanında yapılmalıdır.
- Hemogram takibi (1 yıl) devamlı olmalıdır.

- Periferik yayma (şüpheli sonuçlarda) zamanında yapılmalıdır.
- Gereksiz çekimler önlenmeli, hatalı çekim tekrarları tespit edilmeli ve önlenmesi için gerekenler yapılmalıdır.
- Radyasyon Güvenliği el kitabı hazırlanmalı, Radyasyon Güvenliği Komitesi kanalıyla tüm çalışanlar, ilgisi ve irtibatı olanlar bu konularda aydınlatılmalı ve eğitilmelidir.

Hastanelerden ve laboratuvarlardan çıkan katı radyoaktif atıklar, radyoaktif biriktirme kabı üzerinde Resmî Gazetenin 24.03.2000 tarih ve 23999 sayılı nüshasında yayınlanan “Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği” ’nde belirtilen “Uluslararası Radyoaktif Atıklar Amblemi” bulunur ve kullanılan radyoaktif maddenin yaydığı radyasyonun tipine ve enerjisine göre uygun malzeme ile zırhlıdır. Bu atık kaplarının içine yerleştirilen tıbbi atık torbaları dolduğunda ağızları sıkıca bağlanıp etiketlenerek uzun süreli radyoaktif atık bekletme deposunda aktivite değerleri belirlenen sınırların altına düşene kadar (<1 mikro Sv/saat) tutulur. Beklemiş ve gerekli radyasyon ölçümleri yapılmış katı atıklar tıbbi atık olarak değerlendirilir. Radyoaktif olmayan atıklar, tehlikeli kimyasal maddeler radyoaktif atık biriktirme kabına atılmazlar.

Tıbbi Atık Yönetimi

Tıbbi Atıklar, Genel bir terim olup; canlılara yönelik aşılama, tedavi, araştırma ve teşhis yöntemlerinde kullanılan tüm katı, sıvı, yarı sıvı veya gaz halindeki maddeleri içerir. “Dünya Sağlık Örgütü Atık Yönetimi Komitesi” tıbbi atıkları sekiz grupta toplamaktadır (Candar, 2003).

- a) Genel atıklar,
- b) Patolojik atıklar
- c) Radyoaktif atıklar
- d) Kesici ve delici aletler
- e) Kimyasal atıklar
- f) Enfeksiyöz veya potansiyel olarak enfeksiyöz atıklar
- g) Farmasötik atıklar
- h) Basınçlı kaplar

Tıbbi atık yönetimi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır ve yazılı prosedürleri ve talimatları bulunmalıdır. Atıkların yönetimi ile ilgili yazılı bir düzenlemenin bulunması, bu düzenleme ile ilgili olarak; hastanenin tıbbi atıklarının toplanılmadan önce depolanması için geçici depolama ünitesi, Resmî Gazetenin 22.07.2005 tarih ve 25883 sayılı nüshasında yayınlanan “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” hükümlerine uygun olarak, mevzuatın öngördüğü şartları taşıyan tıbbi atık deposu kurulmalıdır. Atıklardan kaynaklı enfeksiyöz ajanların bulaşmasının engellenmesi; atıkların kaynağında azaltılması atıkların kaynağında ayrıştırılması, tıbbi atık taşıma araçlarının temizliği ve bakımının sağlanması, taşıyıcıların bağışıklığının sağlanması ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasıdır.

Resmî Gazetenin 26.03.2010 tarih ve 27533 sayılı nüshasında yayınlanan “Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik” uyarınca özellikle tıbbi atıklarla ilgili olarak çalışan tüm sağlık personeline farkındalık oluşturulması için düzenli aralıklarla eğitim verilerek tıbbi atıkların şartlara uygun atık kovalarına atılması sağlanmalıdır. “Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik” R.G. 05.07.2008/26927) hükümlerine göre atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili talimatlar oluşturulmalı, tıbbi atık taşıma için ayrılan personel başka işlerde çalıştırılmamalı, ünite içerisinde taşıma az trafiğin olduğu yerlerden ve zamanlarda taşıma yapılması gerekmektedir. Atık deposunun periyodik olarak temizliği dezenfektanlarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

2016 yıl sonu itibari ile faaliyette olan 1527 sağlık kuruluşuna anket uygulanmış ve bu sağlık kuruluşlarının tamamında tıbbi atıkların diğer atıklardan ayrı toplandığı tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşlarında 81 bin ton tıbbi atık toplanmış, bunların %67,2’si düzenli depolama tesislerinde, %17,3’ü belediye çöplüklerinde, %15,5’i ise yakma tesislerinde bertaraf edilmiştir. Tıbbi atığın %24,1’inin İstanbul, %9,3’ünün Ankara, %6,7’sinin ise İzmir’deki sağlık kuruluşlarında toplandığı tespit edilmiş ve bu miktar tıbbi atığın %40,1’i üç büyükşehirde oluştuğunu göstermektedir. (TÜİK, 2017)

ACİL DURUM YÖNETİMİ

Hastane Acil Durum Planları

Hastaneler olası deprem, bulaşıcı hastalık salgınları, çok sayılı yaralanmalar veya toplu kazalar vb hastanenin günlük işleyişini değiştirecek boyutta gerçekleşebilecek olaylara hazırlıklı olmak zorundadır. Bu nedenle “Hastane acil durum planları” hazırlanmalıdır. Bu planda görevleri olan personelin sorumluluk ve yetkileri belirlenmelidir. Bu konuda açıklayıcı bilgiler bulunan ve AFAD tarafından yayınlanan “Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi-2009”dan faydalanmak mümkündür.

Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü, Afete Hazırlık Eğitim Birimi tarafından hazırlanan (2004), «Hastanelerde Afet ve Acil Durum Eylem Planları (HAP) ve Tesis Güvenliği Sağlıklı Hastaneler İçin Afete Hazırlıklı Olma Kılavuzu» da göz önünde bulundurularak hastane afet planları hastane yönetimince hazırlanabilir.


Acil durumlarda kullanılacak alternatif alanların belirlenmelidir. Acil durum karşısında görevli yönetici ve personelin eğitimleri daha önceden sağlanmalıdır. Acil durum planı dokümanter edilmiş olarak belirlenen alanlarda bulundurulması sağlanmalıdır. Acil durum planları yılda en az bir defa tekrar elden geçirilmeli, test edilmeli ve raporlanmalıdır. **Acil Durum ve Afet Planı içerisinde;**

1. Tesis ve Alanların Yerleşim Planı,
2. Yangınlara Karşı Alınacak Önlemler ve Yangın Sonrası Uygulanacak Hareket Tarzı,
3. Doğalgaz Kaçağı ve Yangınına Karşı Alınacak Önlemler ve Hareket Tarzı,

4. Elektrik Kaçağı ve Yangınına Karşı Alınacak Önlemler ve Hareket Tarzı,
5. Hırsızlık Eylemlerine Karşı Alınacak Önlemler ve Hareket Tarzı,
6. Deprem Ve Doğal Afetlerde Alınacak Önlemler ve Hareket Tarzı,
7. Sonrası Eylemcilerin Kaçış Yollarında Alınacak Önlemler ve ilgili Mercilere Verilecek Bilgiler
8. Toplu Eylemler Karsısında Uygulanacak Hareket Tarzı
9. Salgın Hastalıklar Karsısında Uygulanacak Hareket Tarzı
10. İlgili Kurum, Kuruluş ve Genel Kollukla irtibat Kurma Usulleri
11. Toplanma Yerleri **GİBİ GİZLİ BİLGİLER YER ALIR.**

Acil durum ve afet planı şu konuları içermelidir:

Tablo 4. Acil Durum ve Afet Planı İçeriği I

Yangın		Olay Komutanı
Deprem		Planlama
Patlama		Operasyon
Doğalgaz		Lojistik
Sabotaj, bombalama,		Finans
Sel, heyelan, yıldırım düşmesi		Basın ve Halkla İlişkiler
Savaş		
Sabotaj, terör (kimyasal silah, biyolojik silah, vb.		
Genel elektrik kesintisi		
Genel su kesintisi		
Salgın Hastalık		

Başka bir şekilde ifade etmek istersek, şöyle bölümlendirmek mümkündür:

Tablo 5. Acil Durum ve Afet Planı İçeriği II



Acil Durum ve Afet Planında Aşağıdaki Konular Açıklığa Kavuşturulmalıdır;

- Acil Durum- Afet Görev Dağılımı ve Sorumlulukları
- İletişim-Haberleşmenin Sağlanma Yolları
- Basın ve Halkla İlişkilerin Sorumluları
- Tahliye Planı
- Yeni Yerleşim ve Çalışma Planı
- Lojistik Destek Sorumluları ve Görevleri (Sosyal Lojistik, Teknik Lojistik, İnsan Lojistiği, Destek Hizmetleri, Finans).

TIBBİ CİHAZ YÖNETİMİ

Hastanede bulunan tüm tıbbi cihazların denetimi, testi ve bakımı için gerekli planlamalar yapılmalıdır. Cihazların kontrolü, testi ve bakım aralıkları önceden tespit edilip, belirlenmelidir. Belirlenen aralıklarla kontrolleri ve kalibrasyonları yapılarak yazılı kayıt altına alınmalıdır.

Hastane medikal gaz sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır. Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalı ve periyodik kontrolleri yapılmalıdır. Hastane pnömatik sistemi çalışır vaziyette olmalı, bakım kayıtları muntazam tutulmalıdır. Aylık çalışma istatistikleri de devamlı takip edilmelidir.

GÜVENLİK VE EMNİYET

Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmasına yönelik planlamalar yapılmış ve ortaya konmuş olmalıdır. Belirlenen riskli hasta grupları için ayrı planlar yapılmalıdır. Tesis güvenliği ve emniyetinde çalışan personelin yükümlülüklerinin belirlenmiş ve gerekli eğitime tutulmuş olmaları zorunludur. Hasta ve çalışanların güvenliği 7/24 saat sağlanmış olmalıdır. Genel olarak; Hastane özel

güvenlik hizmetleri uygulama açısından en güç alanlardan biri olup, oldukça hassas bir konudur. Hastanede koruma ve güvenlik hizmetleri; koruma ve güvenlik görevlileri tarafından, Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun (5188 sayılı) ve bu Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik hükümlerine (R.G.07.10.2004/25606) göre yürütülür. Güvenlik amacıyla hasta kişi, hastasını hastaneye getiren hasta yakını, yatılı hastasını ziyarete gelen ziyaretçi, tüm hastane personeli hizmet verilen kişilerdir. Resmî Gazetenin 29.04.2009 tarih ve 27214 sayılı nüshasında yayınlanan “Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”e göre planlama ve organizasyon yapılması gerekmektedir. Ayrıca Resmî Gazetenin 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı nüshasında yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” ne göre de hastanın güvenliğini hastane yönetimi sağlamakla görevlidir.

Tüm bu insanların psikolojik özellikleri, sağlık hizmetlerinin 24 saat süresince tam zamanlı bir şekilde devam etmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının halka açık yerler olması, adli olaylara sık rastlanılması özel olarak hastane güvenlik hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Hastane güvenlik tedbirleri ve kuralları; Güvenlik personeline 5188 sayılı Özel Güvenlik Kanununa ve yönetmeliğine göre öğretilmelidir.

16 Ekim 2009 tarih ve 27378 sayılı Resmî Gazete de yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” adlı yazıda acil servislerde alınması gereken güvenlik önlemleri şu şekilde belirlenmiştir;

- Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır.
- Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir.
- Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur.
- Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.

DESTEK SİSTEMLERİ YÖNETİMİ

Hastaneler 7 gün 24 saat süre ile hizmet vermeleri esasında destek hizmetlerini (içme suyu, elektrik enerjisi vb.) planlamalı ve devamlı olarak kontrollerini gerçekleştirmelidir. Arızalanma veya acil durumlardaki karşılama kapasitelerini belirlemeli ve gerektiğinde nasıl temin edileceği önceden planlamış olmalıdır.

Neler Yapılmalıdır?

- Tesis Güvenliği ve Yönetimi ile ilgili olarak bu işleri takip ve kontrol edecek Tesis Güvenliği komisyonu kurulmalıdır. Mümkün ise bu yöneticinin “Hastanelerde Risk Yönetimi” konusunda bir eğitim almış olması da işleyiş takibi ve yönetimi açısından önemlidir.
- Yangın güvenliği açısından Hastanelerde mutlaka yılda en az iki defa Yangın Tatbikatı yapılmalıdır.
- Hastane Acil Durum planına göre yapılacak tatbikata göre hastanenin durumu gözden geçirilmelidir. Acil durumlarda hastane boşaltım planının uygulaması gerçekleştirilmelidir.
- Kalibrasyon gerektiren medikal cihazların tespiti ve kalibrasyonları zamanında yapılmalıdır.
- Yangın durumunda personelin görevleri, Hastane Acil Durumunda personelin görevleri, bu durumlarda neler yapmaları gerektiği konularında eğitimler daha önceden verilmelidir.
- Hastanede tesis bakım işlemleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Hastanenin tesis bakım planlarının oluşturulmasının ve asansörlerin, havalandırma sisteminin ve kazan dairelerinin denetimi ve bakımının düzenli olarak yapılmasının sağlanmasıdır.
- Hastane elektrik sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalı ve rapor edilmelidir. Elektrik sistemleri ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınmış olmalıdır
- Elektrik şebekesi dışında hastanenin elektrik ihtiyacını karşılayacak jeneratör aktif ve bakımlı çalışır durumda bulunmalıdır. Jeneratör ruhsatları bulunmalıdır. Jeneratörlerin bakım ve onarım kayıtları mevcut olmalıdır
- Dışarıdan alınan destek hizmetler uygun şekilde denetlenmeli ve denetim kayıtları bulunmalıdır.
- Hastanenin genel temizliği ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Hastanenin genel temizliğinden sorumlu bir temizlik komitesi belirlenmelidir.
 - a) Hastane yönetimi, hastanenin genel temizliğinden sorumlu bir temizlik komitesi belirlemelidir.
 - b) Komite belirlediği aralıklarla, hastanedeki tüm alanların temizliklerini düzenli olarak kontrol etmeli ve denetimleri kayıt altına almalıdır.
 - c) Temizlik prosedürü oluşturularak prosedüre uygun talimatlar hazırlanmalı ve bu talimatlara uyum gösterilmesi sağlanmalıdır.
 - d) Hastanelerde riskli alanların belirlenerek temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin bu alanlara özgü yapılması sağlanmalıdır.
- Hastanenin güvenli ve kesintisiz su ihtiyacını karşılamak üzere gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.
 - a) Su kesintisi durumunda hizmetin aksamasının önlenmesi; düzenli su numune kontrolleri ile hasta ve personel güvenliğinin sağlanmasıdır.
 - b) Hastanenin su deposu olmalıdır.
 - c) Su deposu galvanize ve paslanmaz çelikten olmalıdır.

- d) Su depolarının bakımı düzenli olarak yapılmalı ve kayıtları mevcut olmalıdır.
- e) Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

EĞİTİM

Hastanelerde yangın emniyet eğitimi gerek hastane personeline ve gerekse hastalara bir yangın anında neler yapacaklarını öğretmek için yapılmalıdır. Bu konuyla ilgili talimatlar hazırlanarak dağıtılmalı ve ilgi yerlere asılmalı ve bu konuda devamlı eğitim verilmelidir.

Hastanede bulunan yangın söndürme cihazının nasıl kullanılacağı bütün personele tatbikatlar yaptırılarak öğretilmelidir. Hastanelerde, hastanenin büyüklüğüne göre kurulacak söndürme, kurtarma, koruma ve ilk yardım ekipleri yetiştirilmesi için yapılacak tatbikatların nerde, kaç saat devam edeceği ve nasıl yapılacağı, varsa, sivil savunma uzmanınca, yoksa ekip başkanlarınca hazırlanıp hastane idarecisi tarafından kabul ve tasdik edilen bir programla yürütülmelidir (Ak ve ark., 1998: 329-346).

SONUÇ

Çağdaş ve modern bir toplum olmanın ana şartlarından biri afetlerde zarar görenlerin mağduriyetini gidermek, yaralarını kısa sarmak ve sosyal hayata tekrar kavuşmalarına yardımcı olmaktır.

Sağlık kuruluşlarına ve işletmelerine bu durumlarda büyük işler ve görevler düşmektedir. Yapısal unsurlar anlamında binaların proje olarak depremlere dayanıklı olarak inşası veya sonradan depreme dayanıklı hale getirilmesi afetlerde hastanelerde yaşanacak can ve mal kaybını engelleyecek ve azaltacaktır.

Büyük harcamalar gerektirmeyen yapısal olmayan unsurlar ise sağlık kuruluşları ve hastaneler için oldukça kritiktir. Bu konuda alınacak tedbirler, afetlerde hastanelerin işlev kaybını önleyecek ve daha düzgün hizmet vermesini temin edecektir. Özellikle salgın hastalık zamanında hastanelerimizde yapılacak çalışmalar ve hazırlıklar için el kitapçığı hazırlanmalı, personel de bilgilendirilmelidir.

Fonksiyonel unsurlar anlamında eğitim, uygulama ve tatbikatlar bizim her daim konuyla iç içe olmamızı sağlayıp eksiklerimizi göstererek tedbirler almamızı sağlayacaktır. Bu nedenle, Hastane Güvenlik Endeksi bu anlamda elimizde çok sağlam bir bilgi ve dokümandır. Her üç unsur yönünden Türkiye'deki hastanelerin denetlenmesi, kontrol edilmesi hastanelerin afetlere hazırlığı konusunda bize ciddi data sunacaktır. Afetlerde kesintisiz sağlık hizmeti sunabilmek için buna benzer ulusal politikalar belirlenmeli ve sektörler arası iş birliği mutlaka sağlanmalı ve koordine edilmelidir.

Sonuç olarak, doğal afetleri ve salgınları önlemek mümkün değildir ama alınacak tedbirlerle, yapılacak planlarla zararları azaltmak, azami düzeye indirmek ve hizmet kalitesini yükseltmek mümkündür. Bunun için ise hastane yöneticilerimizin bu konularda bilgili, hazırlıklı, deneyimli ve tedbirli olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Ak, B., Mete, M., ve Sargutan, E. (1998). *Hastanelerde Ev İdaresi Hizmetleri*. Selçuk Üniversitesi Basımevi, Konya
- Atık Ara Depolama Tesisleri Tebliği (R.G. 26.04.2011 / 27916)
- Atık Yönetimi Yönetmeliği (R.G. 02.04.2015 / 29314)
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik (R.G. 05.07.2008 / 26927)
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik (R.G. 26.03.2010 / 27533)
- Atıkların Yakılmasına İlişkin Yönetmelik (R.G. 06.10.2010 / 27721)
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik (R.G. 26.07.2002 / 24827)
- Candar, G. (2003, Ekim). *Atık Yönetimi Uygulamasında Adım Adım*. 3. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, Muğla.
- Çevre Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair 5491 Sayılı Kanun (Kabul Tarihi: 26.04.2006), Çevre Denetimi Yönetmeliği (R.G. 21.11.2008 / 27061)
- Demircioğlu, M. (2010) *Güvenli Hastanelerde Tasarım: Türkiye uygulaması*, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ekim 2010, Ankara.
- Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik (R.G. 06.03.2007 / 26454),
- DPT (2000) VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), İçme Suyu, Kanalizasyon, Arıtma Sistemleri ve Katı Atık Denetimi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (R.G. 01.08.1998 / 23420),
- Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS, 2011), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.
- Hastaneler İçin Akreditasyon Standartlar (JCI-2014), Joint Commission International, Türkçe, 5'inci Edisyon, ISBN 978-1-59940-837-8
- Hastanelerde Afet ve Acil Durum Eylem Planları (HAP) ve Tesis Güvenliği Sağlıklı Hastaneler İçin Afete Hazırlıklı Olma Kılavuzu (2004) ISBN 975-6193-31-X Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü, Afete Hazırlık Eğitim Birimi.
- ISO 9001 2015 Standardına Göre Risk Yönetimi, <https://www.isokalitebelgesi.com/iso-9001-2015-standardi-risk-firsat-yonetimi-degerlendirme-analiz-yaklasim-nedir-nasildir-riskler-nasil-degerlendirilir> e. 20.02.2020



Hastanelerde Yangın Önleme ve Söndürme Esasları Yönergesi (2008), Sağlık Bakanlığı, Ankara, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Görev Tanımları (Kod: KU.YD.147, Yayın Tarihi: 03.08.2017), http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/KU.YD.147%20TES%C4%B0S%20G%C3%9CVENL%C4%B0%C4%9E%C4%B0%20KOM%C4%B0TES%C4%B0%20G%C3%96REV%20YETK%C4%B0%20VE%20SORUMLULUKAR_1711091538174734.pdf e.15.02.2020)

Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (R.G.14.03.1991 / 20814)

Odacıoğlu, Y. (2013) *Hastane Yönetimi "Tesis Güvenliği"*. Nobel Kitabevi, Ankara

Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair 5188 Sayılı Kanun (R.G. 26.06.2004 / 25504)

Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik (R.G. 07.10.2004/25606)

Özmen, P., Türk, Y. Z., ve Çetin, M., (2013). *Afetlerde Güvenli Hastaneler*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(4): 547-561.

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği (R.G.: 24.03.2000 / 23999)

Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik (R.G.: 02.09.2004 /25571)

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi, (Sağlık Bakanlığı, 23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı makam onayı)

Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik (2013), (R.G.: 06.08.2013 / 28730), Sağlık Bakanlığı

Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi (2009), Afet ve Acil Durum Müdürlüğü, (AFAD) İstanbul

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ (2009), (R.G.: 29.04.2009 /27214), Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Kalite Standartları (Hastane), (2016), ISBN: 978-975-590-558-7. Sağlık Bakanlığı

Sur, H. ve Çetin S, (2002) *Hastanelerde güvenlik sorunu üstüne*. Hospital News Hastane Dergisi, 3(15), 2002.

Şengöz, Burak, Güvenlik Endeksi ve Güvenli Hastaneler <https://buraksengoz.wordpress.com/2016/04/21/2/> 20.02.2020

Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (R.G.:14.03.2005 / 25755)

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (R.G.: 22.07.2005 / 25883)



TS 498 Türk Standardı ICS 91.040. (1997), Yapı Elemanlarının Boyutlandırılmasında Alınacak Yüklerin Hesap Değerleri, Türk Standartlar Enstitüsü

TS 500 Türk Standardı ICS 91.080.40. (2000), Betonarme Yapıların Tasarım ve Kuralları, Türk Standartlar Enstitüsü

TÜİK, Sağlık Kuruluşları 2016 Atık İstatistikleri, TÜİK Haber Bülteni, Kasım 2017, Sayı: 24871, Türkiye Atom Enerjisi Kurumunun Muafiyetleri Ve Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun (2690 sayılı), (R. G. 13.07.1982 / 17753)

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (2009), (R.G.: 16.10.2009 / 27378), Sağlık Bakanlığı

Makat Prezantasyonun Sefalik Rotasyonunda Etkili Olan Yöntemler

Methods in Effective Retention of Machine Presentation

Reyhan AYDIN* , **Vildan ÜNLÜ**** , **Sebahat HÜSEYİNOĞLU***** 

ÖZET

Makat prezantasyon, fetüsün longitudinal situsta (dikey) uzandığı ve makatın uterusun alt segmentinde olduğu durumdur. Miada yaklaştıkça, fetüsün kalçalarının ağırlığı artar ve daha geniş olan fundusa doğru dönüş yapar, fetüs baş geliş hizasına ulaşır. Bu spontan durum gerçekleşmediğinde ise bir sezaryen endikasyonu olarak makat prezantasyon karşımıza çıkmakta ve sezaryen endikasyonlarında dördüncü sırada yerini almaktadır. Makat prezantasyon nedeni ile yapılan sezaryen doğumların çözümü için doğum öncesi eğitim, egzersiz ve bazı alternatif tıp yöntemlerinin etkili olduğu çalışmalarda görülmüştür. Ülkemizde gebelikte yapılan egzersizler ve kullanılan alternatif tedavi yöntemlerinin makat prezantasyonun etkisini araştıran literatüre rastlanmamıştır. Derleme niteliğinde yazılan bu çalışmanın amacı, güncel literatür doğrultusunda, gebelik döneminde kullanılan dik pozisyonların (yürüyüş, çömelme pozisyonu) ve alternatif tıpta yöntemlerinin makat prezantasyonda olan fetüsün sefalik prezantasyona döndürülmesindeki etkisini inceleyerek konuya olan duyarlılığın artırılmak ve sağlık profesyonellerine yön gösterici olmaktır.

Anahtar Kelimeler: Alternatif tedavi, doğum, egzersiz, makat prezantasyon

ABSTRACT

Breech presentation is when the fetus lies in the longitudinal situs (vertical) and the breech is in the lower segment of the uterus. As the miada approaches, the weight of the fetus's hips increases and turns towards the wider fundus, the fetus reaches the level of the head. When this spontaneous situation does not occur, breech presentation appears as a cesarean indication and takes the fourth place in cesarean indications. It has been observed in studies that prenatal education, exercise and some alternative medicine methods are effective for the solution of cesarean deliveries due to breech presentation. In our country, there is no literature investigating the effects of pre-pregnancy exercises and alternative treatment methods used on breech presentation. The aim of this study, which is written as a review, is to increase the sensitivity to the subject and to guide healthcare professionals by examining the effect of upright positions (walking, squatting position) used in pregnancy period and alternative medicine methods in returning to the cephalic presentation in the breech presentation.

Keywords: Alternative therapy, birth, exercise, breech presentation

Geliş Tarihi / Received: 28.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 02.07.2020

* Öğr. Gör., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

** Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencisi

*** Öğr. Gör., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Reyhan Aydın, reyhanaydin@karabuk.edu.tr

GİRİŞ

Günümüzde gebelik sürecinde sağlık profesyonellerinin en önemli amacı anne ve fetüsün sağlık durumunu en üst düzeyde tutmaktır. Doğum eylemi kadın bedeninde doğal, fizyolojik ve genellikle sorunsuz ilerleyen bir süreçtir. Ancak, gebeliklerin yaklaşık %10'unda çeşitli komplikasyonlar nedeniyle maternal ve fetal sağlıkta önemli riskler oluşturmaktadır (Kızılkaya Beji, 2016; Vinkenvleugel et al., 2020). Bu riskler nedeni ile sezaryen ile doğum kararı alınmaktadır. Bu riskleri, geçirilmiş cerrahi operasyon, fetal anomali, maternal kronik hastalık varlığı, sefalo pelvik uyumsuzluk ve prezantasyon anomalileri olarak sayılabilir. Fetüsün prezantasyon anomalileri arasında en sık görülen ve %9,97 oranı ile sezaryen nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan endikasyon makat (breech) prezantasyondur. Breech kelimesi bel ve bacakları saran kıyafet anlamında olan britches kelimesinden türemiştir (Karabel, Demirbaş ve İnci, 2018). Miadında doğum için başvuran her 100 gebeden yaklaşık 4'ü makat prezantasyonu teşkil eder (Vinkenvleugel et al., 2020).

Makat prezantasyon, term öncesi sık görülen fizyolojik bir durumdur. Gebeliğin 20-24'üncü haftaları arasında fetüs amnios mayi içerisinde, daha büyük hareket serbestliğine sahip olduğundan çoğu kez prezantasyon bozukluğu görülebilir. Gebeliğin 36'ncı haftasının sonlarında vakaların %96'sı spontan olarak verteks gelişe sahiptir. Makat prezantasyonların sefalik versiyona dönmesi 28'inci haftada oluşmaktadır fakat nadiren ilerleyen haftalarda da oluşabilir. Uterusa vajinal doğum için en uygun pozisyonda yerleşmeye çalışan fetüs, doğum zamanı yaklaştıkça beden ağırlığının eksenini doğrultusunda dönüş yaparak sefalik versiyonu almakta ve bu pozisyon doğuma kadar korunmaktadır. Fetüsün bu fizyolojik süreçte herhangi bir engelle karşılaşması durumunda makat prezantasyon görülebilmektedir (Gimovsky, 2008). Makat prezantasyona eğilimi artıran bu engeller; fetal anomaliler, kromozom anomalileri, uterus anomalileri, uterusun aşırı gerginliği (polihidroamnios, çoğul gebelik vb.), pelvik obstrüksiyon, grandmultiparite, preterm eylem ve sebebi bilinmeyen şeklidir (Özdemir, 2006).

Makat prezantasyonda doğum şekli planlı bir normal vajinal doğum ya da sezaryen ile doğumdur (Hannah et al., 2000). Makat prezantasyonda tercih edilecek olan doğum şekli konusunda net bir yargı ve karar yoktur. Çünkü, makat prezantasyon, maternal ve yüksek oranda fetal komplikasyonlara neden olabilmektedir (Hannah et al., 2000; Rosser, 2000). Komplikasyonların sıralanışı; hipoksi, umbilikal kord prolapsusu, sonradan gelen baş sıkışması, başın defleksiyonu ve hiperekstansiyonu, uzamış eyleme bağlı infeksiyon riskidir. Komplikasyonlar arasında hipoksi, makat bebeklerde en yaygın ölüm nedeni olarak tanımlanmaktadır (Rosser, 2000; Vinkenvleugel et al., 2020). Umbilikal kord prolapsusu, makat prezantasyon insidansında %3.7 (primigravidalarda %6, multigravidalarda %3) şeklindedir (Kinugasa et al., 2007). Sonradan gelen başın vajen içerisinde kalması nedeniyle hipoksi gelişmesi, en önemli komplike durumlardan bir tanesidir (Shuttler, 2017). Fetüsün en büyük, en hassas ve en az esnek bölgesi olan fetal baş, serviks ve pelvis kanalından

geçemezse kalçalar da takılacak ve doğum ilerlemeyecektir (Shuttler, 2017). Sıkışma prematüre bebeklerde daha sık görülmekte ve asfiksi nedenidir (Clouder & Sellars, 2004; Taşkın Lale, 2011). Başın defleksiyonu, doğum sırasında kendiliğinden düzelebilir ya da doğumda yardım gerekebilir. Hiperekstansiyon (aşırı defleksiyon) ise gökyüzüne bakan fetüs, İngiltere’de de uçan fetüs olarak isimlendirilir ve boyunda kas, sinir hasarı, intrakraniyal kanama, ekstermite kırıkları gibi doğumda ciddi travma riski yüksek olduğundan sezaryen (CS) endikasyonudur ve insidansı %5’dir (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, & Rouse, 2010; Kinugasa et al., 2007). Makat prezantasyonda amniyotik membranların mümkün olduğu kadar korunması gerekir. Yeterince korunamayıp membranların erken dönemde açılması, maternal-fetal enfeksiyon riskini teşkil eder. Makat prezantasyonda gerçekleşebilen bu komplikasyonlar sezaryen endikasyonudur ancak sezaryen de kesin çözüm değildir. Bu süreçte makat prezantasyon olan gebeliğe doğum zamanında değil daha öncesinde müdahale etmek gerekmektedir. Bu müdahaleler ve yöntemler eksternal sefalik versiyon, gebelikte yapılan egzersizler ve alternatif tedavi yöntemlerinde kullanılan bitkiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Eksternal sefalik versiyon (dış sefalik versiyon) 37. gebelik haftasından sonra yapılmalıdır ve sezaryen ile doğum ihtimalini azalttığı görülmektedir. Bu süreç riskli bir süreçtir, klinik ortamda yapılmalıdır, doktor eşliğinde yapılmalıdır ve acil sezaryen komplikasyonu oluşturabilecek durumları beraberinde de getirebilmektedir. Buna karşın gebelikte yapılan egzersizler ve pozisyonlar makat prezantasyonun döndürülmesinde daha güvenli bir yöntem olarak görülmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından da desteklenmektedir. Cochrane derlemesinde gebelikte yapılan egzersizlerin makat prezantasyonunda etkili olduğu ancak çalışmaya katılmayı kabul eden gebe sayısının az olduğu görülmüştür (Souza et al.,2014).

Gebelik ve doğumda alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır. Artan alternatif tedavi yöntemleri makat prezantasyonda da kullanılmaya başlanmış ve etkin olduğu görülmüştür. Bu yöntemler cilde Moxibustion isimli bir yakının uygulanmasıdır. Bu bitki geleneksel Çin tıbbi bir tedavi yöntemidir ve *Artemisia vulgaris* içeren bir bitkinin yakılmasını ile ısınma hissi ile aktif hale gelerek makat prezantasyonu sefalik pozisyona döndürmektedir (Xu, Deng & Shen, 2014). Resmi olmayan verilere göre beşinci ayak parmağının ucunda bulunan Mesane 67 (BL67) akupunktur noktasının da makat prezantasyonu düzeltebileceğine dair literatür bulunmaktadır (Brici, Franconi, Scatassa, Fabbri, & Assirelli, 2019). Makat prezantasyonlar 32 ile 38. Gebelik haftasına kadar sefalik versiyona döndürülebilmekte ve bu tedaviler kullanılmaktadır. Derleme niteliğinde yazılan bu çalışmanın amacı, güncel literatür doğrultusunda, gebelik döneminde kullanılan dik pozisyonların (yürüyüş, çömelme pozisyonu) ve alternatif tıp yöntemlerinin makat prezantasyonda olan fetüsün sefalik prezantasyona döndürülmesindeki etkisini inceleyerek konuya olan duyarlılığın artırılmak ve sağlık profesyonellerine yön gösterici olmaktır.

YÖNTEM

Literatür taraması amacı ile Cochrane Library, Pub Med, CINAHL elektronik veri tabanları taranmıştır. Türkçe kelimeler ile arama yapıldığında Türkçe kaynak sayısının az olmasından ve yöntemin ülkemizde aktif olarak kullanılmadığında Türkçe makaleye rastlanmamıştır. Veri tabanlarında 2000-2020 yılları arasında, “Breech Presentation rotation”, “Breech Rotation”, ve “Moxibustion in Breech Presentation” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Tarama sonucunda makat rotasyon ile ilgili 19, makat prezentasyon rotasyonu ile 16, Moxibustio ile ilgili 54 çalışmaya rastlanmıştır. Bu makalelerden birbirini tekrar eden 26 çalışma, derleme olan 17 çalışma, moxibustion kullanımını anlatan 15 makale ve randomize kontrolölmeyen 22 çalışma derleme dışında bırakılmıştır. Sefalik rotasyonun kullanıldığı yöntemleri içeren makaleler ile sınırlandırılarak dokuz çalışma ve bir web sayfası derleme kapsamına alınmıştır.

Makat Prezantasyonun Sefalik Rotasyonunda Kullanılan Yöntemler

1. Eksternal Sefalik Versiyon (ECV)

Eksternal sefalik versiyonun (ECV) makat prezantasyonlarda kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Çalışmalar, ECV yönteminin 37. Gebelik haftasından sonra yapıldığı ve etkili olduğunu göstermektedir (Hofmeyr, Kulier, & West, 2015; Nassar, Roberts, Raynes-Greenow, Barratt, & Peat, 2007; Weiniger, Spencer, Weiss, Ginsberg, & Ezra, 2014). Son çalışmalara baktığımızda da yaşanan komplikasyonların az olduğu karşımıza çıkmaktadır (Vinkenvleugel et al.,2020). Azda olsa yaşanan bu komplikasyonlar kadından kadına değişmekte ve yöntemi uygulayan deneyimli ebe ve hekimlere göre de değişmektedir.

Hofmeyr ve arkadaşları (2015), 7 çalışmayı içeren ve 1245 kadının incelendiği cochrain derlemesinde, ECV yönteminin makat doğumların rotasyonunda etkili bir yöntem olduğu ve güven verici kanıtlar elde edildiğini saptanmıştır. ECV nin perinatal sonuçlara olan etkisi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. ECV işleminin profesyonel sağlık çalışanı destekli yapılması gerektiği ve kadına sürekli destek verilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır.

Nassar ve arkadaşları (2006), makat prezantasyon gebeliğe sahip kadınlarda ECV ye karar vermede profesyonel sağlık çalışanlarının önemini saptamak amacıyla, 200 kadını kapsayan randomize kontrollü çalışmalarında, verilen eğitim ve desteğin ECV ye karar vermede etkili bir araç olduğunu saptamıştır (Nassar et al., 2007).

Weiniger ve arkadaşları (2014), makat doğumlar nedeni ile uygulanan sezaryenin maliyeti arttırdığı gözlemlenmiş ve maliyetin artmasını engellemek ile maliyeti azaltmada spinal anestezi altında yapılan ECV'nin etkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, spinal anestezi uygulanarak yapılan ECV'nin normal doğumları arttırdığı ve maliyeti düşürdüğünü saptamıştır (Weiniger et al., 2014).

2. Gebelik ve doğum zamanında kullanılan egzersizler

Gebelik ve egzersiz

Gebelikte oluşan değişiklikler ile baş etmenin en kolay ve etkili yolu fiziksel aktivite ve egzersizdir. Aynı zamanda gebelikte egzersiz yapmanın gebelikteki, mide yanması, sırt ve bel ağrısı, halsizlik, sık idrara çıkma, vajinal akıntı ve mide ekşimesi gibi olağan yakınmalı azaltmak, doğum zamanının kısaltma, doğumda analjezik etki gösterme gibi birçok etkisinin olduğu görülmektedir (Akbarak, Kaya, & Tedavi, 2008; Coşar Çetin, Demirci, Yeşilçiçek Çalık, & Çil Akıncı, 2017). Gebelikte egzersizin yararları yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Milattan önceki yıllarda yaşayan ünlü filozof Aristoteles, kadınları zor doğum eylemi yaşam nedeninin, kadının hayatında ve gebelikte pasif bir yaşam sürmesinden kaynaklı olduğunu vurgulamıştır. Daha sonra yirminci yüzyılın başlarına gelindiğinde de gebelik döneminde egzersiz önerileri temiz hava yürüyüşleri olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Fakat 1900'lü yıllara yaklaşıldığında da artık egzersiz düzenli programlar tasarlanarak yapılmaya başlanmıştır. Bu sürece, Vaugh'un perine kaslarını güçlendirmek için önerdiği çömelme egzersizleri, Read'in solunum teknikleri, Lamaze'nin psikopofilaktik doğum yöntemleri eşlik etmiştir. Günümüze geldiğimizde de kadınların, pilates, aerobik, su içi egzersizleri, yoga gibi çeşitli egzersiz programlarına katıldıkları karşımıza çıkmaktadır (Akbarak ve ark., 2008). Amerika jinekoloji ve obstetri derneği (ACOG) sağlıklı gebelere her gün 30 dakika egzersiz yapmalarını önermektedir (ACOG, 2002). Gebelikte egzersiz yapmak bir kilo kontrol yöntemi olmayıp, gebede enerji düzeyini, kendine güveni ve zindelik hissini artırma, doğumdan sonra vücudun doğumdan önceki haline dönmesini kolaylaştırma, kas tonüsünü geliştirerek doğum süresini azaltma, uygun postürü sağlama, menopoz sonrası osteoporoz riskini azaltma gibi birçok faydaları mevcuttur (ACOG, 2013).

Gebelik döneminde maternal doğru postür (sabit duruş), temel duruş, çömelme pozisyonları, pelvik tilt gibi egzersizler, uterus kaslarının gevşemesi ve yer çekimi kuvvetinin etkisiyle fetüste doğru postür sağlanacağı ayrıca daha sonra gelişecek olan komplikasyonları önleyeceği düşünülmektedir.

Makat Prezantasyonda egzersizin etkisi ve kullanılan egzersiz yöntemleri

Gebeliğin herhangi bir komplikasyon yaşamayan kadınlara, 13. gestasyon haftasından sonra bir sağlık personeline danışarak ve onun izleminde egzersizler yapmaya başlaması önerilir (Akbarak ve ark., 2008). Yapılan egzersizlere rağmen makat prezantasyonla karşılaşan gebeler için yer çekimi kuvvetinin etkisiyle bütünleştirilerek dünya çapında uygulanan döndürme egzersizleri fetüsün cenin pozisyonunu alması sağlanır. Bu süreçte güncel literatüre ve ebe yönetimli doğumlar yapılan ülkelere incelendiğinde, makat prezantasyonda kullanılan egzersiz yöntemleri: sidelying yayın, öne eğilerek inversiyon, breech tilt (makat tilt), açık diz göğüs pozisyonu ve rebozo manteada olarak karşımıza çıkmaktadır. ABD'nin Minnesota eyaletinde yaşayan Ebe Gail Tully, makat prezantasyonu döndürme

egzersizleri geliştirmiştir. Halen Amerika ve Avustralya’da aktif olarak kullanılmaktadır (Spinnigbabies, 2020).

Sidelying Release (SLR): Makatprezantasyonun sefalik versiyonuna döndürmek için, leğen kemiği üzerine uygulanan statik bir germe yöntemidir. Leğen kemiğini geçici olarak hafifçe büyütme ve yumuşatmak için kullanılır. Ayrıca doğum sırasında pelvik ağrıyı azaltmak ve yavaşlayan doğumu hızlandırmak için de kullanılmaktadır. SLR daha sonra gerekirse tekrar edilebilir. İlk kez Dr. Carol Phillips tarafından uygulanmıştır. Daha iyi bir fetal pozisyon için 30-32’nci haftadan sonra haftada iki kez uygulanabilir. Yararlar geçici olduğu için her 4-6 saatte bir tekrarlanabilir (Spinnigbabies, 2020).

Sidelying Release ‘ın avantajları;

- Pelvik mobilitayı arttırır,
- Kas spazmlarını azaltır (hamilelikte daha kolay uyumayı ve doğumda daha az ağrı hissedilmesini sağlar),
- Hamilelikte ve doğumda ağrıyı hafifletir,
- Bebeğin daha iyi bir pozisyona dönmesi için yer açar,
- Bebeğin doğum sırasında hareket etmesi için pelvik taban kaslarının yumuşatır (Spinnigbabies, 2020).

Forward-Leaning Inversion (Öne Eğilerek Ters Çevirme): Yer çekimi kuvvetinin etkisiyle alt uterus segmentinin genişlemesini sağlar ve fetüsün iyi bir cenin pozisyonu almasına yardımcı olur. Forward-leaning inversion (öne eğilerek ters çevirme) pozisyonu, ilk kez Dr. Carol Phillips tarafından uygulanmış ve 30. gebelik haftasından büyük bebekler için günde bir kez 30 saniye önerilmektedir (Phillips, 2020). Yüksek kan basıncı ya da düşük kan basıncı, polihidroamnios, plasenta anomalisi veya riski, fetüsün çok hareketli olduğu durumlarda öne eğilerek inverisyon önerilmemektedir (Spinnigbabies, 2020).

Breech Tilt (makat tilt): Bu pozisyonda fetüsün vücut ağırlığı, fetüsün çenesinin fleksiyon yapmasına yardımcı olur ve yer çekimi kuvveti etkisiyle cenin pozisyona dönüşünü gerçekleştirir. Breech tilt pozisyonu bebeğin makat prezantasyon olduğunu öğrendikten sonra (34’üncü hafta sonrasında) günde 1-3 kez 10 dakika önerilmektedir. Breech tilt pozisyonu için gebe, doktoru yada ebesi ile tıbben bir sakıncası olup olmadığını görüşmeli ve sağlık personeli yardımı ile uygulanmalı ayrıca fetüsün makat pozisyonda olduğu kesin değilse ya da sefalik pozisyonda breech tilt pozisyonu uygulanmamalıdır (Spinnigbabies, 2020). Ebe Gail Tully, takip ettiği gebelerine, fetüsün makat geliştiği öğrenildiğinde kendinizi bebeğinizin içine girmesini istediğiniz pozisyonu alın şeklinde önerisinde bulunmaktadır (Spinnigbabies, 2020)

Açık Diz Göğüs pozisyonu (Open-Knee Chest): İngiltere ve Avustralya’da sık kullanılan açık diz göğüs pozisyonu, günde 3 kez, 10 dakika arayla uygulanarak fetüsün cenin pozisyona gelmesine yardımcı olmasından kaynaklı gebeler 30-32’nci hafta sonlarında bu pozisyona teşvik edilmektedir (Spinnigbabies, 2020). Makat tilt pozisyonuna alternatif bir pozisyonudur. Açık diz göğüs pozisyonu,

uterus ligamentlerinin çok sıkı olmadığı durumlarda etkilidir. Uterusun çok gevşek olduğu durumlarsa ise gebelik kemeri kullanılması önerilmektedir. Sadece makat geliş için değil, fetüs posterior veya asinklitizm pozisyonunda olduğunda da uygun pozisyonu alması için yardımcıdır (Spinnigbabies, 2020).

Rebozo Manteada: Rebozo kadınlar için tasarlanan, uzun dokuma bir fulardır. Geçmiş yıllarda Rebozo kullanımı anneden kızına, ebeden ebeye aktarılmıştır. Manteada , Meksikalı ebelerin Rebozo ile birlikte kullandıkları tekniğin İspanyol adıdır. 32'inci haftadan sonra günlük 2-5 dakika uygulanabilir. Rebozo manteada , öne eğilerek inversiyon ve açık diz göğüs pozisyonu ile kombine uygulanabilir. Rebozo, uterusda fetüsün daha iyi bir pozisyon alması için yer açmakta ve ağrılar için nonfarmakolojik bir yöntemdir. Plasenta anomalileri, erken gebelik haftaları, kanamalı durumlarda, düşük riskinde rebozo manteada önerilmemektedir (Spinnigbabies, 2020).

3. Alternatif- Bitkisel Tedavi Yöntemleri

Moxibustion

Vücudun belirli noktalarına, moxibustion çubuklarına sıkıştırılmış pelin otunun tütsü haline getirilerek uygulanmasıdır. Bir Çin tıbbi terapisi. Çin, Japonya, Kore, Vietnam ve Moğolistan' nın tıbbi terapisinde önemli rol almaktadır. Çalışmalar, 34-35'inci haftalarda günde 1 birkaç kez uygulanmanın fetüsün baş aşağı kayma oranlarında en iyi olduğu belirtilmiştir. Moxibustion ayrıca posterior fetüs pozisyonunda da endikedir. Makat prezantasyon için önerilen egzersizlere ek olarak günlük 30 dakika yürüyüş yapılması desteklenmektedir (Brici et al., 2019).

Gebe ve fetüs için risk oluşturan sağlık problemlerinde (hipertansiyon, stroke riski, ablasyo plasenta, plasenta previa, erken doğum tehdidi, intrauterin gelişme geriliği vb.) makat prezantasyon egzersizleri önerilmemektedir. Alt uterin segmentinde düzeltilmemiş torsiyon, septum, kordon dolanması gibi durumlarda makat bebekte döndürme egzersizleri fayda sağlamamakta ve risk taşımaktadır (Coyle, Smith, & Peat, 2012).

Brici ve arkadaşlarının, maket prezantasyonu fetal rotasyona döndürmede, akupunktur ve moxibustion kullanılmasını etkinliğini araştırdıkları, randomize kontrollü çalışmalarında, gebeliğin 32-35 ultrason ile makat geliş tanısı koydukları 93 gebelerine iki hafta boyunca günde bir kez BL67 bölgesine akupunktur ve moxibustion işlemi uygulamışlardır. Çalışmalarının sonucunda akupunkturun ve moxibustion'un hem fetal başın rotasyonunda etkili olduğu hem de maliyeti azalttığını saptamışlardır.

Coyle ve arkadaşları (2012), makat prezantasyonların sefalik versiyona döndürülmesinde moxibustion etkisini araştırmak amacıyla, 3 çalışma ve toplamda 597 gebeyi kapsayan cochrain derlemesinde moxibustion kullanımı ile ilgili kesin bir sonuç bulamamıştır. Buna karşın moxibustion kullanımını oksitosin miktarını azalttığı ve doumda ağrıyı azalttığı saptamıştır.

Berg ve arkadaşları (2008), 9 çalışmayı içeren ve 768 gebeyi kapsayan, makat prezantasyonun sefalik versiyonunda moxibustion, akupunktur ve elektro akupunkturun etkinliğini araştırdıkları sistematik derlemede, BL 67 üzerine uygulanan akupunkturun makat prezantasyonda etkili olduğunu saptamıştır. Bu sistematik derlemede, bazı çalışmaların diğerlerine göre daha düşük kalitede kanıta sahip olduğundan ileri düzey randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (Van den Berg et al., 2008).

SONUÇ

Makat prezantasyonun kesin bir sezaryen endikasyon olmadığı, geçmişten günümüz uygulanan yöntemlerle sefalik versiyona döndürülebileceği literatür doğrultusunda irdelenmiştir. Tüm dünyada aktif olarak makat prezantasyonun sefalik rotasyonunda kullanılan egzesizlerde ebelerin aktif rol aldığı görülmüştür. Maternal ve fetal risklerin olmadığı durumlarda, profesyonel bir sağlık ekibi (ebe-hekim) yardımıyla makat prezantasyonun sefalik rotasyona döndürülebildiği görülmüş, randomize kontrollü çalışmalar ve cochrain derlemeleri ile de desteklenmiştir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde bu metotların aktif olarak kullanılmadığı ve çalışmaların da yapılmadığı görülmüştür. Makatprezantasyonun sefalik rotasyonunda bu metotları aktif kullanmak ve uygulamak için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Akbayrak, T., Kaya, S., & Tedavi, F. (2008). *Gebelik ve egzersiz*. Hacettepe Üniversitesi.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). Clinical Management Guidelines for Number. *Obstetrics and gynecology*, 3(10), 617–624.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2013). Committee opinion No. 549: Obesity in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. doi: 10.1097/01.AOG.0000425667.10377.60
- Brici, P., Franconi, G., Scatassa, C., Fabbri, E., & Assirelli, P. (2019). Turning foetal breech presentation at 32-35 weeks of gestational age by acupuncture and moxibustion. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2019. doi: 10.1155/2019/8950924
- Clouder, L., & Sellars, J. (2004). Reflective practice and clinical supervision: An interprofessional perspective. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02986.x
- Coşar Çetin, F., Demirci, N., Yeşilçiçek Çalık, K., ve Çil Akıncı, A. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135–141.
- Coyle, M. E., Smith, C. A., & Peat, B. (2012). Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd003928.pub3
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., & Rouse, D.J., (2010). *Williams Obstetrik*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Gimovsky, M. L. (2008). Breech presentation. In *Operative Obstetrics, Second Edition*. doi: 10.1017/CBO9780511580987.014
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *Lancet*, 356(9239), 1375–1383. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02840-3
- Hofmeyr, G. J., Kulier, R., & West, H. M. (2015). External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000083.pub3
- Karabel, M. P., Demirbaş, M. ve İnci, M. B. (2018). *Türkiye ' de ve Dünyada Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri (Changing Rates of Cesarean Section in Turkey and in the World and Probable Causes)*. 7(December 2017), 158–163. doi: 10.31832/smj.368600
- Kızılkaya Beji, N. (2016). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*.
- Kinugasa, M., Sato, T., Tamura, M., Suzuki, H., Miyazaki, Y., & Imanaka, M. (2007). Antepartum detection of cord presentation by transvaginal ultrasonography for term breech presentation: Potential prediction and prevention of cord prolapse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*

Research, 33(5), 612–618. doi: 10.1111/j.1447-0756.2007.00620.x

- Nassar, N., Roberts, C. L., Raynes-Greenow, C. H., Barratt, A., & Peat, B. (2007). Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01206.x
- Özdemir, İ. A. (2006). *Termde makat prezantasyonla doğan bebeklerde, doğum şeklinin perinatal sonuçlara etkisi*. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğt. Ve Arş. Hastanesi.
- Phillips, C. (2020). Dynamic Body Balancing - Craniosacral Therapy. Tarihinde 04 Mayıs 2020, adresinden erişildi <https://dynamicbodybalancing.com/>
- Rosser, J. (2000). Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). Highlights of the 6th annual report. Part 4: Record keeping. *The practising midwife*.
- Shuttler, L. (2017). The Midwife's Labour and Birth Handbook. İçinde *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. doi: 10.1002/9781119235064
- Souza, J. P., Widmer, M., Gülmezoglu, A. M., Lawrie, T. A., Adejuyigbe, E. A., Carroli, G., et al. (2014). Maternal and perinatal health research priorities beyond 2015: An international survey and prioritization exercise. *Reproductive Health*. doi: 10.1186/1742-4755-11-61
- Spinnigbabies. (2020). Spinnigbabies. Tarihinde 15 Mart 2020, adresinden erişildi Spinnigbabies website: <https://spinningbabies.com>
- Taşkın Lale. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Van den Berg, I., Bosch, J. L., Jacobs, B., Bouman, I., Duvekot, J. J., & Hunink, M. G. M. (2008). Effectiveness of acupuncture-type interventions versus expectant management to correct breech presentation: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. doi: 10.1016/j.ctim.2008.01.001
- Vinkenvleugel, D. A. M., Slutter, T. J., van Rheeën-Flach, L. E., de Sonnaville, C. M. W., Hermsen, B. B., Velzel, J., et al. (2020). Breech deliveries in OLVG, the Netherlands: A retrospective cohort study of seven years. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 248(February), 37–43. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.031
- Weiniger, C. F., Spencer, P. S., Weiss, Y., Ginsberg, G., & Ezra, Y. (2014). Reducing the cesarean delivery rates for breech presentations: Administration of spinal anesthesia facilitates manipulation to cephalic presentation, but is it cost saving? *Israel Journal of Health Policy Research*. doi: 10.1186/2045-4015-3-5
- Xu, J., Deng, H., & Shen, X. (2014). Safety of moxibustion: A systematic review of case reports. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. doi: 10.1155/2014/783704

Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Ebelik Uygulamaları

Nonpharmacological Midwifery Practices in the Management of Labor Pain

Nükhet KAÇAR* 

ÖZET

Doğum, her kadın için özel bir süreçtir. Doğumun fizyolojisinden kaynaklanan ağrı, gebenin doğum sürecini doğrudan etkilemektedir. Doğum ağrısı yönetilebilen bir ağrıdır ve bu ağrının yönetimi; iyi bir ebelik bakımı ile sağlanabilir. Bu yüzden ebeler, ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemleri intrapartum bakıma dahil ederek, doğum ağrısının yönetiminde aktif rol almalıdır. Ebeler, gebenin karar verme sürecine katılmasını sağlayarak; ağrıyla baş etmek için kullanılacak farmakolojik olmayan yöntemleri, kendi otonomisiyle uygulamalıdır. Bu amaçla; ebeler ağrının yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımları takip etmeli; kanıta dayalı yöntemleri, gebeye özgü bireyselleştirilmiş ebelik bakımıyla uygulamalıdır. Bu derlemenin amacı; doğum ağrısının yönetiminde kullanılacak farmakolojik olmayan yöntemlerin detaylı incelenmesi ve bu yöntemler ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarının belirlenmesi ile ebelik mesleği başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: *Ebelik, doğum ağrısı, farmakolojik olmayan yöntemler, doğum*

ABSTRACT

Childbirth is a special process for every woman. Pain which is caused by labor's physiology, directly affects the labor process of the pregnant. Labor pain can be managed and the management of this pain could be provided with well midwifery care. So, midwives should take an active part in management of this pain by incorporating nonpharmacological methods into intrapartum care. Midwives should apply the pharmacologic methods with own autonomy by supporting participation of the pregnant in the decision making process. With this aim, midwives should follow nonpharmacologic approaches in pain management and should apply evidence based methods with individualized midwifery care special to pregnant. The purpose of this review is to examine nonpharmacological methods detailed that can be used in management of labor pain and midwifery profession being in the first place to contribute to healthcare professionals by determining results of works made about these methods.

Keywords: *Midwifery, labor pain, non pharmacological methods, labor*

Geliş Tarihi / Received: 01.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 02.07.2020

* Uzman Ebe, Ankara Şehir Hastanesi-Kadın Doğum Hastanesi, Doğum Salonu

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Nükhet Kaçar, nk.nukhetkacar@gmail.com

GİRİŞ

Doğum süreci; gelişimini tamamlamış olan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve eşlik eden birtakım yardımcı mekanizmaların katkısı ile doğum kanalından geçmesi ve sonrasında, fetüs ve diğer konsepsiyon ürünlerinin dışarıya atılmasından oluşmaktadır (Kömürcü, 2013; İpek, 2014; Türkmen, 2017). DSÖ doğum sürecinin başlama zamanını, 22. gebelik haftasından sonra vajinadan su gelmesi, kan lekeli mukus akıntısının olması, aralıklı karın ağrısı ya da kasılma varlığı ile serviksin incelmesi veya servikal çapta artışın olması olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2017).

Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı birçok faktöre göre değişiklik gösteren subjektif bir yapıya sahiptir. Normal bir sürecin parçası olan doğum ağrısı diğer ağrılardan farklı olarak; doğumun ilerlemesini, anne ve bebeğin buluşmasını sağlayan hormonların uyumlu çalıştığı fizyolojik özelliklere sahiptir. Bu ağrı için gebenin hazırlanma zamanı vardır. Dolayısıyla gebelerin ağrıyla baş etme ve ağrıyı yönetme yetisini geliştirmek için doğuma hazırlık eğitimi verilmelidir (Kömürcü, 2013; Gaskin, 2015; Gonzalez, Trehan & Kamel, 2016; Bonapace et al., 2018).

Doğum ağrısı, doğumun evrelerine göre farklılık göstermektedir. Doğumun birinci evresindeki ağrı çoğunlukla uterus kasılmaları ve serviksin uyarılmasından kaynaklanan doku özellikli ağrıyken, ikinci evredeki ağrı vajina ve perinede gerilme, uterus ve pelvik organlar üzerinde traksiyon, pelvik taban kaslarının distansiyonu nedeniyle somatik özelliktedir. Doğumun üçüncü ve dördüncü evresindeki ağrı ise doku hasarı ve travmaya bağlı özellik göstermekte ve plasentanın atılması ve uterus involüsyonundan kaynaklanmaktadır (Gonzalez et al., 2016).

Doğum Ağrısının Yönetilmesi

Obstetrik bakımın vazgeçilmez bir parçası olan doğum ağrısının yönetilmesi; prepartum, intrapartum ve postpartum bakım maliyetinin azaltılmasını sağlamaktadır. Doğum ağrısının yönetimi için farmakolojik olmayan yöntemler hakkında gebeye bilgi vererek gebe karar verme sürecine dahil edilmelidir. Kadının dahil edilmediği bir süreç kadını bağımlı kılmakta ve sağlık personelinin zorlamaktadır (Simkin & Bolding, 2004).

Doğum sürecinde yaşanan ağrı, gebe ve ebeğin birlikte yönetmesi gereken bir ağrıdır. Doğum ağrısının yönetiminde gecikme veya yönetimin niteliğinin yetersiz oluşu; olumsuz doğum deneyimi, negatif ebeklik ve doğum algısına sebep olabilir. Bu yüzden ebeler, doğum eylemi süresince her gebeye; pozitif iletişim dilini temel alarak bireyselleştirilmiş bakım planı sağlamalı ve doğum sürecinde gebenin doğum ağrısıyla baş edebilmesine destek olmalıdır. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılacak farmakolojik olmayan yöntemi gebe ile birlikte kararlaştıran ebe, bu yöntemi kendi otonomisi ile uygulayıp, annenin daha konforlu bir doğum süreci geçirmesini sağlayabilir. Aynı

zamanda gebede daha iyi bir ebelik ve doğum algısı oluşturabilir, gebenin ebesiyle doğum yapma isteğini de artırabilir.

Bu derlemenin amacı; intrapartum bakımın vazgeçilmez ögesi ve ebelik bakımının bağımsız rolü olan, doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamalarının çeşitlerini, uygulanış biçimlerini ve doğum sürecine etkilerini alanyazın taraması yaparak incelemek ve ebelik mesleği başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine katkı sağlamaktır.

YÖNTEM

Bu derlemede, doğum ağrısını gidermeye yönelik kullanılan farmakolojik olmayan yöntemleri belirlemek için Google ve Google Akademi Türkçe arama motorları üzerinde, 15.05.2019-20.05.2019 tarih aralığında İngilizce “labor pain”, “management of labor pain”, non-pharmacological methods in management of labor pain” ve “midwife and labor pain” anahtar kelimeleri ile Türkçe “doğum ağrısı”, “doğum ağrısının yönetimi”, “doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler” ve “ebe ve doğum ağrısı” anahtar kelimeleri ile Google Akademik, Science Direct, Wiley Online Library, Pubmed, Cochrane Library ve Ulusal Tez Merkezi veri tabanlarında taranarak yapılmıştır.

Derlemeye 2000-2019 tarihleri arasında yayınlanan ve tam metnine ulaşılabilen Türkçe ve İngilizce yayınlanmış, tanımlayıcı, randomize kontrollü çalışmalar, sistematik inceleme makaleleri ve tez çalışmaları dahil edilmiştir. Konu hakkında bilgi veren derlemeler, raporlar ve rehberler çalışma dışı bırakılmıştır. Konu ile ilgisi olmayan ve birbirinin tekrarı olan araştırma makaleleri de çıkarıldıktan sonra geriye 138 makale değerlendirmeye alınmıştır.

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler taramanın yapıldığı tarih başlangıcı olan 2000’li yıllardan itibaren kullanılmakta ve bu kullanım oranı yıllar içerisinde artma trendi göstermektedir. Bu yöntemlerin kullanımı ile ilgili çalışmalar da yıllar ile paralellik göstererek artmaktadır.

Bu derlemede doğum ağrısını azaltmada kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden her bir yönteme ait en güncel ve geniş sonuçlara sahip çalışmalara, meta analizlere ve sistematik derlemelere yer verilerek toplam 40 çalışma ile yöntemler açıklanmıştır. Derlemede yer verilen kaynakların veri tabanlarına göre dağılımı Tablo 1’de ve yöntemlere göre dağılımı ise Tablo 2’de gösterilmektedir. (Tablo 1, Tablo 2).

Tablo 1. Kaynakların veri tabanlarına göre sınıflandırılması

Veri Tabanı	Yazarlar
Pubmed	(Simkin & Bolding, 2004; Fogarty, 2008; Hutton et al., 2009; Derry et al., 2012; Hajiamini et al., 2012; Mollamahmutoğlu ve ark., 2012; Mortazavi et al., 2012; Allameh et al., 2015; Dong et al., 2015; Bolbol-Haghighi et al., 2016; Lakhan et al., 2016; Bonapace et al., 2018; Ranjbaran et al., 2017; Ghiasi et al., 2019; Suarez et al., 2019)
Science Direct	(Taavoni et al., 2016; Shahoei et al., 2017; Ünalmış 2017; Ali & Hamdia 2018)
Cochrane Library	(Lawrence et al., 2013; Madden et al., 2016)
Researchgate	(Askari et al., 2016; Regis et al., 2017; Tektaş ve ark., 2017; Veyilmuthu et al., 2017)
Diğer Veri Tabanları (Google Scholar, Ulusal Tez Merkezi, Korean Journal, Iranian Journal Vb. Alanında İndeksli Ulusal Dergiler)	(Karami et al., 2007; Hashemi et al., 2012; Barbieri et al., 2013; Ghani, 2014; İpek, 2014; Vaziri et al., 2014; Ganji et al., 2015; Rastegarzade et al., 2015; Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Altıparmak ve Coşkun, 2016; Mamuk, 2017; Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017; Hu et al., 2017; Mardliyan et al., 2017; Payendah et al., 2017; Türkmen, 2017; Yılmaz Esencan ve ark., 2018; Rajiani et al., 2019)

Tablo 2. Kaynakların yöntemlere göre sınıflandırılması

Yöntem	Yazar	Çalışma Türü
Doğuma Hazırlık Kursu	(Altıparmak ve Coşkun, 2016; Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017; Yılmaz Esencan ve ark., 2018)	Araştırma Makalesi
Yoga	(Smith et al., 2018)	Cochrane Sistemik Derlemesi
Hareket Özgürlüğü, Yürüyüş, Pozisyon Değişikliği	(Simkin & Bolding, 2004; Lawrence et al., 2013)	Araştırma Makalesi, Cochrane Sistemik Derlemesi
İntradermal Su Blokları, Steril Su Enjeksiyonu	(Fogarty, 2008; Hutton et al., 2009; Derry et al., 2012; Mamuk, 2017)	Araştırma Makalesi, Cochrane Sistemik Derlemesi
Solunum Teknikleri	(Simkin & Bolding, 2004; Bonapace et al., 2018)	Araştırma Makalesi, SOGC Klinik Uygulama Kılavuzu
Gevşeme, Refleksoloji	(Bonapace et al., 2018; Smith et al., 2018)	SOGC Klinik Uygulama Kılavuzu, Cochrane Sistemik Derlemesi
Müzik	(Simkin & Bolding, 2004; Bonapace et al., 2018; Smith et al., 2018)	Araştırma Makalesi, SOGC Klinik Uygulama Kılavuzu, Cochrane Sistemik Derlemesi
Doğum Havuzu, Banyo, Duş, Hidroterapi	(Mollamahmutoğlu ve ark., 2012; Barbieri et al., 2013)	Araştırma Makalesi
Akupunktur, Akupressür	(Allameh et al., 2015; Dong et al., 2015; Rastegarzade et al., 2015)	Araştırma Makalesi
Hipnoz, Hipnoterapi, Hipnoz İle Doğum (Hipnobirthing)	(Simkin & Bolding, 2004; Madden et al., 2016)	Araştırma Makalesi, Cochrane Sistemik Derlemesi
Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı	(Payendah et al., 2017; Regis et al., 2017; Shahoei et al., 2017; Veyilmuthu et al., 2017; Suarez et al., 2019)	Araştırma Makalesi
Aromaterapi	(Lakhan et al., 2016; Ghiasi et al., 2019)	Sistemik Derleme ve Meta Analiz
Sıcak Ve Soğuk Uygulama, Paket, Terapi	(Ghani, 2014; Vaziri et al., 2014; Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Taavoni et al., 2016; Mardliyan et al., 2017)	Randomize Kontrollü Çalışma, Araştırma Makalesi
Masaj Terapisi, Tedavisi, Uygulaması	(Simkin & Bolding, 2004; Karami et al., 2007; Hajiamini et al., 2012; Hashemi et al., 2012; Mortazavi et al., 2012; Ganji et al., 2015; Askari et al., 2016; Bolbol-Haghighi et al., 2016; Hu et al., 2017; Tektaş ve ark., 2017; Ranjbaran et al., 2017; Ali & Hamdia, 2018; Smith et al., 2018, Rajiani et al., 2019)	Araştırma Makalesi, Sistemik Derleme, Randomize Kontrollü Çalışma, Sistemik Derleme ve Meta Analiz, Cochrane Sistemik Derlemesi

Doğum Ağrısının Yönetilmesinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Doğum sürecindeki müdahalelerin artmasıyla birlikte birçok profesyonel dernek; ağrı yönetimi için farmakolojik olmayan yöntemleri desteklemekte ve klinik rehberlerin geliştirilmesini önermektedir (Bonapace et al., 2018). Ağrıya farmakolojik olmayan yaklaşımda sağlık profesyonelleri, ağrıyı ortadan kaldırmayı değil, ağrıyla başa çıkabilmeyi sağlamalı ve iyi bir rehberlik sunmalıdır (Simkin & Bolding, 2004).

Doğuma Hazırlık Kursu

Gebelerin doğuma hazırlanması için oluşturulmuş kurslardır. İlk kurs programı Grantly Dick Read tarafından gebenin doğum sırasında karın solunum egzersizleri yapması ve gevşemesiyle birlikte doğum korkusu ve ağrısıyla başa çıkabileceğini ileri sürmesi ile geliştirilmiştir. Bradley yöntemi ise eşin koçluğunu vurgulayarak doğumun eşler arasında paylaşılması gereken bir deneyim olduğunu temel almaktadır. Lamaze yöntemi kadının bilinçli bir şekilde nefes almasını sağlayarak, solunum kontrol mekanizması ile kasların gevşemesini ve doğum ağrısının azalmasını hedefleyen psikoprofilaktik bir yöntemdir. Mongan yöntemi pozitif doğum dilini kullanan hypnobirthing temelli bir metottur. Farkındalığa dayalı doğum ve ebeveynlik modeli ise eğitimlerinde yoga, meditasyon gibi konulara değinmektedir. England yönteminde rol-play yapma, maket yapma, resim çizme gibi teknikler kullanılarak, gebenin yaşadıklarının anlaşılmasına odaklanılmaktadır. Doğuma hazırlık kursu, sınıf düzeni, kişi sayısı ve konular önceden belirlenmelidir (Simkin & Bolding, 2004).

Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum ağrısı ile baş ettiği, yarı oturur pozisyonda doğum yaptığı (Gönenç ve Çakırcı Çalbayram, 2017), doğum öncesi eğitimden memnun kaldığı (Altıparmak ve Coşkun, 2016), tentene teması isteme ve uygulama, ilk emzirme zamanı ve doğum şekli ile ilgili anlamlı bir ilişkisi olduğu (Yılmaz Esencan ve ark., 2018) bulunmuştur.

Yoga

Yoga esneklik ve güç egzersizlerini; nefes, gevşeme ve meditasyonla birleştiren bir tekniktir. Kadınları doğum için hazırlayarak endorfin salınımını sağlar. Doğum öncesi eğitimlerde nefes egzersizi, meditasyon ve yoga konuları da anlatılmaktadır (Bonapace et al., 2018). Cochrane sistematik derlemesinde yoga yapan gebelerin, doğum ağrısı şiddet seviyelerinin daha az olduğu ve yogadan memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Smith, Levett, Collins & Jones, 2018).

Hareket Özgürlüğü/ Yürüyüş/ Pozisyon Değişikliği

Kadınlar doğum ağrısıyla baş ederken yürüyüş yapmak, hareket etmek ve pozisyon değiştirmek yönünde eğilim göstermektedir (Simkin & Bolding, 2004). Lawrence ve arkadaşları (2013), yapmış oldukları bir Cochrane sistematik derlemesinde 5218 kadını incelemeye almıştır. Çalışmanın sonucunda doğum sürecinde dik ve harekete izin veren pozisyonları uygulayan kadınlarda, uygulamayan kadınlara göre; doğumun birinci evresinin süresinin yaklaşık bir saat 22 dakika kısaldığı, epidural analjezi ihtiyacı ile kullanım oranının daha az olduğu ve sezaryen doğum oranının düştüğü bildirilmiştir (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013).

İntradermal Su Blokları/Sterile Su Enjeksiyonu

İntradermal su bloklarının kullanımı, doğumdaki bel ağrısını azaltmakta etkilidir. İntradermal su blokları, posterior superior iliak omurganın üzerine dört tane 0,05 ila 0,1 ml steril su enjeksiyonu

uygulanması ile yapılır (Simkin & Bolding, 2004; Martensson et al., 2018). Derry ve arkadaşlarının (2012), 766 kadını inceledikleri Cochrane sistematik derlemesinde; uygulama yapılan kadınların daha az bel ağrısı algıladıkları belirtilmiştir (Derry, Straube, Moore, Hancock & Collins, 2012). Yapılan başka bir sistematik derlemede, doğum eyleminde steril su enjeksiyonu uygulanan kadınların sezaryen doğum oranının daha düşük olduğu bulunmuştur (Hutton, Kasperink, Rutten, Reitsma & Wainman, 2009). Doğum sırasında steril su enjeksiyonu uygulanan kadınlarda, uygulanmayan kadınlara oranla; bel ağrısının daha az olduğu başka bir çalışmanın sonucunda bildirilmiştir (Mamuk, 2017). Fogarty'nin 2008 yılında 6 randomize kontrollü çalışmayı dahil ettiği sistematik derlemesinde ise, doğum eylemi sırasında steril su enjeksiyonu uygulanan kadınların; doğumda bel ağrılarının 10 dakika ila 2 saat arasında azaldığı sonucuna varmıştır (Fogarty, 2008).

Solunum Teknikleri

Doğum ağrısını yönetmede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olan solunum teknikleri hem sakinleşmeyi sağlar hem de kadının kontrol duygusunu artırır. Çalışmalarda solunum tekniği kullanan gebelerin, memnuniyet düzeylerinin yüksek, vajinal yırtıkların düşük ve ağrı algısının daha az olduğu bulunmuştur. Solunum egzersizleri kullanan kadınların; bebeklerinin özel bir bakım odasında kalmasını isteme oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda bu kadınların ebeveyn olma sürecine daha hakim olduğu ve bebekleri ile bağlanmasının daha güçlü olduğu bulunmuştur (Simkin & Bolding, 2004; Bonapace et al., 2018).

Gevşeme/Refleksoloji

Refleksoloji sinir noktalarının uyarılması sonucu elektrokimyasal mesajların oluşumuna ve endorfin salınımına yol açan invaziv olmayan bir ağrı rahatlatma yöntemidir (Bonapace et al., 2018). Cochrane sistematik derlemesinde gevşeme teknikleri kullanan kadınların doğum ağrısının azaldığı ve uygulamadan memnun kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Smith et al., 2018). Obstetrik alanda uygulanan refleksolojinin uterus kontraksiyonlarının düzenlenmesi, deneyimlenen ağrı ve kaygı düzeyinin azaltılması, oksitosin salınımının uyarılması, doğumun ilerlemesi ve eylemin süresinin kısaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Bonapace et al., 2018).

Müzik

Beynin sağ yarım küresinden algılanan müzik, hipofiz bezini endorfin salgılanması için uyarabilir (Simkin & Bolding, 2004). Cochrane sistematik derlemesinde doğumun latent fazında müzik dinletilen gebelerin doğum ağrı skorları daha düşük bulunmuştur (Smith et al., 2018). Obstetrik alanda kaygıyı azaltmak, dikkati dağıtmak, kontrol duygusu ve gevşemeyi artırmak, doğum ağrısını azaltmak için kullanılabilir. Kadının müziğini kendi seçmesi kendisine kontrol hissi verir (Simkin & Bolding, 2004; Bonapace et al., 2018).

Doğum Havuzu/Banyo/Duş/Hidroterapi

Doğumda suyun kullanımı üzerine yapılan ilk bilimsel yayın 1973 yılında yayınlanmıştır (Simkin & Bolding, 2004). Doğum sürecinde uygulanan hidroterapi ile ilgili yapılan çalışmalarda, hidroterapi kullanan kadınların anksiyete ve ağrı skorları daha düşük, doğumun 2. ve 3. evresi daha kısa, indüksiyon ve epizyotomi ihtiyacının daha az (Mollamahmutoglu ve ark., 2012; Barbieri, Henrique, Chors, Maia & Gabrielloni, 2013) olduğu bulunmuştur.

Akupunktur/Akupresür

Akupunktur fizyolojik fonksiyonları kontrol ederek organizmadaki doku hasarlarını düzeltmektedir. Vücutta 12 adet meridyen ve 365 adet akupunktur noktası vardır. Belirli noktaların birleşiminde cilde ince iğnelerin batırılması ardından iğnelerin döndürülmesi, ısıtılması veya elektriksel uyarılmasıyla, vücuttaki rahatsız edici semptomlar hafifletilir (Simkin & Bolding, 2004). Ağrının iletim teorilerinden kapı kontrol teorisine göre, nörolojik sistemdeki kapı mekanizmaları belirli sayıda ağrı uyarılarını iletmektedir. Dolayısıyla ağrı yerine başka uyarıların bilince gönderilmesiyle ağrı azalmaktadır. Akupunktur/akupressür uygulaması, kapı kontrol teorisindeki kapı mekanizmalarından geçerek, ağrı uyarısının kapıdan geçmesini ve bilince ulaşmasını engellemektedir. Bilince ulaşan akupunktur/akupressür uygulaması ağrı geçişini engellediği için doğum ağrısını azaltmaktadır (Bonapace et al., 2018). Akupunktur/akupressür uygulanan gebelerle yapılan çalışmalarda; gebelerin doğum süresi ve ağrı skoru (Allameh, Tehrani & Ghasemi, 2015; Dong, Hu, Liang & Songying, 2015; Rastegarzade, Abedi, Valiani & Haghghi, 2015) daha düşük bulunmuştur.

Hipnoz/ Hipnoterapi/ Hipnoz ile Doğum (Hipnobirthing)

Hipnoz 19. yüzyılın başlarından beri doğum ağrılarını azaltmak için kullanılmaktadır (Simkin & Bolding, 2004). Madden ve arkadaşlarının (2016), 2954 kadını inceledikleri Cochrane sistematik derlemesinde hipnozun ağrı düzeyi ve analjezi ihtiyacını azalttığı bulunmuştur (Madden, Middleton, Cyna, Matthewson & Jones, 2016). Mevcut kanıtlar hipnozun doğumdaki ağrıyı azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir (Simkin & Bolding, 2004).

Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)

Derialtı elektriksel sinir stimülasyonu, düşük voltajlı elektrik darbelerinin el tipi bir pille çalışan jeneratörün yüzey elektrotları ile cilde aktarılmasıdır. Doğum ağrısını azaltmak için bir çift elektrot T10-L1 seviyesine, diğeri S2 ila S4 seviyesine paralel yerleştirilir. Kadın bir kadranı çevirerek akımın yoğunluğunu kontrol eder ve TENS ünitesindeki kadranları ayarlayarak yoğunluğu değiştirebilir. Transkütan elektriksel sinir uyarımı, karıncalanma hissine sebep olur (Simkin & Bolding, 2004). Transkütan elektriksel sinir uyarımı uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalarda, TENS'in doğum ağrısını belirgin bir şekilde azalttığı ve farmakolojik ajan kullanımını ertelediği bildirilmiştir

(Payendah, Nassiri, Nahidi & Fouladi, 2017; Regis et al. 2017; Shahoei, Shahghebi, Rezai & Naqshbandi, 2017; Veyilmuthu, Govindan, Venugopalan & Panicker, 2017; Suarez et al., 2019).

Aromaterapi

Bitkilerden damıtılmış konsantre esansiyel yağlar veya esansları kullanma bilimidir. Obstetrik alanda korku, endişe ve ağrıyı azaltmak, refah duygusunu artırmak, amacıyla kullanılabilir (Simkin & Bolding, 2004). Aromaterapi kullanımı ile ilgili yapılan sistematik derlemelerde; aromaterapinin doğum ağrısını (Lakhan, Sheaffer & Tepper, 2016) ve anksiyete düzeyini (Ghiasi, Bagheri & Haseli, 2019) etkin bir şekilde azaltabileceği bildirilmiştir.

Sıcak ve Soğuk Uygulama/ Paket/ Terapi

Farklı sıcaklıklarda çeşitli materyallerle turlu bۆlgelere yapılan yuzeysel uygulamalardır. Isı kaynakları arasında; sıcak su şişesi, ısıtılmış pirinç, dolgulu çorap, sıcak kompres, elektrikli ısıtma yastığı, sıcak battaniye, sıcak banyo veya duş vardır. Soğuk uygulama formları; buzla dolu eldiven veya torba, donmuş jel paketi, buz dolu şişe, soğuk suya daldırılmış bez ve dondurulmuş sebzeler olabilir. Sıcak ve soğuk uygulama ile ilgili yapılan çalışmalar; bu uygulamaların, ağrının azaltılması ile enflamasyon, ödem ve kas spazmının giderilmesi için kullanılabilirliğini göstermektedir (Simkin & Bolding, 2004).

Sıcak terapi uygulanan kadınlar ile yapılan çalışmalarda, bu kadınların doğum ağrısı algıları (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Taavoni, Sheikhan, Abdolalian & Ghavi, 2016) ve perineal travma ile ağrı düzeyleri (Vaziri et al., 2014) daha dūřuk bulunmuştur. Bařka bir çalışmada; soğuk uygulamanın doğum ağrısını ve doğum süresini azalttığı, maternal-fetal sağlık üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Mardliyana, Raden & Hani, 2017). Sıcak ve soğuk uygulamanın birlikte değerlendirildiği çalışmalarda ise; uygulama yapılan kadınların doğum ağrısı ve kaygı düzeyleri daha dūřuk, doğumdan memnuniyet düzeyleri daha yüksek (Ghani, 2014) bulunmuştur.

Masaj Terapisi/ Tedavisi/ Uygulaması

Gebe kadına dokunmak, pozitif iletişim, güven ve kaliteli bakımı sağlar. Yapılan çalışmalarda masaj tekniği kullanılan kadınların doğumlarında, masaj tekniği kullanılmayan kadınlara göre, vajinal yırtık ve forseps kullanımı oranı daha az, ruh halleri daha iyi, daha az ağrı, anksiyete içinde ve daha fazla güvende hissettikleri bulunmuştur (Simkin & Bolding, 2004).

Masaj uygulamasının doğum sürecinde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda; masajın doğum ağrısını (Mortazavi, Khaki, Moradi, Heidari & Rahimparvar, 2012; Askari, Alavi & Dashtinezhad, 2016; Hu, Brettle, Jiang & Zeng, 2017; Rajiani, Hendra, Sudirman, Sumami & Hartati, 2019), süresini (Askari et al., 2016; Bolbol-Haghighi, Masoumi & Kazemi, 2016) ve doğumla ilgili stresi (Mortavazi

et al., 2012) azalttığı bulunmuştur. Aynı zamanda doğum memnuniyetinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Mortavazi et al., 2012). Başka bir çalışmada da, masaj yapılan kadınların yenidoğanlarının 1. ve 5. dakikadaki apgar değerlendirmesinin daha yüksek olduğu ve masajın gebelerde psikolojik iyilik halini artırdığı bildirilmiştir (Bolbol-Haghighi et al., 2016).

Masaj ile diğer teknikleri kıyaslayan çalışmalara bakıldığında; buz masajı uygulaması ile akupresür tekniklerinin kıyaslandığı bir çalışmada; iki yöntemin etkili olduğu ancak buz masajının, akupresüre göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Hajiamini, Msoud, Ebadi, Mahboubh & Matin, 2012). Sırt masajı ve pozisyon değişiminin kıyaslandığı bir çalışmada ise; ağrıyı azaltma açısından sırt masajının pozisyon değişikliğinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (Ali & Hamdia, 2018). Yapılan çalışmalarda masajın doğum ağrısı ile başa çıkmak için uygun bir yöntem olduğu (Karami, Safarzadeh & Fathizadeh, 2007; Hashemi, Badakhsh, Shahdadi, Heydari & Hashemi, 2012; Tektaş, Akay, Mak ve Ay, 2017) belirtilirken, sistematik derlemelerde de masajın doğum ağrısını azaltmakta faydalı olduğu (Ganji, Jafari & Keramat, 2015; Ranjbaran, Khorsandi, Matourypour & Shamsi, 2017); ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Smith et al., 2018).

Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Avantajları

Farmakolojik olmayan yöntemler; ağrı hissini ve farmakolojik ajan kullanımı ile gereksinimini azaltma konusunda etkilidir (Lawrence et al., 2013; Madden et al., 2016; Payendah et al., 2017; Regis et al. 2017; Shahoei et al., 2017; Veyilmuthu et al., 2017; Suarez et al., 2019). Aynı zamanda ağrıyı azaltma konusunda farmakolojik olan yöntemlerle karşılaştırılabilir düzeyde veya daha üstündür (Simkin & Bolding, 2004; Allameh et al., 2015; Payendah et al., 2017). Bu yüzden analjeziklerin yerine tercih edilebilir. Hekim istemine gerek duyulmamaktadır. Kullanımı kolay ve ucuz olup etkinliğini artırmak için birçok yöntem bir arada kullanılabilir. Kadına özgüven ve kontrol duygusunu verir, anksiyetesini azaltır ve kadının iş birliği ile aktif katılımını sağlar (Kömürcü, 2013).

Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Dezavantajları

Uygulanan bazı yöntemler ek güvenlik önlemi gerektirebilir. Yöntemlerin kullanımı yaygın değildir. Yöntemler ile ilgili yapılan çalışma sayısı azdır bu yüzden daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Öğrenme ve uygulama için zaman gerekir. Ebe sürekli meşgul olabilir (Kömürcü, 2013).

Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanılmasında Ebenin Rolü

Gebeleri doğum sürecine hazırlamak ve pozitif doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak, ebenin önemli rolleri arasındadır. Gebenin, doğum öncesinde doğum konusunda sahip olduğu bilgiler değerlendirilmeli, doğum ağrısıyla baş etmede her gebeye özgü bakım planı yapılmalıdır. Ebeler,

gebelerin doğuma dair anksiyete ve korkularını azaltmada önemli sorumluluklara sahiptir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Kömürçü, 2013; İpek, 2014; Türkmen, 2017).

Doğum ağrısını yönetebilmek için; öncelikli olarak gebenin algısını ve odağını bu yönetime yönlendirmeli, farkındalık oluşturulmalıdır. Ebe, annenin beklentilerini öğrenmeli ve kadına farmakolojik olmayan yöntemleri sunmalıdır. Gebenin içsel yeteneklerini destekleyen obstetrik uygulamaları sağlamalıdır. Hormonal aktiviteyi optimize ederek, doğum eyleminin fizyolojik olarak başlamasına izin vermelidir. Doğal oksitosin salınımını teşvik etmek için; anne ve fetüsü, mahremiyeti korumalı, kadının kendisini güvende hissetmesini sağlamalıdır. Doğumun fizyolojisine saygı duyarak, müdahalelerden kaçınmalı ve gebenin istediği şekilde hareket etmesine, hidrasyonuna ve beslenmesine engel olmamalıdır. Gebelerin soru sormasını desteklemeli, gerekli bilgiyi vermelidir. Doğumda sürekli ve duygusal yönden kadını desteklemelidir. Gebenin algısını ağrının yönetilebileceği yönünde değiştirdikten sonra, farmakolojik olmayan yöntemleri uygulamak için gebe ile birlikte karar vermelidir (Türkmen, 2017; Bonapace et al., 2018).

Ebe fiziksel, duygusal, bilgilendirici ve savunucu yönden sürekli destek sağlayarak; anneye, kendisine güvenmesini ve yapabileceğini aşılmalıdır. Kadını “Güzel ıkmıyorsun, bebeğini iyi ilerlettin”, “Bu kasılmalar şiddetli fakat sen çok iyi başa çıkabiliyorsun.”, “Her şey yolunda gidiyor, olması gerektiği gibi ilerliyor.” ve benzeri geri bildirimlerle cesaretlendirmeli ve gebenin alınan kararlara katılmasını teşvik etmelidir. Stressiz, loş ışıklı sakin bir ortam yaratarak, kadının kendini korunmuş ve güvende hissetmesini sağlamalıdır. Gebe hazır olduğunda, ağrısı ile başa çıkabilmek için, gebenin istediği yöntemi ebe uygulamalıdır. Annenin farmakolojik olmayan yöntem deneyimini anlayabilmek, memnuniyeti ve ağrıyı değerlendirebilmek için, kapalı uçlu ve olumsuz dil yerine, açık uçlu ve olumlu dili kullanarak (“Ağrınız var mı?” yerine “Şimdi nasıl hissediyorsunuz?”) sorular sormalıdır. Ebe ağrıyı ve yöntemi değerlendirip, gerektiğinde alternatif olarak; masaj, akupunktur, aromaterapi, hidroterapi, müzik gibi diğer farmakolojik olmayan yöntemleri önermeli ve sırasıyla denemelidir. Birden fazla farmakolojik olmayan yöntemi (masaj ve müzik, hipnoz ve müzik, aromaterapi, müzik ve hidroterapi vb.) bir arada uygulayabilir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Bonapace et al., 2018).

Doğum sürecinde gebenin hakkını ebeler savunmalıdır. Doğumun destekçisi olarak ebeler, gebeye yardım etme, gebenin ihtiyaçlarını karşılama, konforunu sağlama, benlik saygısını artırmada her kadına özgü destekleyici bakım ve ebelik hizmeti sağlamalıdır. Ebeler doğum sonuçlarını geliştirme, gebenin pozitif doğum deneyimi yaşamasını sağlama, ebeveynlik rolüne uyum sürecini hızlandırma ve anne bebek bağlanmasını sağlamada öncülük etmelidir. Doğumun her aşamasında, kadına ve verdiği tepkilere duyarlı ve saygı olmalı, yargılayıcı olmamalı, kadının haklarını korumalı ve güvenliğini sağlamalı, isteklerini söyleyebilmesi için cesaretlendirmelidir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Kömürçü, 2013; İpek, 2014; Türkmen, 2017).

Ebeler farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında aktif rol almalıdır. Araştırmaları yakından takip etmelidir. Kanıta dayalı yaklaşım göstererek ebelik bakımı sunmalıdır. Farmakolojik olmayan yöntemi/yöntemleri gebe ile birlikte karar vererek uygulamalı, olumlu ve olumsuz yönlerini tartışmalıdır. Farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması, hekim istemi gerektirmeyen ve yan etkinin en az düzeyde olması nedeniyle ebeler tarafından bağımsız olarak güvenle uygulanabilmektedir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Kömürcü, 2013; İpek, 2014; Türkmen, 2017).

SONUÇ

Doğum her kadın için çok özel bir süreçtir. Bir kadının gerçekleştirdiği bütün doğumlar tıpkı parmak izi gibi birbirinden farklıdır ve ayrı bir önem taşımaktadır. Bu kadar önem taşıyan bu süreçte kadının en yakınında olan temel destekçi kişi ebedir.

Doğum eyleminde yaşanan ağrı, doğum eyleminin seyrini etkilemektedir. Bu yüzden kadına; doğum öncesi dönemde, doğum ağrısı ile başa çıkmada farmakolojik olmayan yöntemleri ve doğum hakkında diğer bilgileri içeren eğitim verilmesi, doğum eylemi sırasında annenin bilinçli olmasını sağlamaktadır. Ebeler prepartum dönemde eğitimlerine başlayarak gebeyi bu sürece hazırlamalıdır. Gebenin psikolojik olarak doğuma hazır olması, doğum sürecini olumlu etkilemektedir.

Ebeler doğum sürecinde yaşanan ağrıda, gebe ile birlikte karar vererek farmakolojik olmayan yöntem veya yöntemleri uygulamalıdır. Hekim istemine gerek olmadığından; ebenin otonomisi ile karar ve bakım vermesi ön plandadır. Doğum ağrısının yönetimi ancak iyi bir ebelik bakımı ile sağlanabilir. Ebe tarafından iyi yönetilmiş doğum ağrısı ve süreci; gebenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını, pozitif ebelik algısı oluşturmasını ve olası sonraki doğumlarını ebesi ile tercih etmesini sağlayabilir. Bu yüzden, ebeler her kadın için bireyselleştirilmiş nitelikli ebelik bakımı sağlamalıdır.

Ebeler doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemleri yakından takip etmeli, hizmet içi eğitimlerle pekiştirmeli ve kanıt temelli yaklaşımlarla birleştirerek uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

- Ali, S. A-S. K., & Hamdia, M. A. (2018). Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. *Pain Management Nursing*, 19(3), 288-94. doi: 10.1016/j.pmn.2018.01.006
- Ahmad-Shirvani, M., & Ganji, J. (2016). Comparison of separate and intermittent heat and cold therapy in labour pain management. *Nursing Practice Today*, 3(4): 179-86. <http://npt.tums.ac.ir>
- Allameh, Z., Tehrani, H. G., & Ghasemi, M. (2015). Comparing the impact of acupuncture and pethidine on reducing labor pain. *Advanced Biomedical Research*, 4(46). doi: 10.4103/2277-9175.151302
- Altıparmak, S., ve Coşkun, A. M. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-24. doi: 10.14687/jhs.v13i2.3744
- Askari, M., Alavi, A., & Dashtinezhad, E. (2016). Effect of back massage with sesames oil on pain and lenght of delivery in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 18 (183), 12-9. https://www.researchgate.net/publication/309582458_Effect_of_back_massage_with_sesames_oil_on_pain_and_length_of_delivery_in_primiparous_women
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Maia, NDeL., & Gabrielloni, M. C. (2013). Banho quente de aspersao, exercisios perineais com bola suiğa e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista De Enfermagem*, 26(5). doi: 10.1590/S0103-21002013000500012
- Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. Z., & Kazemi, F. (2016). Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 10(4), 12-5. doi: 10.7860/JCDR/2016/17447.7688
- Bonapace, J., Gagné, G., Challet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No.355- Physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 40 (2), 227-45. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003
- Derry, S., Straube, S., Moore, R. A., Hancock, H., & Collins, S. L. (2012). Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009107.pub2

- Dong, C., Hu, L., Liang, F., & Songying, Z. (2015). Effects of electro-acupuncture on labor pain management. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291 (3), 531-6. doi: 10.1007/s00404-014-3427-x
- Fogarty, V. (2008). Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour: a systematic review of the literature. *Women Birth*. 21 (4): 157-63. doi: 10.1016/j.wombi.2008.08.003
- Ganji, J., Jafari, Z., & Keramat, A. (2015). The effectiveness of massage on labor pain and duration of labor: systematic review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 18(158),19-27. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/282940000_The_effectiveness_of_massage_on_labor_pain_and_duration_of_labor_Systematic_review
- Gaskin, I. M. (2015). *Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi*. (Birinci Baskı) İstanbul: Sinek Sekiz Yayınevi. s.185-367.
- Ghani, R. M. A. (2014). Effect of heat and cold therapy during the first stage of labor on women perception of birth experience: a randomized controlled trial. *Journal Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(26). <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/view/17411/17833>
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A systematic review on the anxiolytic effect of aromatherapy during the first stage of labor. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), 51-60. doi: 10.15171/jcs.2019.008
- Gonzalez, M. N., Trehan, G., & Kamel, I. (2016). Pain management during labor part I: pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. *Topics in Obstetrics & Gynecology Practical CME Newsletter for Clinicians*, 36 (11). <https://www.deepdyve.com/lp/wolters-kluwer-health/pain-management-during-labor-part-1-pathophysiology-of-labor-pain-and-GII0WH0HY9> (Erişim Tarihi: 14.04.2019)
- Gönenç, M. İ., ve Çakırer Çalbayram, N. (2017). Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14(2): 1609-20. doi: 10.14687/jhs.v14i2.4424
- Hajiamini, Z., Msoud, S. N., Ebadi, A., Mahboubh, A., & Matin, A. A. (2012). Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18 (3): 169-72. doi: 10.1016/j.ctcp.2012.05.003
- Hashemi, Z. S., Badakhsh, M., Shahdadi, H., Heydari, M., & Hashemi, N. S. (2012). The effect on massage on intensity and duration of labor pain primigravida women in Zabol

- Amiralmoemenin Hospital. *Journal of Zabol University of Medical Sciences and Health Services*, 4(1): 85-93. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=439134>
- Hu, J., Brettle, A., Jiang, Z., & Zeng, Y. (2017). A systematic review and meta-analysis of the effect of massage therapy in pain relief during labor. *Journal of Nursing*, 6(4): 1-14. doi:10.18686/jn.v6i4.130
- Hutton, E. K., Kasperink, M., Rutten, M., Reitsma, A., & Wainman, B. (2009). Sterile water injection for labour pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 116 (9): 1158-66. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02221.x
- İpek, A. (2014). *Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Karaçam, Z., ve Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19 (1), s45-53. ISSN 1304-4869. <https://docplayer.biz.tr/14479560-Dogum-eyleminde-verilen-destekleyici-bakim-ve-ebe-hemsirenin-rolu.html>
- Karami, K. N., Safarzadeh, A., & Fathizadeh, N. (2007). Effect on massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(1):6-9. <http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/2/2>
- Kömürcü, N. (2013). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi.* (Birinci Baskı). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. s.14.
- Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Treatment*, 7, 1-13. doi: 10.1155/2016/8158693
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal position and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labor and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009356.pub2
- Mamuk, R. (2017). *Lumbosakral bölgeye uygulanan intradermal steril su enjeksiyonunun doğumda ağrı algısına etkisi.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Mardliyana, N. E., Raden, A., & Hani, U. (2017). Effect of ice gel compress towards labor pain during active phase stage I at private midwifery clinics in Surabaya city area. *Majalah Obstetri & Ginekologi*, 25 (1): 21-4. <https://pdfs.semanticscholar.org/ac78/93d778485d4d74abb37e061a7b4dd4f18ba9.pdf>
- Martensson, L. B., Hutton, E. K., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y., & Bergh, I. (2018). Sterile water injections for childbirth pain: an evidenced based guide to practice. *Women Birth*, 31 (5): 380-5. doi: 10.1016/j.wombi.2017.12.001
- Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, Ö., Özyer, Ş., Akın Su, F., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N., et al. (2012). The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of The Turkish-German Gynecological Association*, 13 (1), 45-9. doi: 10.5152/jtgga.2012.03
- Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K., & Rahimparvar, S. F. V. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1): 19-23. doi: 10.1007/s00404-012-2227-4
- Payendah, M., Nassiri, M., Nahidi, F., & Fouladi, A. (2017). Comparison of effects of transcutaneous electrical nerve stimulation with those of pharmaceuyical hyoscine- promethazine compound on pain intensiy during the first phase of labor. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 28 (9), 582-8. http://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=4025&sid=1&slc_lang=en (Erişim Tarihi: 07.02.2019)
- Rajiani, I., Hendra, M., Sudirman, Sumami, Hartati. (2019). Application of digital rubbing massage in pain level, comfort and duration of labor phase. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(1): 391-5. doi: 10.7860/JCDR/2016/17447.7688
- Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourypour, P., & Shamsi, M. (2017). Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 22(4). 257-61. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_109_16
- Rastegarzade, H., Abedi, P., Valiani, M., & Haghighi, M. H. (2015). The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women. *JAP*, 6(3), 54-63. http://jap.iuims.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-247-1&slc_lang=en&sid=1 (Erişim Tarihi: 07.03.2019)
- Regis, M. M., Honorio, GJdaS., Santos, KMdos., Luz Soraia, CTda., Luz, CMda., & Roza, Tda. (2017). The effect of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and cryotherapy in the relief of pain during labor. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 15(461). doi: 10.17784/mtprehabjournal.2017.15.461

- Shahoei, R., Shahghebi, S., Rezai, M., & Naqshbandi, S. (2017). The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: a clinical trial. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 28, 176-80. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.05.004
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49 (6). 489-504. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Jones, L. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. cochrane database of systematic reviews. doi: 10.1002/14651858.CD009290.pub2
- Suarez, A. B., Castillo, E. M., Andujar, J. G., Hernandez, J. A. G., Montesdeoca, M. P. Q., & Ferrer, J. F. L. (2019). Evaluation of the effectiveness of transcutaneous nerve stimulation during labor in breech presentation: a case series. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. doi: 10.1080/14767058.2019.1572110
- Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdollahian, S., & Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 99-102. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.04.001
- Tektaş, E., Akay, N., Mak, A. ve Ay, F. (2017). Vajinal doğumda ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1): 64-70. doi: 10.17681/hsp.285574
- Türkmen, H. (2017). *Masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı ve konfora etkisi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Vaziri, F., Farahmand, M., Samsami, A., Forouhari, S., Hadianfard, M. J., & Sayadi, M. (2014). The effects of warm perineum compress during the second phase of labor on first-birth outcomes. *Modern Care Journal*, 11(1), 28-36. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=377868>
- Veyilmuthu, R., Govindan, S., Venugopalan, M., & Panicker, S. (2017). effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on labour pain relief among primigravida and multigravida mothers. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(3), 980-5. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20170569
- World Health Organization. (2017). WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth.



Erişim

Tarihi

03.03.2019,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>

Yılmaz Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir Yıldırım, A., Ertuğrul Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç., ve ark. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (1): 31-43. doi: 10.26650/FNJN.387192

ROHHAD Sendromlu Olgunun King'in Amaca Ulaşma Kuramına Dayalı Bakımının Planlanması

Planning the Care of ROHHAD Syndrome Case Based on King's Theory of Goal Attainment

Yağmur ARTAN* , Yasemin YILDIRIM** , Fisun ŞENUZUN AYKAR** , Çiçek FADİLOĞLU** 

ÖZET

Giriş: ROHHAD (Rapid onset Obesity, Hypothalamic dysfunction, Hypoventilation and Autonomic Dysregulation); hipotalamik disfonksiyon, hipoventilasyon, otonomik disregülasyon ve hızlı başlangıçlı obezite ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. Literatürde bugüne kadar yüzün altında vaka bildirilmiştir. Etiyolojik faktörler net olmamakla birlikte, otoimmün ve genetik faktörlerin hastalığın genel tablosunda etkili olduğu düşünülmektedir.

Olgu Sunumu: ROHHAD Sendromu tanılı 17 yaşında kız hasta, kardiyak ve solunum arresti nedeni ile yoğun bakımda takip edilmiştir.

Tartışma: Karmaşık tanı ve tedavi süreci, ilerleyen prognoz nedeniyle hasta ve ailesi fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutlarda sorun yaşamaktadır. Hemşireler, hasta ve ailesine kanıta dayalı uygulamalar sağlayarak destek olmalıdır.

Sonuç: Bu makalede yoğun bakımda takip edilen hastaya King'in Amaca Ulaşma Kuramı çerçevesinde uygulanan hemşirelik girişimleri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım planı, hemşirelik teorisi, ROHHAD sendromu

ABSTRACT

Introduction: ROHHAD (Rapid onset Obesity, Hypothalamic dysfunction, Hypoventilation and Autonomic Dysregulation); is a rare syndrome characterized hypothalamic dysfunction, hypoventilation, autonomic dysregulation and rapid onset obesity. Less than a hundred cases have been reported in the literature to date. Although etiological factors are not clear, believed that autoimmune and genetic factors are effective in the overall picture of the disease.

Case report: A 17-year-old girl diagnosed with ROHHAD Syndrome was monitored in the intensive care unit due to cardiac and respiratory arrest.

Discussion: Due to complicated diagnosis and treatment process and progressive prognosis, patient and her family have problems in physical, social, psychological and economic dimensions. Nurses should support the patient and family by providing evidence-based practices.

Conclusion: In this article, the nursing interventions applied to the patient who was monitored in the intensive care unit within the framework of King's Goal Attainment Theory were examined.

Keywords: Care planning, nursing theory, ROHHAD syndrome

Geliş Tarihi / Received: 19.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 09.08.2020

* Araş. Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

** Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Yağmur ARTAN, ygm-artan@hotmail.com

GİRİŞ

ROHHAD (Rapid onset Obesity, Hypothalamic dysfunction, Hypoventilation and Autonomic Dysregulation; Hızlı başlangıçlı obezite, Hipotalamik disfonksiyon, Hipoventilasyon ve Otonomik Disregülasyon), bugüne kadar 78 hastada saptanan hızlı başlangıçlı obezite ile birlikte hipoventilasyon, hipotalamik disfonksiyon ve otonomik disregülasyon sendromu ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır (Kocaay, 2014). Gayet sağlıklı geçen 1,5-2 seneden sonra, 2-4 yaş arasında hiperfaji, dramatik kilo alımı ve gelişimin yavaşlaması ile hastalığın ilk semptomları görülmeye başlar. Hızlı başlangıçlı obeziteyi hipotalamik disfonksiyonun karakteristik semptomları (sıvı balansında bozulma, büyüme hormonu eksikliği, hipotiroidizm, adrenal yetmezlik ve bozulmuş puberte başlangıcı), alveolar hipoventilasyon ve otonomik disregülasyon (oftalmolojik belirtiler, gastrointestinal dismotilite, termal disregülasyon, bozulmuş vazomotor tonüs, artmış ağrı eşiği ve nöral tümörler) izlemektedir. Vakaların %40'ından fazlası nöral tümörlerle ilişkilidir. (Kocaay, 2014; Ibáñez-Micó, 2017; Barclay, 2018; Valea, 2014). Genetik altyapısı kanıtlanamamakla birlikte, PHOX2B genindeki mutasyonun santral hipoventilasyona neden olduğu belirtilmektedir. Hastalıkla ilgili bilgiler çok azdır, bildirilen mortalite oranı ise %50-60'tan daha yüksektir (Jalal Eldin, 2019).

Tedavide ise ventilasyonun yönetilmesi başlıca konulardandır. Bozulmuş ventilasyon, nörokognitif ve davranışsal bozulmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle evde etkili bir non-invaziv ventilasyon uygulaması ve uyku saatlerinin düzenli olması, hastanın yaşına göre normal hareketler sergilemesi için önemlidir. Medikal tedavide ise yüksek doz siklofosfamidin, vücut kütle indeksi ve nöropsikolojik fonksiyonlara pozitif etkisinin olduğu bildirilmiştir (Harvengt, 2020).

Diğer hastalık gruplarından farklı olarak oldukça nadir görülen ROHHAD sendromunda tanı, tedavi ve prognozun karmaşık süreci hasta ve ailesini çok yönlü alanlarda etkilemektedir. Bu durumda hasta ve ailesinin uzun bir süreci kapsayacak bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik bakımı, merkezine insanı alan bütüncül bir bakış açısına sahip olmalıdır. Kanıta dayalı ve etkin girişimler için kuramlara dayalı bakım verilmesi ile daha olumlu sağlık çıktıları elde edilecektir. King'in Amaca Ulaşma Kuramı çerçevesinde hemşireler; hastanın kendisi, ailesi ve çevresi ile etkileşim içinde olduğu zaman hasta ve ailesinin yaşamında pozitif etkiler oluşmaktadır. Ayrıca taburculuk sonrası dönemde de hasta ve ailesi süreç yönetiminde daha etkili olabilmektedir (Deniz, 2017; Uğur, 2017; Araujo, 2018).

İmogene King'in Amaca Ulaşma Kuramı

King, 1971'de kavramsal çerçevesini oluşturduğu çalışmasını zamanla geliştirip Amaca Ulaşma Kuramı olarak 1981'de yayınlamıştır. Teoride insanların hemşirenin odak noktası olduğu varsayılmaktadır. Hemşirelerin amacı; sağlığın desteklenmesi, sürdürülmesi, rehabilitasyon ve

hastalık, travma, yaşam sonu dönemde bakımdır. Hemşirelik alanı; hemşirelerin çoklu etkileşim içinde olduğu insanları, aileleri ve toplumları içermektedir. (King, 1992).

Kavramlar sisteminde amaç, üç dinamik etkileşimli sisteme kapsamlı bir bakış açısı sağlamaktır. Bu üç sistem; kişilerin, grupların ya da toplumların büyümesini, gelişmesini, sağlığını ve çalışmasını etkileyen çevreleri temsil etmektedir (Şekil-1). Bu genel sistemlerin yapısında belirgin amaçlar vardır ve bu da kişinin, grupların ve toplumların sağlığıdır (King, 1997). Bunlar;

Kişisel Sistemler; Bireylerin kendisi oluşturmaktadır. Her birey, çevresi ile etkileşim ve iletişim içinde bulunan bir sistemdir.

Kişilerarası Sistemler; İki veya daha fazla kişinin etkileşimi sonucu oluşur. Özellikle hemşire ve hasta arasındaki etkileşim sonucu oluşmaktadır. Bu iletişim karşındaki kişiyi anlamaya yöneliktir. Genellikle tanılamak amacıyla yargılayıcıdır ve amaçları etkileyebilir.

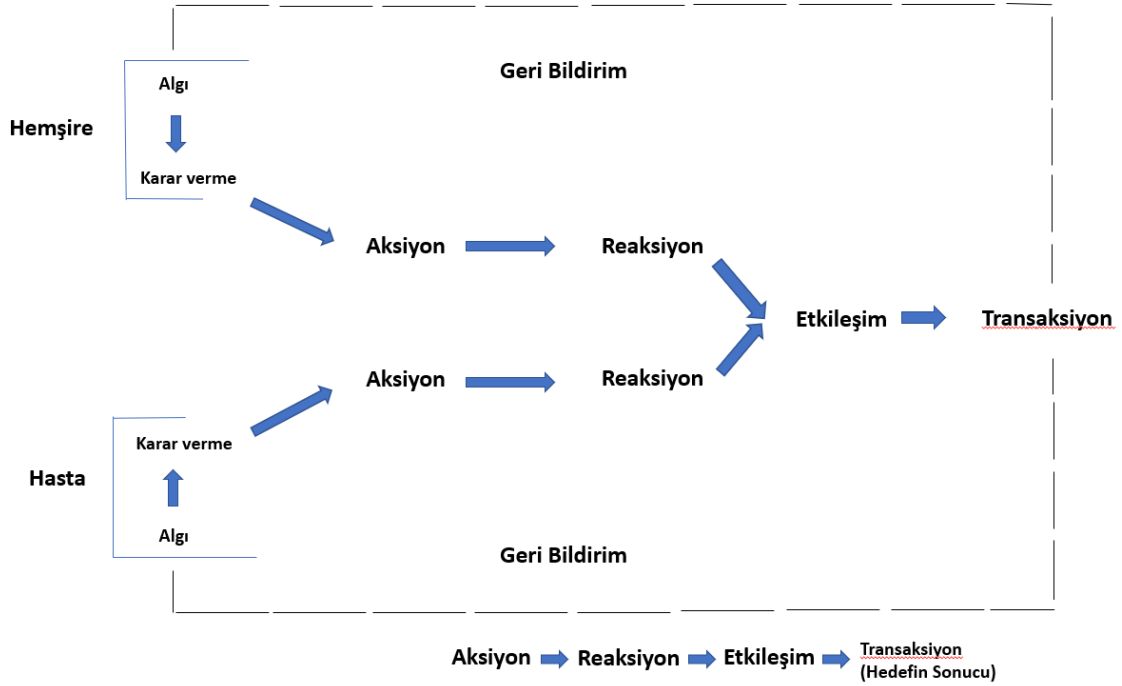
Sosyal Sistemler; ortak hedefi olan bireylerin oluşturduğu büyük gruplardan meydana gelmektedir (aile, şirket, toplum gibi). Sosyal sistemler ile olan iletişim bireyi çok yönlü etkilemektedir (Frey, 2002; Hajbaghery, 2018).



Şekil 1. King'in Kavramlar Sistemi

Amaca Ulaşma Kuramı ise King'in Kavramsal Sistemler modelinden elde edilmiştir. Majör 11 kavram bulunmaktadır; algılama, iletişim, karşılıklı etkileşim, etkileşim, öz, rol, büyüme ve gelişme, stres/stresör, baş etme, zaman ve kişisel alandır (King, 1997). Hemşire ile hasta ve/veya ailesi arasında etkileşim başladığında amaca ulaşılacağı öngörülmektedir (Şekil-2). Yine hemşirenin uyguladığı girişimler etkileşimi başlatacağı için amaca ulaşılacaktır. Teoride, amaca ulaşmada yol gösterici olan hemşire-hasta iletişiminin doğası betimlenmiştir. Amacın belirlenmesinde hemşirenin; hastanın endişelerini, problemlerini, sağlıktan sapmalarını tanılaması ve bilgileri hasta ve ailesi ile paylaşması önemlidir (King, 1992). Eğer hemşire-hasta etkileşimi gerçekleşirse amaçlara ulaşılacaktır. Hemşire ve hastanın, rol beklentisi ve rol performansı uyumlu olursa, etkileşim oluşacaktır. Bilgili ve becerikli bir

hemşire, uygun bilgileri hasta ile paylaşırsa, ortak amaçlar düzenleme ve amaçlara ulaşma görülecektir (Alligood, 2010).



Şekil 2. King'in Amaca Ulaşma Teorisi

Ayrıca kuramda; Amaca Ulaşma Kuramı ve klasik hemşirelik süreci arasındaki bağlantı da açıklanmakta ve Amaca Ulaşma Kuramı'nda bahsedilen hemşirelik süreci geleneksel hemşirelik sürecinden ayrı tutulmaktadır (King, 1997).

Tablo 1. Kuram ve Yöntem Olarak Hemşirelik Süreci

Bir Yöntem Olarak Hemşirelik Süreci	Bir Kuram Olarak Hemşirelik Süreci
Birbiriyle İlişkili Eylemler Sistemi	Birbiriyle İlişkili Kavramlar Sistemi
Veri Toplama	Hemşire ve Hastanın Algısı
Planlama	Hemşire ve Hastanın İletişimi
Uygulama	Hemşire ve Hastanın Etkileşimi
Değerlendirme	Hedefler Hakkında Karar Verme
	Hedeflere Ulaşmak İçin Aynı Fikirde Olma Etkileşimde
	Bulunma (Faaliyete Geçme)
	Amaca Ulaşma (Eğer ulaşılmadıysa nedeni?)

OLGU SUNUMU

BG 17 yaşında kız hasta. Beş yaşında başlayan çevreye zarar verme eğilimi, obezite ve fazla yemek yeme yakınması ile endokrin servisine başvuran hastaya ROHHAD sendromu tanısı

konmuştur. Takip eden süreçte hipotirodi, hipokortizolemi, hipernatremiye eşlik eden hipotermi, pnömoni, solunum yetmezliği (hipoventilasyon/ hipoksemi/ hiperkarbi) tanılarıyla tekrarlayan yoğun bakım yatış/çıkış öyküsü bulunan hastaya, uzamış mekanik ventilasyon süreci sonrasında 2016 yılında dış merkezde trakeostomi açılarak taburcu edilmiştir.

Son iki aydır bakım evinde bilinç açık koopere izlenirken solunum arrestini takiben kardiyak arrest gelişen hastaya 112 ekibi tarafından 10 dakika süreyle CPR (Cardiopulmonary Resuscitation, Kardiyopulmoner Resüsitasyon) uygulanmıştır. Geliş nörolojik muayenesinde Glaskow Koma Skalası Puanı (GKS) 5 olan ve hipotansiyon gelişen (MAP: 65 mmHg>) hastaya yeterli sıvı replasmanı sonrasında laktat takibi yapılarak nöradrenalin infüzyonu başlanmış ve eş zamanlı olarak tüm kültür örnekleri alınarak uygun antibiyoterapi (piperasilin tazobaktam) uygulanmıştır. Onuncu günde noradrenalin infüzyonu kapatılan ve mekanik ventilatörden ayrılan hasta 13.günde bilinç açık koopere spontan solunumda dış merkeze sevk edilmiştir.

Imogene King'in Kavramsal Sistem Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı

Algı, iletişim ve hasta hemşire etkileşimi	Amaçlarının Belirlenmesi Ve Amaçların Başarılması	Amaçlı Etkileşim Yapma	Amaçın Başarılması
<p>Hemşirenin Hastayı Algılaması: BG, solunum arrestini takiben kardiyak arrest ile yoğun bakımımıza kabul edilmiştir. Hastada trakeostomi mevcut, mekanik ventilatör aracılığı ile solunumu sağlanıyor.</p> <p>ETKİSİZ SOLUNUM ÖRÜNTÜSÜ</p>	<p>Hastanın mekanik ventilatörden ayrılarak spontan solumasının sağlanması.</p>	<p>-Hasta monitörize edilerek vital bulguları takip edildi. -Hastanın solunum sayısı, derinliği ve niteliği takip edildi. -Oksijen saturasyonu yakından takip edildi. -Gerek duyulduğunda aspire edildi. -Bakım sırasında ajitasyonu tetiklemeyecek düzeyde postüral drenaj uygulandı. -Aspire etmesini önlemek ve rahat oksijenlenmeyi sağlamak için yatak başı 45° olacak şekilde kaldırıldı. -Solunum yolu sekresyonlarının atılmasını kolaylaştırmak için hekim istemiyle order edilen sıvı tedavisi, bronkodilatörler ve nebuler uygulandı.</p>	<p>Onuncu günde mekanik ventilatörden ayrılarak alıştırma yaptırılmak için termovent ile oksijen verildi. 13. günde hasta spontan solunum ile dış merkeze sevkedildi.</p>
<p>Hemşirenin Hastayı Algılaması: Annesi BG'nin evdeki bakımını sürdürmekteydi. Yoğun bakım sürecinde annesi yanında bulunmayan BG'nin, ajite olduğu için ekstremiteleri tespit edildi ve bakımı hemşireler tarafından üstlenildi.</p> <p>ÖZ BAKIMDA YETERSİZLİK</p>	<p>Hastanın yoğun bakım sürecinde öz bakımının sağlanması.</p>	<p>-Hastanın temizlik alışkanlığını değerlendirerek yetersizlik durumu tanımlandı. (el-yüz temizliği, banyo, sıklığı, ağız bakımı, ayak bakımı, tırnak kesimi) -SF ile yüz ve göz bakımı yapıldı. -Ağız bakımı günde 6x1 antiseptik solüsyon ile sağlandı. -Ajite olduğu ve tırnakları ile kendini çizerek zarar vermemesi için tırnakları kesildi. -Yatak içi günlük vücut silmesi yapıldı. -Hastanın inkontinansı olduğu için alt bakımı yapıldı. -Hastanın bakımı verilirken mahremiyeti sağlandı.</p>	<p>Hastanın yoğun bakımda bulunduğu süre içerisinde öz bakımı sağlandı. Taburculuk sonrası evde bakım için aileye eğitim verildi.</p>
<p>Hastanın kendini algılaması: Hastayla iletişim kurmaya çalıştığımızda cevap vermiyordu, göz teması kurmuyordu ve ajiteydi. Korkmuş yüz ifadesi göze çarpıyordu.</p> <p>Hemşirenin hastayı algılaması:</p> <p>İLETİŞİMDE BOZULMA</p>	<p>Gözlem süresi boyunca hastayla en üst düzeyde iletişimin sağlanması.</p>	<p>-Hastayla göz teması kurularak, yüzüne bakılarak, açık ve net konuşuldu. -Gürültü oluşturan ve dikkati dağıtan gereksiz sesler en aza indirildi. -Hasta söyleneni anlamadığında aynı ses tonuyla, bağırmadan, kısa ve uygun sözcüklerle cümleler tekrarlandı. Hastayla iletişim kurulurken çevreye yönelik algılamasını sorgulamaktan çok çevreyi tanıtıcı ve doğru algılamayı kolaylaştırıcı bilgilendirmelere yer verildi. -Hasta cevap veremediğinde göz kırpması, parmak işaretleri gibi sözsüz iletişim teknikleri kullanıldı. -İletişimde olumsuz ifadelerden kaçınıldı. Cevap verebilmesi için zaman tanındı. -Evet ve hayır gibi tek kelimeyle cevap verebileceği sorular soruldu. -Hasta ile konuşma, hasta bir konuda sözlü veya sözsüz katılım sağlayıp sözlü iletişimde başarılı olduğu bir zamanda sonlandırıldı.</p>	<p>Hasta iletişim kurmak istediğinde göz teması kurdu, evet-hayır ile cevap verebileceği sorularda iletişime daha kolay katıldı ve iletişimi sürdürme daha başarılı gerçekleşti.</p>
<p>Bakım verenin kendini algılaması: Annesi, çocukluktan itibaren sürekli hastanede olduklarını ve BG'nin kendine zarar verme davranışlarını önleyemediklerini, artık hayatın akışına yetişemediğini söylemiştir.</p> <p>Hemşirenin bakım verenini algılaması:</p> <p>BAKIM VERİCİ ROLÜNDE ZORLANMA</p>	<p>Takep süresi sonunda bakım vericinin bakım rolünü zorlanmadan yapabilmesinin sağlanması ve bakım verici de tükenmişlik belirtilerinin gözlenmemesi</p>	<p>-Bakım rolünde zorlanmaya neden olan faktörler (bakıma yönelik algı, sosyal izolasyon gibi) belirlendi. -Bakım vericinin fiziksel ve emosyonel zorlanması üzerine konuşuldu. -Bakım verici, annesinin bakımının iyi olması konusunda gösterdiği çaba için takdir edildi. -Bakım verici, destek alabilecekleri sivil toplum kuruluşları konusunda bilgilendirildi ve bu konuda cesaretlendirildi. -Bakım verici, stresle baş etme becerileri konusunda bilgilendirildi. -Evde yaşayan diğer aile üyeleri ile bakım verme işinin olumlu ve olumsuz etkileri, bakım vericiyi takdir etmenin, sorunları ile ilgilenmenin, dönemler halinde dinlendirmenin, kendisine vakit ayırması için fırsat vermenin ve yardım etmeye hazır bulunmanın önemi konusunda tartışıldı. -Bakım verici, yakınlarından yardım isteme konusunda cesaretlendirildi. -Bakım vericiye kendi sağlığını koruması ve geliştirmesi konusunda bilgilendirme yapıldı.</p>	<p>Bakım vericiden bakım vermenin oluşturduğu zorluklarla mücadele etme konusunda geri bildirim alındı. Eşinin, eskiden BG ile çok ilgilenmediğini, kendisine çok destek olmadığını, fakat eşi ile BG'nin bakımı konusunda iletişim kurduktan sonra daha iyi anlaşıklarını belirtti.</p>

<p>Bakım vericinin hastayı algılaması: Annesi BG'nin normalde yürüyebildiğini fakat sürekli düştüğünü, duvarlara çaptığını, bu yüzden vücudunda sürekli travma izlerinin olduğunu belirtmiştir.</p> <p>Hemşirenin hastayı algılaması:</p> <p>TRAVMA RİSKİ</p>	<p>Bakım verilen süre içerisinde hastanın travma ve düşme deneyimlemesini önlemek.</p>	<p>Hastanın güvenlik durumu ve travma riski tanımlandı (İtaki düşme riski ölçeği puanı 23'dür.) Bireyi ortama oryante edecek girişimler uygulandı. Koruyucu önlemler konusunda hasta ve yakınları bilgilendirildi. Hastanın pozisyonu yavaş yavaş değiştirildi. Yatak seviyesi azaltıldı. Hastanın ajitasyonu olduğu için tespit uygulandı ve saat başı tespit kontrol edildi. Hastanın oryantasyonu artıkça ve ajitasyonu azaldıkça tespitler gevşetildi ve kaldırıldı. Mümkün olduğunca kolay müdahale edilebilecek, hemşire desğine yakın bir yatakta takip edildi. Sık sık hasta gözlemlendi. Yatağın alçak seviyede ve kolluklarının kaldırılmış şekilde olması sağlandı.</p>	<p>Düşme ya da travma bildirilmedi. İtaki puanı:13 Geçmiş travma bulguları dışında vücudunda travma ve düşme bulgusuna rastlanmadı.</p>
<p>Hemşirenin hastayı algılaması: BG'nin daha önce aspirasyon öyküsünün bulunması, nazogastrik sonda ile enteral beslenmesi, trakeostomisinin bulunması, ajite olması.</p> <p>ASPIRASYON RİSKİ</p>	<p>Bakım verilen süre içerisinde hastanın aspire etmesini önlemek</p>	<p>-Hastanın yutma durumu ve yutma refleksi gözlenerek değerlendirildi. -Hastanın vital bulguları (özellikle solunum) takip edildi. -Beslenme sırasında ve beslendikten sonra hasta dik oturuldu. -Beslemeye başlamadan önce tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edildi. -Gastrik rezidü kontrol edildi. -Besleme öncesi hastanın başı 30-45° yükseltildi. -Günde 6x1 antiseptik gargara ile ağız bakımı uygulandı. -Sekresyon durumu değerlendirilerek sık aspire edildi. -Taburculuk için hastaya bakım verecek kişi olan annesine eğitim verildi.</p>	<p>Aspirasyon bulguları gözlenmedi (hiperventilasyon,desaturasyon gelişmedi,sekresyon miktarında koyulaşma ve artma olmadı.)</p>
<p>Hemşirenin hastayı algılaması: BG'nin santral kateterinin, trakeostomisinin, üriner ve nazogastrik sondasının bulunması,13 boyunca yoğun bakımda yatmış olması.</p> <p>ENFEKSİYON RİSKİ</p>	<p>Yoğun bakımda yattığı süre içerisinde hastada enfeksiyon gelişmesini önlemek</p>	<p>-BG'de olası risk faktörleri tanımlandı ve değerlendirildi. -Enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş, ağrı, idrarda bulamıklık, pürülan akıntı vb.) takip edildi. -El hijyenine özen gösterildi ve diğer çalışanlar bu konuda uyarıldı. -Enfeksiyon gelişmesini önlemek için standart önlemler alındı. -Gereksiz invaziv uygulamalardan kaçınıldı -İnvaziv girişimlerde aseptik tekniğe dikkat edildi ve konuda diğer sağlık çalışanları uyarıldı. -Vital bulguları takip ve kayıt edildi. -Bg'de bulunan invaziv araçların bakımı (nazogastrik sonda, foley kateter, santral kateter, arter kateterizasyonu) rehberlere uygun olarak yapıldı. -İnvaziv girişim yerleri enfeksiyon belirtileri yönünden takip edildi (akıntı, kızamıklık, ısı artışı gibi). -Taburculuk için hastaya bakım verecek kişi olan annesine eğitim verildi.</p>	<p>Takip süresi boyunca enfeksiyon bulguları gözlenmedi (Vücut sıcaklığı 36° ile 37° arasında seyretti. CRP,BNP,Lökosit ve Laktat değerlerinde yükselme olmadı).</p>

TARTIŞMA ve SONUÇ

King'in Kavramsal Sistem Kuramı hemşirelik sürecinin planlama ve uygulama aşamalarını içerdiğinden özellikle hemşire ve hasta arasındaki etkileşim odaklı girişimlere yoğunlaşılmasına olanak sağlar. Aksuoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; King'in Amaca Ulaşma Kuramı'nın hemşirelik bakımında uygulanması ile hastanın kendi bakımında otonomi sahibi olmasının sağlandığı belirtilmiştir (Aksuoğlu, 2018). Başka bir çalışmada ise Alzheimer hastalarına King'in kuramı doğrultusunda verilen bakımın, hasta/bakım verici-hemşire etkileşimini desteklediği ifade edilmiştir (Uğur, 2017). Bu çalışmada, ROHHAD sendromu bulunan hastanın yoğun bakım sürecinde King'in Kavramsal Sistem Modeli'ne göre hemşirelik bakımı verilmiştir. King'in Kavramsal Sistem Modeli'ne göre ROHHAD sendromu hastasına uygulanan hemşirelik bakımının, hasta/ bakım verici-



hemşire etkileşimini desteklediği belirlenmiştir. Bireyin tüm yönleriyle değerlendirilmesini sağlamakta, hemşirelik uygulamalarında son derece gelişmiş düşünme becerilerini gerektirmekte, böylece bakımın kalitesini arttırmaktadır. Deniz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; King'in Amaca Ulaşma Kuramı çerçevesinde verilen bakımın, hastanın sağlık çıktılarına pozitif etkisi olduğu bildirilmiştir (Deniz, 2017). Bu kuramın hemşirelik süreci ile uyum göstermesi, kuramın uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Alligood, M.R. (2010). Family healthcare with King's Theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 99-104. doi: 10.1177/0894318410362553
- Araújo, E.S.S., Silva, L.F., Moreira, T.M.M., Almeida, P.C., Freitas, M.C., & Guedes, M.V.C. (2018). Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet], 71(3),1092-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0268.
- Aksuoğlu, A., Yanmış, S. ve Deşer, S.B. (2018).Yoğun bakım ünitesinde Imogene King' in Kavramsal Sistem Modeline göre bir kalp cerrahisi hastasının hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *SETSCI Conference Indexing System*, 3, 973-975.
- Barclay, S.F., Rand, C.M., Nguyen, L., Wilson, R.J.A., Wevrick, R., Gibson, W.T. et al. (2018). ROHHAD and Prader-Willi syndrome (PWS): clinical and genetic comparison. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13, 124. doi: 10.1186/s13023-018-0860-0.
- Deniz, A., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., & Aykar, F.Ş. (2017). A case of heart failure in the framework of King's Theory of goal attainment. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16), 63-7. doi: 10.5543/khd.2017.83007
- Frey, M.A., Sieloff, C.L. & Norris, D.M. (2002). King's conceptual system and theory of goal attainment: past, present and future. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 107-112. doi: 10.1177/089431840201500204
- Hajbaghery, M.A. & Tahmouresi, M. (2018). Nurse–patient relationship based on the Imogene King's theory of goal attainment. *Nursing and Midwifery Studies*, 7, 141-4. doi: 10.4103/2322-1488.235636
- Harvengt, J.,Gernay, C., Mastouri, M., Farhat, N., Lebrethon, M.C., Seghaye, M.C. et al. (2020). ROHHAD(NET) syndrome: systematic review of the clinical timeline and recommendations for diagnosis and prognosis. *Journal of Clinical Endocrinol Metabolism*,105(7),1–13. doi: 10.1210/clinem/dgaa247
- Ibáñez-Micó, S., Marcos A.M., de Murcia Lemauviel, S., Ruiz Pruneda, R., Martínez Ferrández, C., Domingo Jiménez, R. (2017). Rapid-onset obesity with hypothalamic dysregulation, hypoventilation, and autonomic dysregulation (ROHHAD syndrome): A case report and literature review. *Neurología*, 32, 616-622. doi: 10.1016/j.nrl.2016.04.008.
- Jalal Eldin, A.W., Tombayoğlu, D., Butz, L., Affinati, A., Meral, R., Ontan, M.S. et al. (2019). Natural history of ROHHAD syndrome: development of severe insulin resistance and fatty liver disease over time. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 5(9). doi: 10.1186/s40842-019-0082-y



- King, I.M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1),19-26. doi: 10.1177/089431849200500107
- King, I.M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nursing Science Quarterly*, 10, 180. doi: 10.1177/089431849701000411
- Kocaay, P., Şıklar, Z., Çamtosun, E., Kendirli, T. & Berberoğlu, M. (2014). ROHHAD Syndrome: reasons for diagnostic difficulties in obesity address for correspondence. *Journal of Clinical Research In Pediatric Endocrinology*, 6(4), 254-257. doi: 10.4274/jcrpe.1432
- Uğur, H.G., Orak, O.S., Alkan, S.A. & Yüksel, Ş. (2017). Examination of a patient with Alzheimer's Disease at home according to the conceptual system model of Imogene King: A case study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 48–53. doi: 10.14744/phd.2017.41736
- Valea, A., Silaghi, C.A., Ghervan, C.M.V., Silaghi, H., Florea, M., Simionescu, B. et al. (2014). Morbid child obesity with possible ROHHADNET- ROHHAD syndrome. case report. *Acta Endocrinologica*, (3), 515-524. doi: 10.4183/aeb.2014.515