

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 26

Sayı: 3

2010

HYO

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt 26, Sayı 3

2010

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)
Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Aynur ESEN
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi
Bornova - İzmir

Baskı Tarihi

29.04.2011

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından
yılda üç sayı/bir cilt olarak yayınlanır.

HAKEMLİ DERGİ

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ
DERGİ HAKEM KURULU

PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan
AKYOLCU Neriman
ARGON Gülümser
ARSLAN Hediye
AŐTI Nesrin
AŐTI Türkinaz
BAHAR Zühal
BAŞBAKKAL Zümrüt
BAYIK TEMEL Ayla
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BULDUKOĞLU Kadriye
BUZLU Sevim
ÇAM Olcay
ÇAVUŐOĐLU Hicran
ÇİMETE Güler
ECEVİT ALPAR Şule
EMİROĞLU Oya Nuran
ENÇ Nuray
ERCİ Behice
ERDOĞAN Semra
EROĞLU Kafiye
ESEN Aynur
EŞER İsmet
ETİ ASLAN Fatma
FADİLOĞLU Çiçek
GÖKDOĞAN Feray
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HATİPOĞLU Sevgi
KANAN Nevin
KARADAKOVAN Ayfer
KARANİSOĞLU Hacer
KARATAŐ Nimet
KHORSHİD Leyla
KOCAMAN Gülseren
KÖMÜRCÜ Nuran

NAHÇİVAN Nursen
OCAKÇI Ayşe
OKUMUŐ Hülya
OLGUN Nermin
ÖZ Fatma
ÖZBAŞARAN Ferda
ÖZHAN ELBAŞ Nalan
ÖZSOY Süheyla
PASİNLİOĞLU Türkan
PINAR Rukiye
SABUNCU Necmiye
SAVAŞER Sevim
SEVİĞ Ümit
SEVİL Ümran
ŞİRİN Ahsen
TAŐOCAK Gülsün
ÜSTÜN Besti
YILDIRIM Aytolon
YILDIZ Suzan

DOÇENTLER

ABAAN Süheyla
ACAROĞLU Rengin
AKYOL Asiye
ALTUN İnsaf
DEMİRKİRAN Fatma
DİNÇ Leyla
ERDEMİR Firdevs
KAPTAN Gülten
KARAÇAM Zekiye
KARADAĞ Ayiőe
KULAKAÇ Özen
KUKULU Kamile
UÇAR Hülya
UZUN Özge
ŞENOL ÇELİK Sevilay
TERZİOĞLU Füsün
YAVUZ Meryem

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki
Trait Anger and Anger Expression Styles of Patients With Hypertension Applied to the District Health Center
Emel BAHADIR YILMAZ, Ali ERGUN.....1-10
- Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi
Evaluation of the General Health Status of the Geriatric Patients Who are Treated in Surgical Clinics
Dilek ÇEÇEN, Türkan ÖZBAYIR.....11-22
- Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri
Patients' Experience Towards Postoperative Abdominal Distention
Nurten TAŞDEMİR, Sevilay ŞENOL ÇELİK.....23-31
- Ameliyathane Hemşirelerinin Cerrahi El Yıkama Uygulamalarının İncelenmesi
Investigation of Surgical Hand Washing Practices of Operating Room Nurses
Fatma DEMİR KORKMAZ, Nurten TAŞDEMİR.....33-43

Derleme Yazılar

- Hasta Çocuk Ve Ebeveynlerinde Post-Travmatik Stres Bozukluğu
Post Traumatic Stress Disorder of Ill Children and Their Parents
Hatice BAL YILMAZ, Ayşe ERSUN.....45-50
- Pediatrik Onkoloji Hastalarının Evde Fiziksel Bakım Gereksinimleri
Physical Care Needs of the Pediatric Oncology Patients at Home
Medine ÇALIŞKAN YILMAZ, Mehmet KANTAR.....51-58
- Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı
Death Process in Adult and Nursing Care
Asiye AKYOL.....59-72
- Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu
Psychosocial Health and Illness Adjustment in Patients Undergone Myocardial Infarction
Sevgi NEHİR, Olcay ÇAM.....73-84

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Önceki sayılarda belirttiğim üzere, dergimizin yayın kalitesi her geçen sayıda artarak devam etmektedir. Dergimizde yayınlanan makalelerin atıf alması artan kalitenin bir ölçüsü olmaktadır. Bu nedenle, dergimizde yayınlanan makalelere özellikle SSCI indexlerinde yer alan yayınlarınızda olmak üzere, tüm makalelerinizde atıf yapmanız, kaynak göstermeniz gelişen kalitenin bir ölçüsü olması açısından duyarlı olunması gereken bir konudur. Yayınlanmak üzere gönderdiğiniz makalelerinizde, dergimiz makalelerini, dolayısıyla dergimizi kaynak göstermeniz konusuna daha fazla dikkat edeceğimizi bilmenizi isterim.

Dergimizin bu sayısında dört araştırma makalesi, dört derleme makale olmak üzere sekiz bilimsel makale yer almaktadır. Bu sayımızdaki araştırma makalelerinin tümü cerrahi hemşireliği ile ilgili olmuştur. Derleme makalelerde ise iki derleme makale çocuk hemşireliği ile ilgili iken, diğer iki konu da ölüm ve ruh sağlığı ile ilgili olmuştur. Yayınlanan makalelerin içeriğindeki bilimsel bilgilerin mesleğimizin bilimsel bilgi birikimini arttıracacağı inancındayım.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Olcay ÇAM
EDİTÖR

m.olcay.cam@ege.edu.tr
olcaycam@yahoo.com

İletişim Mail Adresi:

Özen DURAKOĞLU
ozen.durakoglu@ege.edu.tr

Posta Adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

TRAIT ANGER AND ANGER EXPRESSION STYLES OF PATIENTS WITH HYPERTENSION
APPLIED TO THE DISTRICT HEALTH CENTER

Arş.Gör. Emel BAHADIR YILMAZ* Sağ. Memuru Ali ERGUN**

*H.Ü.S.B.F. Hemşirelik Bölümü, Ankara

**Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Giriş: Bu araştırma, kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, 1 Ekim 2009-31 Ocak 2010 tarihleri arasında bir devlet hastanesi kardiyoloji kliniğine yatan 39 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri (64.25 ± 11.35) yüksek bulunurken, umutsuzluk (10.33 ± 4.91) ve ölüm kaygısı düzeylerinin (8.82 ± 2.90) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek oluşu; umutsuzluk yaşamalarını engellerken ($r=-0.496$, $p<0.05$), ölüm kaygısı düzeylerini etkilememiştir ($r=-0.168$, $p>0.05$).

Sonuç: Kalp yetmezliği olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksektir. Ancak umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri, hastaların ruh sağlığı sorunları yaşamaları açısından risk taşımaktadır. Bu nedenle, hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı yaşamalarını önleyecek programların planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kalp Yetmezliği, Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk, Ölüm Kaygısı

ABSTRACT

Objective: This research was carried out as descriptive with the aim of determining the relevance between perceived social support with hopelessness and death anxiety levels of patients with heart failure.

Methods: Research sample included 39 patients with heart failure hospitalized in cardiology clinic of a state hospital during 1 October 2009-31 January 2010. Research data were collected by using Questionnaire Form, Beck Hopelessness Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Death Anxiety Scale. Obtained data were evaluated by using descriptive statisticals and correlation analysis.

Results: As perceived social support levels of patients with heart failure were high (64.25 ± 11.35), their hopelessness (10.33 ± 4.91) and death anxiety (8.82 ± 2.90) levels were moderate. Also,

while being high of patients' perceived social support levels prevented to have hopelessness ($r=0.496, p<0.05$), it didn't effect on their death anxiety levels ($r=-0.168, p>0.05$).

Conclusion: Perceived social support levels of patients with heart failure were high. However, their hopelessness and death anxiety levels had risk in terms of having mental health problems. This, planning and implementing of programmes to prevent patient having hopelessness and death anxiety were suggested.

Key Words: Heart Failure, Perceived Social Support, Hopelessness, Death Anxiety

GİRİŞ

Yaşam süresinin uzaması ve koroner kalp hastalıklarından ölümlerin artması nedeniyle kalp yetmezliği insidansında bir artış gözlenmektedir (Akdemir 2004). Kalp yetmezliği, kronik bir hastalık olduğundan ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıktığından, hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Jaarsma ve ark. 2000, Riedinger ve ark. 2001). Bu nedenle hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Sosyal desteğin, sağlık sonuçları üzerine büyük bir etkisinin olduğu ve hastanın, hastalığına ve tedavi sürecine uyum sağlamasına yardımcı olduğu bilinmektedir (Luttik ve ark. 2005). Özellikle de ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan kalp yetmezliği, hastanın hem hastalığına hem de tedavisine uyumunu zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, kalp yetmezliği olan hastaların bakımında sosyal desteğin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda da sosyal desteğin önemi ortaya konmuş ve hastaneye başvuru oranlarını azalttığı belirlenmiştir (Krumholz ve ark. 2002, Phillips ve ark. 2004, Dunbar ve ark. 2005).

Kalp yetmezliği olan hastalarda sosyal destek eksikliğine bağlı olarak, kaygı ve depresyon başta olmak üzere pek çok ruh sağlığı sorununun yaşandığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Jiang ve ark. 2004, Rutledge ve ark. 2006, Sherwood ve ark. 2007). Kaygı, hastanın ölüm düşüncesine bağlı olarak ortaya çıkabilmekte (Januzzi ve ark. 2000) ve buna bağlı olarak da ölüm kaygısı yaşanabilmektedir. Dolayısıyla da yaşanan bu kaygı, hastanın prognozunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Kalp yetmezliği olan hastalarda ölüm kaygısının yanı sıra yaşanan diğer bir sorun da hastaların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olmasıdır (Juenger ve ark. 2002). Ancak son yıllarda, kalp yetmezliği olan bireylerle yapılan çalışmalarda umutsuzluk duygusu, daha çok depresyon ile ilişkili olarak çalışılmıştır (Marttenson ve ark. 2003, Gottlieb ve ark. 2004, Joynt ve ark. 2004). Yapılan bu çalışmalarda da kalp yetmezliği olan bireylerde depresyonun sıklıkla yaşandığı, dolayısıyla da umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Umutsuzluk sadece hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmamakta, aynı zamanda hastalığın ortaya çıkmasında da etkili olabilmektedir (Anda ve ark. 1993). Bunun yanı sıra depresyona bağlı olarak umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Carels 2004).

Kalp yetmezliği, kronik bir hastalık olması nedeniyle hastanın uyumunu ve ruh sağlığını bozabilmektedir. Bu nedenle de bakımda sosyal destek büyük bir önem arz etmektedir. Sosyal desteğin, kalp yetmezliği olan bireylerin yaşadıkları kaygı ve

umutsuzluk gibi sorunlarla baş etmelerine ve dolayısıyla mortalite oranlarının azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Friedmann ve ark. 2006). Özellikle de hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin düşük oluşu, ruhsal sorunların daha fazla yaşanmasına yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yu ve ark. 2004). Bu nedenle, bu çalışma kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Amaç

Bu çalışmanın amacı kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Evren ve Örneklem

Araştırmmanın evrenini, bir devlet hastanesine yatarak tedavi gören kalp yetmezliği tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma kapsamına 1 Ekim 2009-31 Ocak 2010 tarihleri arasında kardiyoloji servisine kalp yetmezliği tanısı ile yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden, ruhsal bir bozukluğu ve iletişim sorunu (anlama, konuşma, duyma sorunları) olmayan 39 hasta alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Anket Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Form ve ölçekteki soru ve maddeler, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek hasta odasında doldurulmuştur. Form ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

Anket Formu; Sosyodemografik bilgilere ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu bilgiler; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyoekonomik ve sağlık durumunu nasıl algıladığı, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, hastalığından dolayı ne kadar süredir tedavi gördüğu ve başka bir kronik hastalığının olup olmadığıdır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ); Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Doğru ve yanlış olarak yanıtlanan 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 20'dir. Elde edilen puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.86'dir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ); Ölçek, Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiş ve 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Aile, arkadaş ve özel insan olmak üzere 3 farklı kaynaktan algılanan sosyal desteği ölçmektedir. Bu çalışmada özel insan hemşire olarak belirlenmiştir. Aile desteği 3, 4, 8, 11. maddelerle; arkadaş desteği 6, 7, 9, 12. maddelerle ve hemşire desteği 1, 2, 5, 1. maddelerle ölçülmektedir. Ölçek, "tamamen

katılıyorum”dan “hiç katılmıyorum”a doğru sıralanan 7’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, algılanan desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89’dur.

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ); Ölçek, D.I. Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş ve 1989 yılında Şenol tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Doğru- yanlış şeklinde cevaplanan 15 maddelik bir ölçektir. Ölçekte, ilk 9 maddeye verilen evet yanıtı için “1” ve hayır yanıtı için “0”, diğer 6 maddeye verilen evet yanıtı için “0” ve hayır yanıtı için “1” değeri verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 15’tir. 0-4 puan hafif düzeyde, 5-9 puan orta düzeyde, 10-14 puan ağır düzeyde ve 15 puan panik düzeyde ölüm kaygısı olduğunu göstermektedir. Ölçeğin “Test-Yeniden Test” güvenilirliği 0.83’tür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 bilgisayar istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, yüzde, minimum ve maksimum değerler) ve algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde kurumdan yazılı izin alınmıştır. Anket ve ölçekleri doldurmadan önce hastalara araştırmanın amacı anlatılmış ve hastalardan sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular;

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 68.61 ± 9.79 ’dir. Hastaların çocuk sayısı ise 3.91 ± 2.19 ’dir. Tablo 1’de hastaların sosyodemografik özellikleri görülmektedir.

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	21	53.8
Kadın	18	46.2
Medeni Durum		
Evli	29	74.4
Dul	10	25.6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	15	38.5
Okur-yazar	8	20.5
İlkokul mezunu	10	25.7
Ortaokul mezunu	2	5.1
Lise mezunu	2	5.1
Üniversite mezunu	2	5.1

Aile Tipi		
Çekirdek	37	94.8
Geniş	1	2.6
Cevap vermeyen	1	2.6
Gelir Durumu		
Var	27	69.2
Yok	12	30.8
Algılanan Sosyoekonomik Durum		
İyi	3	7.7
Orta	12	30.8
Kötü	23	59.0
Cevap vermeyen	1	2.5
Algılanan Sağlık Durumu		
İyi	6	15.4
Orta	28	71.8
Kötü	5	12.8
Yaşadığı Yer		
Köy	7	17.9
İlçe	9	23.1
İl	21	53.8
Cevap vermeyen	2	5.2
Kiminle Beraber Yaşadığı		
Yalnız	4	10.2
Eşyle	28	71.8
Çocuklarıyla	6	15.4
Cevap vermeyen	1	2.6
Tedavi Süresi		
0-3 yıl	10	25.6
4-7 yıl	16	41.1
8 yıl ve üzeri	13	33.3
TOPLAM	39	100.0

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara bakıldığında, hastaların %53.8'inin erkek ve %74.4'ünün evli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun (%38.5) eğitim durumu "okur-yazar değil" olarak belirlenmiştir. İkinci sırada ise eğitim durumu "ilkokul mezunu" olanlar (%25.7) yer alırken, üçüncü sırada "okur-yazar" olanlar (%20.5) yer almıştır.

Hastaların büyük çoğunluğu (%94.8) çekirdek aile tipine sahiptir. %69.2'si bir gelir kaynağına sahip olmasına karşın, çoğunluğu (%59.0) sosyoekonomik durumunu kötü olarak algılamaktadır. Yaşadıkları yere bakıldığında, %53.8'i ilde yaşarken %23.1'i de ilçede yaşamaktadır. Hastaların %71.8'i eşyle, %15.4'ü çocuklarıyla ve %10.2'si yalnız yaşamaktadır.

Hastalığından dolayı ne kadar süredir tedavi gördüklerine bakıldığında, ilk sırada "4-7 yıl" olanlar (%41.1), ikinci sırada "8 yıl ve üzeri" olanlar (%33.3) ve üçüncü sırada "0-3 yıl" olanlar (%25.6) yer almaktadır. Kalp yetmezliği dışında başka bir kronik hastalığı olan hastalar, olmayanlara göre fazladır (%69.2). Buna karşın algılanan sağlık durumları incelendiğinde, çoğunluğunun (%71.8) sağlık durumunu "orta" düzeyde algıladığı görülmektedir.

Tablo 2: Hastaların Kalp Yetmezliği Dışında Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Dağılımı

Hastalığın Adı	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Diabetes Mellitus	14	38.9
Hipertansiyon	13	36.1
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7	19.4
Kanser	1	2.8
Hepatit B	1	2.8
TOPLAM	36	100.0

* n katlanmıştır.

Tablo 2’de hastaların kalp yetmezliği dışında sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı görülmektedir. İlk sırada diabetes mellitus hastalığı olanlar (%38.9) ve ikinci sırada hipertansiyonu olanlar (%36.1) yer almaktadır.

Hastaların BUÖ, ÇBASDÖ ve ÖKÖ’nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular;

Tablo 3’te hastaların BUÖ, ÇBASDÖ ve ÖKÖ’nden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 3: Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek, Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Puan Ortalamaları	
	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10.33 ± 4.91	2.00-20.00
Aile	23.82 ± 4.89	4.00-28.00
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	21.92 ± 5.26	6.00-28.00
Arkadaş	18.51 ± 6.31	4.00-28.00
Hemşire	64.25 ± 11.35	33.00-84.00
Toplam	8.82 ± 2.90	1.00-14.00
Ölüm Kaygısı Ölçeği		

Hastaların umutsuzluk düzeylerinin (10.33 ± 4.91) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Algıladıkları sosyal destek düzeyleri ise yüksek (64.25 ± 11.35) olmakla birlikte, birinci sırada aile desteği (23.82 ± 4.89), ikinci sırada arkadaş desteği (21.92 ± 5.26) ve üçüncü sırada hemşirenin desteği (18.51 ± 6.31) yer almaktadır. Algılanan aile ve arkadaş destek düzeyleri oldukça yüksek iken hastaların bakım aldıkları hemşirelerden algıladıkları destek düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Yine hastaların ölüm kaygısı düzeyleri ise orta düzeyde (8.82 ± 2.90) bulunmuştur.

Korelasyon Bulguları;

Tablo 4: Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Umutsuzluk Puanı	Algılanan Sosyal Destek Puanı			
	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
Pearson Korelasyon (r)	-0.391	-0.313	-0.329	-0.496*
p	0.014	0.053	0.041	0.001
N	39	39	39	39
Ölüm Kaygısı Puanı				
Pearson Korelasyon (r)	-0.194	-0.028	-0.128	-0.168
p	0.236	0.864	0.437	0.306
N	39	39	39	39

* p=0.01 düzeyinde önemli korelasyon.

Tablo 4'te ise hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki görülmektedir. Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.496$, $p<0.01$). Ancak aile ve hemşire desteği arttıkça umutsuzluk düzeyi azalırken ($r=-0.391$, $r=-0.329$, $p<0.05$), arkadaş desteğinin umutsuzluk düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($r=-0.313$, $p>0.05$). Bunun yanı sıra hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında da istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.168$, $p>0.05$).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kalp yetmezliği hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Bennett ve ark. (2001)'nin yaptıkları çalışmada da kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak Boyd ve ark. (2004)'nin yaptıkları çalışmada, kalp yetmezliği olan hastalar, aldıkları sağlık hizmetinin kendileri için destekleyici olmadığını ve desteğe gereksinim duyduklarında hemşireye ulaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla kalp yetmezliği olan hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları sosyal desteğin yanı sıra sağlık bakımı aldıkları kişilerden de destek almalarının, sağlık bakımlarında önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek oluşu, hastaların büyük çoğunluğunun eşyle (%71.8) ve çocuklarıyla (%15.4) yaşıyor olmasından kaynaklanmış olabilir (Tablo 1). Çünkü Coyne ve ark. (2001)'nin yaptıkları çalışmada, kalp yetmezliği olan hastalarda sosyal desteğin yüksek oluşunda, eş desteğinin ve evlilik kalitesinin yüksek oluşunun önemi vurgulanmıştır. Yine Murberg ve ark. (1998)'nin yaptıkları çalışmada da hastaların eşlerinden ve yakın akrabalarından yüksek düzeyde destek aldıkları saptanmıştır. Öyleyse kalp yetmezliği olan hastaların sosyal destek düzeylerini olumlu olarak algılamalarında, aileden alınan destek düzeyinin yüksek oluşunun önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların umutsuzluk düzeylerinin orta düzeyde oluşu, çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuçtur. Çünkü hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek oluşu, yüksek düzeyde umutsuzluk yaşamalarını engellemiştir. Yapılan çalışmalarda (Evangelista ve ark. 2001, Murray ve ark. 2004), kalp yetmezliği olan hastaların umutsuzluk düzeyleri yüksek bulunmakla birlikte hastaların umutsuzluk düzeylerinin yüksek oluşunun, ölüm korkusu yaşamalarından kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmalarda, umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, çalışma bulgularımızın aksine sosyal destekle ilgili değil, spiritüel gereksinimlerin karşılanmaması ve tedavi sürecinde yaşanan belirsizliklerle ilgili bulunmuştur. Yine bir başka çalışmada (Horne ve Payne 2004), hastalar bazen gelecekle ilgili umutlu olduklarını, bazen de umutsuzluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle de kalp yetmezliği olan hastalara, bakım aldıkları sağlık personelinin psikolojik destek vermesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Söz edilen bu bulgu doğrultusunda, çalışmamızda hastaların hemşirelerden algıladıkları desteğe bakıldığında, aile ve arkadaşlardan algılanan

desteğe göre daha düşük olduğu görülmekle birlikte umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili bulunmuştur (Tablo 3). Bu doğrultuda, hemşirelerden alınan destek düzeyi arttıkça hastaların umutsuzluk düzeylerinin azalacağı söylenebilir.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuç ise hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin orta düzeyde oluşudur. Yu ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada ölüm kaygısı düzeyi incelenmemekle birlikte, kronik kalp yetmezliği olan bireylerin hastalıklarına uyum durumlarına bakılmıştır. Hastalar, kalp yetmezliği ile yaşamayı "ölüme yaklaşmak" olarak tanımlamışlar, ölüme hazır olmadıklarını ve bu nedenle de kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sears ve ark. (2008) ise kardiyak defibrilatör takılan ve kalp yetmezliği olan hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin, sadece kalp yetmezliği olanlara göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Yine bir başka kaynakta (Fleet ve Beitman 1998), kalp hastalığı olan bireylerin kalp krizi geçirmekten korktukları ve bu kalp krizi geçirme düşüncesinin onlara ölüm korkusu ve kaygısı yaşattığı ifade edilmiştir.

Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında, istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki saptanmaması da çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgudur. Tagaya ve ark. (2000)'nin yaptıkları çalışmada, algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunun ölüm kaygısı düzeyinin azalmasını etkilemediği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada, algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunun, ölüm kaygısıyla baş etmeye yardımcı olacağı ifade edilmiştir. Ancak Chibnall ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmada ise kalp yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşamalarının, yalnız yaşamıyla ve sağlık personeli ile olan iletişimlerini olumsuz algılamalarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, bizim çalışmamızda hastaların ölüm kaygısını yüksek düzeyde yaşamamalarının, büyük çoğunluğunun ailesiyle yaşıyor olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca bu durumu, hastanın genel durumunun ve hastalığın seyirinin de etkilemiş olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, araştırmamıza katılan kalp yetmezliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hemşirelerden algıladıkları desteğe bakıldığında, aile ve arkadaşlardan algılanan desteğe göre daha düşük olduğu görülmekle birlikte umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili bulunmuştur. Bu nedenle hemşirelerin hastaya destek olma konusunda daha duyarlı olmaları ve bunun önemini kavramaları için farkındalık artırmaya yönelik programların uygulanması önerilmektedir. Bu konuda hemşirelerin yanı sıra sağlık ekibi içinde yer alan diğer sağlık personelinin de bu programlara dahil edilmesinin, hasta bakımının etkin bir biçimde yönetilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık personelinin hastaya sosyal destek sağlarken, bakıma ailelerini de katmaları önerilmektedir.

Hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeylerinin orta düzeyde oluşunda, sosyal destek dışında etkili olan spiritüel gereksinimler, baş etme ve problem çözme yöntemleri gibi faktörlerin araştırılmasının da önemli olacağı düşünülmektedir. Her ne kadar hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri ortalama bir seviyede

olursa olsun, hastalar olası ruh sağlığı sorunları açısından risk altında bulunmaktadır. Bu nedenle, hastaların ruhsal sağlıkları ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmeden önce umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeylerini minimum düzeye indirecek programların planlanması ve uygulanması da sağlık bakımı veren kişilerin öncelikleri arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdemir N (2004). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. In: Akdemir N, Birol L (Eds): İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Ekin Matbaası, 457-464.
- Anda R, Williamson D, Jones D ve ark. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*, 4(4): 285-94.
- Bennett SJ, Perkins SA, Lane KA ve ark. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10: 671-82.
- Boyd KJ, Murray SA, Kendall M ve ark. (2004). Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *The European Journal of Heart Failure*, 6: 585-91.
- Carels RA (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 13: 63-72.
- Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN ve ark. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16: 331-8.
- Coyne JC, Rohrbach MJ, Shoham V ve ark. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *Am J Cardiol*, 88: 526-29.
- Dunbar SB, Clark PC, Deaton C ve ark. (2005). Family education and support interventions in heart failure: a pilot study. *Nursing Research*, 54(3): 158-66.
- Durak A (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 1-11.
- Eker D, Akar H (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(34): 45-55.
- Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung*, 30: 167-76.
- Fleet RP, Beitman BD (1998). Cardiovascular death from panic disorder and panic-like anxiety: a critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(1): 71-80.
- Friedmann E, Thomas SA, Liu F ve ark. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J*, 152: 941-8.
- Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E ve ark. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(9): 1542-9.
- Horne G, Payne S (2004). Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*, 18: 291-6.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F ve ark. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*, 29(5): 319-30.
- Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC ve ark. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 160: 1913-21.
- Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS ve ark. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110: 3452-56.
- Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM (2004). Why is depression bad or the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(3): 258-71.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S ve ark. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87: 235-41.
- Krumholz HM, Amatrua J, Smith GL ve ark. (2002). Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(1): 83-9.

- Luttik ML, Jaarsma T, Moser D ve ark. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3): 162-9.
- Marttenson J, Dracup K, Canary C ve ark. (2003). Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4): 460-467.
- Murberg TA, Bru E, Aarsland T ve ark. (1998). Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with congestive heart failure. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26: 87-95.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K ve ark. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18: 39-45.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE ve ark. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. *JAMA*, 291:1358-67.
- Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML ve ark. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*, 30(2):105-16.
- Rutledge T, Reis VA, Linke SE ve ark. (2006). Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48: 1527-37.
- Sears SF, Vazquez LD, Matchett M ve ark. (2008). State of the art: anxiety management in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Stress and Health*, 24: 239-48.
- Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R ve ark. (2007). Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 167: 367-73.
- Şenol C (1989). Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tagaya A, Okuno S, Tamura M ve ark. (2000). Social support and end of life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2: 131-7.
- Yu DSF, Lee DTF, Woo J ve ark. (2004). Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 57: 573-81.
- Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT ve ark. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5): 474-83.

CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATAN YAŞLI HASTALARIN GENEL SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE GENERAL HEALTH STATUS OF THE GERIATRIC PATIENTS WHO ARE TREATED IN SURGICAL CLINICS

Ar.Gör. Dilek ÇEÇEN* Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR**

* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Yaşlanma sürecine bağlı olarak, hücre ve organ düzeyinde değişiklikler meydana gelir ve bu durum cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaya özel, kaliteli hemşirelik bakımını gerektirir.

Bu araştırma, cerrahi girişim sürecindeki yaşlı hastalara kaliteli hemşirelik bakımının sunulabilmesi için değerlendirilmesi önerilen, genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Kesitsel- tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında, Manisa ilinde bir Devlet Hastanesinin tüm cerrahi kliniklerinde yatan 65 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlı hastalar dahil edildi. Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı, araştırmanın evreni örneklem olarak alındı (n=113). Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile, yaşlılarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler, SPSS 11.0 programı kullanılarak, sayı yüzde analizleri yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı hastaların yaş ortalaması 73.32 ± 5.32 olup, % 55.8'i erkektir. Hastaların % 59.3' ünün kronik hastalığı olduğu, % 72.6' sının iştihası, % 63.7' sinin görme, % 74.3' ünün yürüme sorunları olduğu, % 46.9' unun yeterli beslenemediği, % 48.7 'sinin idrar kaçırma, % 15.0 'inin dışkı kaçırma sorunu olduğu belirlendi. Hastaların % 69.0'unun sürekli ilaç kullandığı, % 41.6' sının bitkisel ilaç kullandığı, % 67.3'ünün daha önce düştüğü saptandı.

Sonuç: Araştırmada cerrahi girişimi planlanan yaşlıların, genel sağlık durumunu etkileyen etmenlerin olduğu belirlendi. Yaşlı bireye bakım veren hemşirelerin bu faktörleri değerlendirmeleri önerildi.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Cerrahi klinik, Genel Sağlık, Hemşirelik.

ABSTRACT

Purpose: Depending on aging process there are some changes in cell an organ level so this situation requires specific, qualified nursing care to elderly patient who had surgical intervention.

This research, quality nursing care to elderly patients in the surgery process, to be presented with the proposed assessment, general health status for the purpose of the study was planned.

Method: The Research included 113 elderly patients who were over 65 years old, voluntary to this research and treated in surgical clinics between June and August 2008 in a government hospital in Manisa City. Sample selection method was not used in the study, the research sample was taken as the universe (n= 113). The data were collected using a questionnaire which developed by researchers and face to face technique was used. For data analysis SPSS 11.0 program was used.

Results: The average age of elderly patients participating in research was 73.32 ± 5.32 and 55.8 % were men. It was determined that of the patients 59.3 % were have chronic disease, 72.6 % were have auditory problems, 63.7 % were have visual problems, 74.3 % were have walking problems was 46.9 % were not feeding enough, 48.7% were have urinary incontinence and 15 % were have fecal incontinence. Of the patients 69% were using drug continuously, 41.6 % of them were using herbal medicines and 67.3 % were have previous falling.

Conclusion: In the research, it was determined there were factors that affecting the general health status of geriatrics whose will have surgical intervention. It is recommended that the nurses, who are caring for elderly person, have to evaluate these factors.

Key words: elderly people, surgical clinic, general health, nursing

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık, fiziksel ve mental fonksiyonlarda yetersizliklerin arttığı bir dönemdir.

Yaşlı bireyler, değişik nedenlerle hastaneye yatmakta ve cerrahi girişim deneyimlemektedir. Yaşlılarda yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerindeki bozukluklar nedeniyle, ameliyat öncesi-sırası ve sonrası dönemde daha fazla sorun yaşanmaktadır. Normal yaşlanma sürecinin ve hastalıkların neden olduğu değişikliklerin, ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme olasılığını artırdığı bildirilmektedir (Meek 2000; Erdil 2006).

Ameliyat olacak yaşlı hastaya ameliyat öncesi ve sonrası kapsamlı, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda planlanmış, etkin bir hemşirelik bakımının uygulanması, komplikasyonları ve fonksiyon kaybını önler, hastanede kalış süresini azaltır (Erdil 2003). Perioperatif Hemşireler Derneği-Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), yaşlı hastanın bakımında hemşirenin; hastanın genel görünümü, sistemlerin değerlendirmesi, hareketliliği, beslenme durumu, bilişsel ve psikolojik durumu, kronik hastalıkların varlığı, kullandığı ilaçlar ve etkileri, laboratuvar ve diğer test sonuçları, geçmiş hastalık ve hastane deneyimlerinin değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Bailes 2000).

Araştırma, yaşlı hastaların cerrahi girişim sürecinde, kaliteli hemşirelik bakımının sağlanması için genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve cerrahi risk oluşturabilecek fiziksel, çevresel sorunların tanımlanması amacıyla planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan araştırmanın evrenini, Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında Manisa'da bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, ortopedi, üroloji, kbb, beyin cerrahisi) yatan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı, araştırmanın evreni (N=113)

örneklem olarak alındı. Araştırmanın evren ve örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede yatan, iletişim kurabilen, anlama güçlüğü olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri hastalar (n=113) oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu ile yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak toplandı. Soru formunda; hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler, sistem değerlendirmesi, hastaların yaşadıkları sosyo-ekonomik koşullar, düşme deneyimleri, ilaç kullanma, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşlılığı algılama durumlarına yönelik sorular (58 soru) yer aldı. Günlük Yaşam Aktiviteleri; üç kategori halinde sınıflanarak değerlendirildi (Aylaz ve ark 2005).

Kategori I: Tamamen bağımlı (Hiç yapamıyor)

Kategori II: Yarı bağımlı (Yardımla yapabiliyor)

Kategori III: Bağımsız (kendi başına yapabiliyor)

Verilerin analizinde, SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak, sayı yüzde analizleri yapıldı.

Etik

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul'undan ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneden yazılı izin alındı. Araştırma öncesi, hastalara bilgi verildi, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan sözlü izin alındı.

BULGULAR

Tablo 1: Yaşlı Bireylerin, Sağlık/ Hastalık Durumlarının Ve Hastaneye Yatış Nedenlerinin Dağılımı (n= 113).

Tanıttıcı Bazı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
60-69 yaş	24	21,2
70-74 yaş	47	41,6
75 yaş ve üzeri	42	37,2
Cinsiyet		
Erkek	63	55,8
Kadın	50	44,2
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	70	61,9
Okur yazar	18	15,9
İlk ve orta öğretim	25	22,1
Medeni durum		
Evli	71	62,8
Bekar/ eşi ölmüş	42	37,2
Sosyal güvence		
SSK	35	31,0
Yeşil kart	33	29,2
Bağkur	26	23,0
Emekli sandığı	14	12,4
Güvencesi yok	5	4,4
Gelir durumu		
Geliri yok	28	24,8
Emeklilik maaşı	30	26,5
Yaşlılık aylığı	24	21,2
Maaş	19	16,8

Kira geliri	6	5,3
Yakınlarının düzenli yardımı	6	5,3
Kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurma		
Başvurmayan	86	76,1
Başvuran	27	23,9
Hastalandığında genellikle başvurduğu yer		
Sağlık ocağı/aile hekimi	66	58,4
Devlet hastanesi	43	38,1
Özel doktor/hastane	4	3,5
Sürekli ilaç kullanımı		
Kullanan	78	69
Kullanmayan	35	31
Şikayetleri için bitkisel ilaç kullanımı		
Kullanmayan	66	58,4
Kullanan	47	41,6
Çok sayıda ilaç kullanımı		
Kullanmayan	60	53,1
2 ilaç	23	20,4
3 ve daha fazla ilaç	30	26,5
Sigara kullanımı		
Kullanmıyor	69	61,1
Kullanıyor	29	25,7
Arada bir içiyor	11	9,7
Bırakmış	4	3,5
Evde sigara içilme durumu		
Hayır	79	69,9
Evet	19	16,8
Evet ama yanımda içilmez	15	13,3
TOPLAM	113	100,0

Araştırmamıza katılan yaşlı hastaların, % 55.8 'i erkek, % 44.2'si kadın ve yaş ortalaması 73,32 ±5,32 idi. %41,6'sı 70-74 yaş grubunda, % 61,9'u okur yazar değil, % 62,8'i evli, %24,8'inin geliri olmadığını ifade etti.

Yaşlı hastaların % 76.1'i hastalandıklarında bir sağlık kurumuna başvurmadığını, kontrol amacı ile başvuru yapılan sağlık kurumları ise genellikle (%58.4) sağlık ocağı/ aile hekimleri idi.

Yaşlı hastaların ilaç kullanımları incelendiğinde ise % 69'u sürekli ilaç kullandığını ve % 74.3'ü ilaçlarını doktor kontrolünde aldığını, % 38.9 'u aile ya da yakınlarının önerisi ile ara sıra reçetesiz ilaç aldığını, % 41.6'sı yaşadığı ağrı, öksürük gibi bazı sorunları gidermek amacıyla bitkisel ilaç kullandığını ifade etti.

Yaşlıların sağlığını etkileyen faktörlerden olan sigara kullanımı değerlendirildiğinde % 25.7'si sigara içtiğini ve % 16.8'i evde yanında sigara içildiğini belirtti.

Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmamıza katılan yaşlı hastaların, %28.3'ünün genel cerrahi kliniğinde yattığı, % 59.3'ünün kronik/ yandaş başka bir hastalığı olduğu ve hastaların % 22.4'ünde diyabet ve hipertansiyon, %16.8 inde hipertansiyon, % 9.7'sinde KOAH hastalığı saptandı. Hastaların daha çok kalça kırığı (%23) ve kanser (%18.6) nedeniyle cerrahi girişim geçirdikleri, % 40.7'sinin daha önce cerrahi girişim geçirmediği belirlendi.

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 2: Yaşlı Bireylerin Yaşadığı Fiziksel Değişiklik/ Sorunların Dağılımı (n= 113) .

Fiziksel değişiklik/ sorunları	Sayı (n)*	Yüzde (%)
İşitme sorunu olan	82	72,6
İşitme cihazı kullanan	4	3,5
Görme sorunu olan	72	63,7
Gözlük kullanan	59	52,2
Yürüme güçlüğü olan	84	74,3
Yürüteç/ baston kullanan	62	54,9
Boşaltım sorunu		
Üriner inkontinans	55	48,7
Fekal inkontinans	17	15,0
Ciltte değişiklik		
Renk değişikliği	38	33,6
Ciltte kuruluk	46	40,7
Deri turgorunda değişiklik	49	56,6
Tırnaklarda değişiklik	51	45,1
Kronik ödemi olan	34	30,1
Kronik ağrı yaşadığını ifade eden	87	77,0
Kronik öksürüğü olduğunu ifade eden	46	40,7
BKI		
19 altı= zayıf	4	3,5
19-25= normal	54	47,8
25-30= kilolu	48	42,5
30 üzeri= obez	7	6,2
Beslenme durumları		
Yiyeceklerin tadında değişiklik var	78	69,0
Hastalığım beslenmemi engelliyor	53	46,9
Günde 2 öğünden az yerim	33	29,2
Sebze meyveyi seyrek yerim	102	90,3
Süt ve ürünlerini seyrek yerim	100	88,5
Beslenmemi engelleyen dış sorunlarım var	48	42,5
Yeterli beslenmemi sağlayacak param yok	26	23,0
Son 6 ay içinde 2,5 kg kaybettim	52	46,0
Yemek yeme ve yapmaya gücüm yok	31	27,4
Barsak alışkanlıkları		
Sorun yok	42	37,2
Konstipasyon	58	51,3
Diyare	13	11,5
Uyku durumu		
Ort uyku saati: 6,67 ±1,73		
Uykuya dalma güçlüğü olan	60	53,1
Güçlüğü olmayan	53	46,9
Bakımı İçin Yardım Gerekisini Olma Durumu		
Gerekisini yok	25	22,1
Bazen var	45	39,8
Her zaman var	43	38,1
Kim yardım ediyor?		
Yardım edecek kimsesi yok	23	20,4
Eşi	33	29,2
Kızı	18	15,9
Oğlu	27	23,9
Bakıcısı	12	10,6
TOPLAM	113	100,0

* Sadece fiziksel değişiklik / sorunu olan yaşlı hastaların sayısı belirtilmiştir.

Yaşlı hastaların yaşlılığa bağlı fiziksel değişiklik ve sorunları incelendiğinde ise; hastaların %72.6'sı işitme sorunu yaşadığını ve % 3.5'i işitme cihazı kullandığını, % 63.7'si görme sorunu yaşadığını ve % 52.2'si gözlük kullandığını, % 74.3'ü yürüme güçlüğü yaşadığını ve % 54.9 'u yürüteç ya da baston kullandığını ifade etti. Deri ve eklerindeki değişiklikler incelendiğinde, % 56.6'sının deri turgorunda değişiklik, % 40.7'sinde cilt kuruluğu, % 45.1'inde tırnaklarında değişikliklerin olduğu gözlemlendi. Yaşlı hastaların % 30.1 'inin el ve ayaklarında şişlik vardı.

Yaşlı hastaların beslenme durumları ve beslenmeye ilişkin sorunları incelendiğinde ise; Beden Kitle İndeksi (BKI)' nin % 47.8 normal, % 42.5'inin kilolu, % 3.5' inin zayıf olduğu belirlendi. Hastaların % 90.3'ü sebze ve meyveyi % 88.5'i süt ve süt ürünlerini az tükettiğini, % 69 'u yiyeceklerin tadında eskisine göre değişiklik hissettiğini, % 42.5'i diş sorunlarının beslenmesini etkilediğini, % 46'sı son 6 ay içinde istem dışı 2.5 kg ve daha fazla kilo kaybettiğini, % 46.9'u ise hastalığının beslenmesini etkilediğini ifade etti. Yaşlı hastaların % 51'i konstipasyon, % 11.5'i ise diyare sorunu olduğunu belirtti.

Yaşlı hastaların uyku süresi ortalaması 6.67 ± 1.73 olarak saptandı ve %20. 4'ü sıklıkla uyku sorunu yaşadığını ifade etti.

Yaşlı hastaların % 38.1'i günlük yaşamında yardıma gereksinim duyduğunu, % 29.2'si eşinin yardım ettiğini, % 20.4'ü yardım edecek kimsesi olmadığını ifade etti.

Tablo 3: Yaşlıların Yaşadıkları Konuta İlişkin Bazı Özellikler Ve Düşme Deneyimlerinin Dağılımı(n= 113).

Konut durumu ve bazı özellikler	N	%
Yaşadığı yer		
Kendi evinde yalnız	9	8,0
Kendi evinde bakıcıyla	1	0,9
Kendi evinde eşi ile	61	54,0
Kendi evinde çocuklarıyla	21	18,6
Kendi evinde akrabalarıyla	1	0,9
Kızının yanında	6	5,3
Oğlunun yanında	14	12,4
Konut durumu		
Müstakil	68	60,2
Apartman dairesi	45	39,8
Konutunda yaşadığı zorluklar *		
Güneş almaması	19	16,8
İyi ısınmaması	36	31,9
Asansörlü olmaması	37	32,7
Yerlerin kaygan olması	19	16,8
Küçük olması	28	24,8
Büyük olması nedeniyle odalar arasında gidip gelme zorluğu	4	3,5
Temizlik ve bakımın zor olması	9	8,0
Kendine ait odanın olmaması	22	19,5
Banyo ve tuvalette tutunacak yerlerin olmaması	99	87,6
Elektrik düğmelerine uzanmada zorlanma	9	8,0
Giriş katı olması nedeniyle güvenli değil	14	12,4
Mutfakta yemek alanının olmaması	4	3,5
Daha Önceki Düşme deneyimi		
Düşmüş	72	63,7
Düşmemiş	41	36,3

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Nerede düştü? N= 72		
Banyo ve tuvalet	36	31,8
Merdiven	23	20,4
Sandalye	7	6,2
Yolda (ev dışında)	7	6,2
Düşmeye yönelik önlem alınma durumu		
Evet	21	18,6
Hayır	52	46,0
TOPLAM	113	100

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlıların, % 60.2'si müstakil konutta, % 54 'ü kendi evinde eşi ile birlikte yaşadığını, % 87.6'sı banyo ve tuvalette tutunacak kolların olmadığı, % 32.7'si konutunun asansörlü olmadığı, % 31.9'u iyi ısınmadığı, % 24.8'i evi küçük olduğu için, % 19.5'i kendisine ait odasının olmaması nedeniyle yaşadıkları evde zorluk yaşadığını ifade etti.

Araştırmada, yaşlı hastaların daha önceki düşme deneyimleri incelendiğinde; % 67.3'ü daha önce düştüğünü ve % 26.5'i banyo ve tuvalette, % 20.4'ü merdivende düştüklerini ifade etti. Düşenlerin sadece % 18.6'sı düşme deneyimi sonrası ailesi tarafından güvenlik tedbirlerinin alındığını belirtti.

Tablo 4: Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı (n= 113)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımsız		Kısmen Bağımlı		Bağımlı	
	N**	%	N**	%	N**	%
Banyo	63	55,8	23	20,4	27	23,8
Tuvalet	65	57,5	21	18,6	27	23,9
Giyinme	63	55,8	23	20,4	27	23,8
Beslenme	66	58,4	22	19,5	25	22,1
Ev içinde hareket	71	62,8	18	16,0	24	21,2
Ev dışında gezinme	55	48,7	26	23,6	32	28,3
Çamaşır yıkama	46	40,7	18	15,9	49	43,4
Temizlik yapma	37	32,7	18	16,0	58	51,3
Alışveriş yapma	40	35,4	15	13,3	58	51,3
Fatura ödeme	40	35,4	8	7,1	65	52,5

**Her yaşlı hasta birden fazla yanıt vermiştir.

Çalışmamızda yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumları incelendiğinde; fatura ödeme (% 52.5), temizlik yapma (%51,3) ve alışveriş yapma (%51,3) faaliyetlerinde bağımlı oldukları, ev içinde hareket etme (% 62.8) ve beslenme (%58.4) fonksiyonlarında bağımsız ev dışında gezinme (% 23.6) fonksiyonlarında yarı bağımlı oldukları belirlendi.

Tablo 5: Yaşlıların Yaşlılığı Algılama Durumlarının Dağılımı (n=113).

Yaşlılık algısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşlılık: *		
Yaşlılık dinlenmektir.	61	54,0
Yaşlılık hastalıktır	104	92
Hayatın sonuna gelmektir	100	88,5

Başkalarına muhtaç olmaktır	91	80,5
Sevdiklerini kaybetmektir	94	83,2
Kendini yorgun hissetmektir	104	92
Saygı görmektir	96	85
Daha az sorumluk taşımaktır	70	61,9
Daha önce yapılamayan işler için fırsattır	55	48,7
Emekliliktir	60	53,1
Yalnız kalmaktır	75	66,4
Herşey için daha çok zaman ayırmaktır	41	36,3
<u>Kendinizi sağlıklı hissediyor musunuz ?</u>		
Çok sağlıklı hissediyorum	6	5,3
Küçük sorunlar olsa da sağlıklı hissediyorum	43	38,1
Kararsızım	12	10,6
Sağlık sorunlarım var	43	38,1
Çok hasta hissediyorum.	9	8,0
TOPLAM	113	100

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların "Sizce yaşlılık nedir" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; "Kendini yorgun hissetmektir" (%92), " yaşlılık hastalığıdır" (%92), " hayatın sonuna gelmektir" (% 88.5) yanıtları çoğunlukta idi.

Yaşlıların % 71.7'si (n= 81) kendini yaşlı hissettiğini ifade etti. Yaşlılık kaç yaşında başlar sorusuna verilen yanıtlarda, yaş ortalaması 55 olup, en küçük yaş 35, en büyük yaş 80'di. Kendisini sağlıklı hissettiğini ifade edenlerin oranı %5.3 iken, % 38.1' i sağlık sorunları olduğunu, % 38.1'i küçük sağlık sorunları olsa da kendini sağlıklı hissettiğini belirtti.

TARTIŞMA

Yaşlanmaya bağlı değişiklikler yaşayan ve cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaya, hastaneye kabulünden itibaren kaliteli hemşirelik bakımı için kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmede hastalık hikayesi, fiziksel değerlendirme (beden kitle indeksi, yaşam bulguları, laboratuvar bulguları), varsa geçmiş anestezi deneyimi, sistemlerin gözden geçirilmesi, alerjileri, ilaç kullanımı, kültürel, geleneksel yaşantısı, kullandığı protez ve destek araçları, sağlığını etkileyen ev koşulları ve sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Soufl 2004). Bu öneri doğrultusunda araştırmamızda, cerrahi kliniklerde bulunan yaşlı hastaların ameliyat öncesi sırası ve sonrası süreci etkilemesi söz konusu olan, genel sağlık durumları değerlendirildi.

Bu değerlendirme sonucunda araştırmamızda, yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun (% 59.3'ünün) hastalığı yanında eşlik eden bir hastalığı olduğu, % 21.2'sinde diyabet ve hipertansiyon, %16.8 inin hipertansiyon, % 9.7'sinin yalnızca Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) hastalığı olduğu saptandı. Benzer şekilde Özdemir ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, yaşlıların %11.4'ünün KOA, %77.1'inin hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir. Yine 60 yaş ve üzeri yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumlarını belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %15.6'sında hipertansiyon, %12.6'sında diyabet, %7.8'inde kardiyak sorunlar olduğu belirlenmiştir (Kısacık 2009). Araştırmamızdan elde edilen veriler ile bu çalışmaların sonuçları benzerlik gösterdi.

Araştırmamızda, hastaların daha çok kalça kırığı (%23) ve kanser (%18.6) nedeniyle cerrahi girişim geçirdikleri, % 40.7'sinin daha önce cerrahi girişim geçirmedikleri belirlendi. Yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda uygulanan acil ve elektif ameliyatların değerlendirildiği bir çalışmada, yaşlıların en fazla kanser, üriner sistem patolojisi ve katarakt nedeniyle elektif ameliyat olduğu belirlenmiştir (Topbaş ve ark. 2002).Bizim çalışmamızda ise farklı olarak kalça kırığı nedeniyle cerrahi girişim geçirenlerin oranı yüksek bulundu.

Yaşlı hastaların % 76.1'i hastalandıklarında bir sağlık kurumuna başvurmadığı ve kontrol amacı ile başvuru sağlığı kurumlarının ise genellikle (%58.4) sağlık ocağı/aile hekimleri olduğu saptandı. Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelendiği bir araştırmada, son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru oranının % 93.3 ve ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşunun (% 55.6) sağlık ocakları olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve ark 2002). Bizim araştırmamızda kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuru oranı düşük çıkmıştır. Yaşlıların yaşlanmaya bağlı değişiklikleri ve kronik hastalıklarının olması dolayısıyla rutin sağlık kontrollerin yapılmasının önemlidir ve bu durum genel sağlık durumlarındaki değişikliklerin erken fark edilmesini sağlayacaktır. Cerrahi girişim gerektiren durumlarda yaşının durumundaki bu değişikliklerin düzeltilmesi gerekmektedir.

Hastaların ilaç kullanımları sorulduğunda ise % 69'u sürekli, % 26,5'i 3 ve daha fazla sayıda ilaç kullandığını ve sadece % 74.3'ü ilaçlarını doktor kontrolünde aldığını ifade etti. Yapılan bir çalışmada, yaşlıların % 74.6'sının düzenli olarak ilaç kullandıkları saptanmıştır (Güngör ve ark 2005). Araştırma sonuçları yaşlıların sürekli ilaç kullanımı konusundaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı, ilaçların birbiriyle etkileşmesi ve yan etkilerinin ortaya çıkması açısından sorun olmaktadır. Cerrahi süreç; yaşının bu ilaçların yanı sıra anestezi, analjezik ve bazı ilaçların kullanımını gerektirdiğinden değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Yaşlıların sağlığını etkileyen faktörlerden olan sigara kullanımı değerlendirildiğinde % 25.7'si sigara içtiğini ve % 16.8'i evde yanında sigara içildiğini ifade etti. Yaşlılarda sigara kullanımına ilişkin yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bir çalışmada yaşlı hastaların %28.6'sının sigara içtiği belirlenmiştir (Özdemir ve ark 2005) Özellikle de cerrahi girişimi planlanan yaşlı için akciğer kapasitesindeki azalma ve artan oksijen ihtiyacı düşünüldüğünde sigara kullanımı zarar vericidir. Yaşlıların evlerinde ve yanlarında sigara içilmesinin sağlığını olumsuz etkileyen koşulları oluşturduğu bilinmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı hastaların %72.6'sı işitme sorunu yaşadığını ancak % 3.5'inin işitme cihazı kullandığını, % 63.7'si görme sorunu yaşadığını ve % 52.2'si gözlük kullandığını ifade etti. Yapılan bir çalışmada yaşlıların %80'inin gözlük kullandığı, gözlük kullananların büyük bir kısmının (%75) günlük yaşam aktivitelerini etkilendiği ve %45.7' inin işitme kaybı olduğu, %28.1'inin işitme cihazı kullandığı, işitme kaybı olan yaşlıların tamamına yakınının (%90.6) günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (Özdemir ve ark 2005). Araştırmamızda yaşlıların büyük çoğunluğunu işitme, görme ve yürüme güçlüğü yaşadığı ancak bu sorunları azaltma amaçlı yardımcı

cihaz ve protez kullanım oranının düşük olduğu saptandı. Bunun nedeninin sağlık kurumlarına başvuruların az olması ve yetersiz ekonomik durum olduğu söylenebilir.

Araştırmada üriner inkontinansı olan yaşlı oranı % 48,7 olarak saptanmıştır. Üriner inkontinans yaşlı popülasyonu etkileyen, depresyon, anksiyete, utanma ve sosyal izolasyon gibi ciddi psikolojik ve sosyal komplikasyonlara neden olabilecek önemli ve yaygın bir sağlık problemidir (İnci 2009).

Yaşlı hastaların uyku süresi ortalaması 6.67 ± 1.73 saat olarak saptandı ve sıklıkla uyku sorunu yaşadığını ifade edenlerin oranı % 20.4' idi. Literatürde yaşlılarda uyku gereksinimi ve düzeninin değişiklik gösterdiği, günlük uyku süresinin 6 saat civarında olduğu, yaşlıların genellikle erken yattığı sabah erken kalktıkları, gece boyunca sık sık uyandıkları ve toplam uyku süresinin daha kısa ve uykuya dalmanın daha geç olduğu bildirilmektedir (Erdil 2006; Suluoğlu ve Özbayır 2005). Bu bilgi ile çalışmamızdan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir. Uyku süresi yaşlılarda azalmakta ve uykuya dalma güçlükleri daha fazla yaşanmaktadır. Genel olarak uyku sorunu yaşayan yaşlıların hastane sürecinde bu sorunu daha fazla yaşayacağından hemşire bu konuda gerekli önlemleri almalıdır.

Yaşlı hastaların beslenme durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun BKI nin normal (% 47.8) ancak % 42.5'inin kilolu, % 3.5' inin zayıf olduğu belirlendi. % 90.3'ü sebze ve meyveyi % 88.5'i süt ve süt ürünlerini az tükettiğini, % 42.5'i diğ sorunlarının beslenmesini etkilediğini ifade etti. Benzer olarak Güngör ve ark (2005) Manisa'da ki huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların, BKI inin %54.9' nun normal, %22.5'nin yüksek %14.1'inin obez olduğunu belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada yaşlıların % 47.9'u ekmek ve un ürünlerini "ara sıra", %71.8'i et, tavuk ve türevlerini "ara sıra", % 63.4'ü süt ve süt ürünlerini "ara sıra", %60.6'sının şeker ve türevlerini "ara sıra" %63.4'ü sebze ve meyveyi "ara sıra" tükettiğini saptanmıştır. Ulusel ve ark (2004) yaptıkları çalışmada, yaşlıların % 28.6'sının BKI'i normal, %34.5'i fazla kilolu, %35.1'i şişman, %1.8'i ise düşük ağırlıkta olduğunu belirlenmiştir.

Araştırmamızda yaşlıların büyük çoğunluğunda deri turgorunda değişiklik saptandı (% 56,6). Bu durum hastaların yetersiz sıvı aldığına göstergesidir. Hem genel sağlığını, hem de cerrahi süreci olumsuz etkileyecek bir davranış olması nedeniyle yaşlılar günlük 8-10 bardak su içmeleri konusunda desteklenmelidir. Araştırmamızda hastaların BKI leri açısından normal yada hafif kilolu olduğu saptanmış olup cerrahi süreç ve genel sağlıkları açısından olumlu olarak algılanmaktadır. Literatürde yaşlıların beslenmesi konusunda süt ve süt ürünlerinin, meyve ve sebzelerin posalı yiyeceklerin tüketimi konusunda öneriler bulunmaktadır (Rakıcıoğlu 2009). Ancak araştırmaya katılan yaşlıların önerilen bu besin gruplarını daha az tükettiklerini ifade etmektedir. Bununla bağlantılı olarak hastaların % 51,3'ü konstipasyon sorunu yaşamaktadır. Ameliyat sonrası gelişmesi muhtemel sorunlardan biri olan konstipasyonun bu yaşlılarda görülme oranı artacaktır.

Yaşlılar yaşlılığa bağlı değişimleri ve hastalığı nedeniyle günlük temel ihtiyaçlarını karşılamada dahi yardım gereksinimi duyabilmektedir. Araştırmamızda yaşlıların % 20.4 'ü yardım gereksinimlerini karşılayacak kimsesi olmadığını ifade etmiştir.

Ameliyat sonrası dönemde bakım gereksinimleri artacağından bu durum değerlendirilmeli ve destek sağlanmalıdır.

Araştırmamızda yaşlı hastaların daha önceki düşme deneyimleri incelendiğinde; % 67.3'ünün daha önce düştüğü ve % 26.5'inin banyoda ve % 20.4'ünün merdivende düştüğünü ifade etti. Özdemir ve ark (2005), yaşlıların %24.3'ünün daha önce de düştüğünü, düşme oranının kadınlarda, 70-79 yaş grubunda ve yalnız yaşayanlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir. Yeşilbalkan ve Karadakovan (2005) İzmir'de bir huzurevinde yaptıkları çalışmalarında ise, yaşlıların %48.7'sinin daha önce düştüğünü saptamıştır.

Altmış beş yaş üzeri bireylerin yaklaşık 1/3'ü her yıl en az bir kez düşme deneyimi yaşamaktadır. Yaşlı bireyler arasında başta kalça olmak üzere çeşitli kemik kırıklarıyla sonuçlanan düşmeler, hareketsizliği artıran ve yatağa bağımlılığa neden olan bir faktördür (İlçe ve ark. 2007). Anestezinin ve kullanılan ilaçların etkisi, duyu algı kapasitesinde yaşanan problemler nedeniyle, cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalar için düşme riski daha da artmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlılara evlerinde yaşadıkları sorun ya da zorluklar sorulduğunda; % 87.6'sı banyo ve tuvalette tutunacak kolların olmadığı, % 32.7'si konutları asansörlü olmadığı, % 31.9'u iyi ısınmadığı, % 24.8'i evinin küçük olması % 19.5'i kendisine ait odasının olmaması nedeniyle zorluk yaşadığını ifade etti. 65 yaş üzerindeki yaşlılarda ev kazaları yaşama nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, en fazla yaşanan ev kazasının % 27.6'sının düşme olduğu ve düşmelerin nedeni olarak % 21.7'si banyoda tutunma barının olmamasını, % 17.4'ü aydınlatmanın yetersiz ve zeminin ıslak olmasını ifade etmişlerdir (Erkal 2005). İlçe ve ark. (2007) da çalışmalarında, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirdikleri ortamlarda gereksiz yerleştirilen mobilyaların da kazalara neden olabileceğini bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularla uyum göstermektedir.

Araştırmamızda yaşlıların GYA 'deki bağımlık durumları daha çok enstrumental (temizlik yapma, fatura ödeme) GYA de bağımlı oldukları saptanmıştır. Şahbaz ve Tel (2006) araştırmalarında, banyo yapma, giyinme, hareket etme gibi günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Güneş ve ark (2005) yaptıkları çalışmada yaşlıların en çok bağımlılık yaşadıkları günlük yaşam aktivitelerinin banyo yapmak, giyinme, hareket etme, ev işi yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama, parasını idare edebilme aktiviteleri olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hastaların yaşlılığı nasıl algıladıkları sorulduğunda % 92'si "yaşlılık hastalıktır", yine % 92'si "kendini yorgun hissetmektir" diyerek tanımladı ve araştırmaya katılanların % 71.7'si kendini yaşlı hissettiğini ifade etti. Özdemir ve ark (2005) araştırmalarında, hastaların %51.5'i yaşlılığı, "hasta olma", %34.3'ü "bağımlı olma" ve "yalnızlık" (%17.2) gibi olumsuz şekilde algıladığı, bununla birlikte kadınların erkeklere göre yaşlılığı daha olumlu algıladığı saptanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) 'nın Ankara ilindeki 65 yaş üzeri bireylerle yaptığı çalışmada (2004), yaşlıların %71.7'si yaşlanmayı "yorgun

hissetmektir", % 68.8'i ise "hastalıktır" şeklinde tanımlamışlardır. Yaşlıların yaşlılığı algılama durumları yaşlılığa bağlı değişiklikleri kabullenişini etkilemektedir.

KAYNAKLAR

- Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(3)177-183 (2005).
- Bailes B (2000). Perioperative Care Of The Elderly Surgical Patient, AORN Journal, Augst ProQuest Health And Medical Complete pg. 86, 72 (2): 186-207.
- Erdil F (2003). Yaşlıların Perioperatif Hemşirelik Bakımı, 4. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı, İzmir, 155-175.
- Erdil F (2006). Yaşlılara Yönelik Hemşirelik Hizmetleri, Geriatri ve Gerontoloji, Uluslararası Yaşlanma Enstitüsü, H.Ü Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, 170-174.
- Erkal S (2005). Kırıkkale Ovacık Mahallesi Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları İle Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi 8 (1) 17-21.
- Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L (2005). Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi 8 (2): 78-83.
- Güngör N, Nehir S, Özbaşaran F (2005). Manisa Kent Merkezindeki Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Beslenme Durumları Üzerindeki Etkisi, Türk Geriatri Dergisi, 8 (4): 195-204.
- Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) (2004). Yaşlılık Gerçeği, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.
- İlçe A, İlçe C, Dramalı A (2007). Yaşlılarda Ev Kazalarının Önlenmesi ve Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik İç Mekan Çözümlenmeleri, H.Ü. Sosyolojik Araştırmalar e- dergisi, Ankara.
- İnci K (2009). Yaşlılarda üriner inkontinans ve Farmakolojik tedavisi Turkish Journal of Geriatrics 2009; 13 (1): 59-66
- Kısacık A (2009). Sivas İl Merkezinde İkamet Eden 60 Yaş Ve Üzeri Yaşlıların Demografik, Ekonomik, Sosyal, Sağlık ve Duygusal Durumları. www.sosyalhizmetuzmani.org/yaşlı araştırması. erişim tarihi: 01.07.2009.
- Meek R (2000). Surgery And The Older Person. In : Manley, K., Bellman, L. (Eds) Surgical Nursing Advancing Practice. Haurcourt Publishers Limited, Pp: 204-221.
- Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ (2005). Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu ve Geriatrik Sorunlar, Türk Geriatri Dergisi 8 (2): 94-100
- Öztürk A, Naçar M, Aslan A ve ark. (2002). Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları, Türk Geriatri Dergisi, 5(4): 138-143.
- Rakıcıoğlu N (2009) Yaşlılıkta Beslenme, [http:// www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/YASLILIKTA_BESLENME.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/YASLILIKTA_BESLENME.pdf), erişim tarihi: 16.07.2010.
- Saufi N. (2004). Preparing The Older Adult For Surgery And Anesthesia, Journal Of Perianesthesia Nursing Vol. 19, No 6 pp: 372- 378. doi.10.1016/j.jopan2004.08.008
- Suluoğlu Z, Özbayır T (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Bozukluğu Düzeylerindeki Değişikliklerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22 özel sayı: 219-228.
- Şahbaz M, Tel H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi, 9 (2) 85-93.
- Topbaş M, Can G, Kızıl M ve ark. (2002). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinde 65 Yaş Üzerindeki Yaşlılara Yapılan Acil ve Elektif Ameliyatların Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(2) 105-108.
- Ulusel B, Soyer A, Uçku R (2004). Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Etmenler, Türk Geriatri Dergisi, 7 (4): 199-20
- Yeşilbalkan U Ö, Karadakovan A (2005). Narlidere Dinlenme ve Bakımında Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri, Türk Geriatri Dergisi; 8 (2): 72-77.

HASTALARIN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI ABDOMİNAL DİSTANSİYONA YÖNELİK DENEYİMLERİ

PATIENTS' EXPERIENCE TOWARDS POSTOPERATIVE ABDOMINAL DISTENTION

Araş.Gör. Nurten TAŞDEMİR* **Doç.Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK****

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
**Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

ÖZET

Amaç: Araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan ve genel anestezi altında ameliyat olmuş 384 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik sayılar ki-kare, Fisher kesin ki- kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların % 42.7'si abdominal distansiyonu, %41,5'i ameliyat sonrası bulantı-kusması olduğunu ifade etmiştir. Abdominal distansiyon oluşumunda; ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımı, ameliyat tipi, ameliyat sonrası dönemde gastrointestinal sistem üzerine etkili ilaç kullanma durumu, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama zamanı, ilk ayağa kalkma ve gaz çıkarma süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda; abdominal cerrahi, ameliyat sonrası dönemde ilk ayağa kalkma ve ilk beslenmeye başlama zamanı distansiyon oluşumunda etkilidir.

Anahtar Sözcükler: Abdominal distansiyon, hasta deneyimleri, hemşirelik,

ABSTRACT

Objectives: This study was carried out to determine the experience of patients towards the postoperative abdominal distention.

Methods: The subjects included 384 patients who undergone surgical operation under general anesthesia in the clinics of general surgery, orthopedic, brain surgery, Ear Nose Thoroat surgery, ophthalmology, gynecology, obstetrics on a hospital in Zonguldak City. The data collection tool comprised of a questionnaire, prepared by the researchers. The data were collected through face to face patient interviews. The data was evaluated with the percentage, Chi- square and Fisher Chi-square relevance tests.

Results: The results demonstrate that 42.7% and 41.5% of the patients had postoperative complaints of abdominal distention and nausea and vomiting respectively. The difference in development of the abdominal distention was found statically significant ($p<0,005$) in the terms of

preoperative intestinal excretion, type of operation, postoperative application of medications on gastrointestinal system, time of initial oral nutrition, time of initial ambulation and intestinal gas discharge.

Conclusion: *Abdominal surgery, time of the initial ambulation and oral nutrition was effective in abdominal distention formation on patients who had surgery under general anesthesia.*

Key Words: *Abdominal distention, patient experiences, nursing*

GİRİŞ

Ameliyat sonrası görülen komplikasyonların bir bölümü gastrointestinal sistemle (GİS) ilgilidir. GİS'e ilişkin karşılaşılan sorunlar arasında özellikle bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, parolitik ileus ve abdominal distansiyon yer almaktadır (Brenner, 1999; Ingnatavicius ve ark., 1999; Sayek 2004).

Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyon, ortopedi, üroloji, torask ameliyatları ile abdominal-pelvik bölgedeki organ ameliyatlarından sonra erken dönemde görülmektedir (Smith, 1985; Miedeme ve Johnson, 2003; Story ve Chamberlain 2009). Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Brenner, 1999; Erdil ve Özhan-Elbaş, 2001; Smith, 1985).

Ameliyattan sonra gastrointestinal sistem peristaltizmi geçici olarak zayıflar, özellikle abdominal ve pelvik ameliyatlar sonrası peristaltizmde 24 saat veya daha uzun süreli bir azalma olur. (Sayek, 2004; Forren, 2010). Ameliyattan sonra meydana gelen abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, parolitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi daha ciddi komplikasyonların bir belirtisi olabilir. Bu nedenle bu durumun mutlaka hekime bildirilmesi gerekmektedir (Bates ve DiMauro, 1997).

Hastalar abdominal distansiyon nedeniyle fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar arasında özellikle huzursuzluk, abdominal bölgede dolgunluk hissi, kramp şeklinde gaz ağrısı, başta solunum olmak üzere hayati bulgularda değişiklikler yer almaktadır (Bates ve Di Mauro, 1997; McConnell, 1980; Nichols, 1986; Smith, 1985; Özbayır, 1988). Cerrahi hemşireliğinde hasta bakımının önemli bir bölümünü, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi alır. Yapılan bir çalışmada; ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım ile komplikasyonların ve beraberinde getirdiği sorunların büyük ölçüde azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2002).

Abdominal distansiyonun azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimleri arasında; ameliyat öncesi hasta eğitimi, ağrı kontrolü, ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırma ve erken dönemde ağız yoluyla beslenmenin sağlanması yer almaktadır. Erken ayağa kaldırma, kas tonüsünün ve gastrointestinal motilitenin artmasını sağlar (Forren, 2010).

Ameliyat öncesi hasta eğitimi hastanın anksiyetesini azaltıp ağrı kontrolüne yardım eder (Bates ve DiMauro, 1997; Karayurt, 1997). Abdominal distansiyon,

özellikle batin ameliyatlarından sonra sık karşılaşılan ve hastaların sıkıntı yaşadığı bir durum olmasına rağmen bu konuda hastaların yeterince bilgilendirilmediği bilinmektedir (Markey ve Brown, 2002; Miedeme ve Johnson, 2003).

Ameliyat sonrası dönemde hekim istemi doğrultusunda hastaların erken dönemde ayağa kaldırılması ve oral beslenmenin sağlanması abdominal distansiyon oluşumunun engellenmesinde önemli hemşirelik girişimlerindedir.

Ülkemizde hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik incelemeler olmakla birlikte, hastaların deneyimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma bulunamadı. Bu araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini saptamak amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanede yapıldı.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan genel anestezi altında ameliyat olmuş bireyler arasında tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 384 hasta oluşturdu.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu kullanıldı (Ng ve Smith, 2002; Erdil ve Özhan-Elbaş, 2001; Macmillan ve ark., 2000; Disbrow ve ark., 1983; Smith, 1985). Anket formu 36 sorudan oluştu. Anket formunda beş soru anesteziye ilişkin olup hastanın tıbbi kayıtlarından elde edildi. Ayrıca sosyodemografik özelliklere yönelik beş soru yer aldı.

Hastalara uygulanacak soru kağıdının işlerliğini kontrol etmek amacıyla, soru kağıdı bir hastanenin cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Beyin Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Kadın Hastalıkları ve Doğum) yatan 30 hastaya uygulandı. Anket formunun uygulanmasında hastalar tarafından anlaşılır olması nedeniyle herhangi bir düzeltme yapılmadı. Ön uygulamada görüşme yapılan hastalar örnekleme dâhil edildi.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmacı, "ameliyat olacak hastalar listesinden" belirlediği hastaların ameliyatlarını takiben gaz çıkışı sonrası yüz yüze görüşerek soru kağıdını uygulandı. Görüşme bittikten sonra araştırmacı soru kağıdında yer alan bazı soruları hastaların dosyasından elde etti. Hastalar ile yapılan görüşme hasta odasında yapıldı ve ortalama 15-20 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayar ortamında SPSS Windows 11.0 (Statistical Packet for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak veri tabanı

oluşturuldu ve tablolaştırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelik, Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare önemlilik testleri uygulandı (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000; Aksayan ve ark., 2002).

BULGULAR ve TARTIŞMA

Hastaların %70.1'inin kadın, %54.2'sinin 36-64 yaş grubunda, %76.0'ünün ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %99.0'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Araştırma kapsamına alınan hastaların %63.5'inin sürekli ilaç kullanmadığı, %70.3'ünün en az bir kez hastanede yattığı, %51.8'inin genel anestezi altında ameliyat geçirmediği ve %96.1'inin kendisine yardımcı olabilecek yakını olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalamasını 41.5 olarak belirlendi.

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Abdominal Distansiyon Oluşuma Durumu (N:384)

Tanıtıcı Özellikler	Abdominal Distansiyon				İstatistiksel Analiz
	Oluşan (n:164, %42.7)		Oluşmayan (n:220, %57.3)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	138	84.1	131	59.5	p<0.05
Erkek	26	15.9	89	40.5	
Yaş					
18-35 yaş	60	36.6	78	35.4	p>0.05
36-64 yaş	81	49.4	126	57.3	
65 ve ↑	23	14.0	16	7.3	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	20	12.2	56	25.5	p<0.05
Çalışmıyor	144	87.8	164	74.5	
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve altı	125	76.2	167	75.9	p>0.05
Ortaöğretim ve üzeri	39	23.8	53	24.1	
Sürekli ilaç Kullanımı					
Kullanan*	69	42.1	71	32.3	p>0.05
Kullanmayan	95	57.9	149	67.7	
Buldukları Klinik					
Genel cerrahi	36	22.0	60	27.3	p<0.05
Kadın hastalıkları ve doğum	84	51.2	10	4.5	
Ortopedi	22	13.4	21	9.6	
Beyin cerrahi	12	7.3	35	15.9	
Üroloji	10	6.1	42	19.1	
K.B.B.-Göz	0	0.0	52	23.6	
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu					
Hiç	37	22.6	77	35.0	p≤0.05
1 kez	76	46.3	101	45.9	
2 kez ve ↑	51	31.1	42	19.1	
Daha Önce Genel Anestezi Alma Durumu					
Alan	85	51.8	91	41.4	p>0.05
Almayan	79	48.2	129	58.6	
Toplam	164	100	220	100	

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre abdominal distansiyon oluşumu Tablo 1’de yer almaktadır. Ameliyat olan hastaların cinsiyetine, çalışma durumuna, daha önce hastanede yatma durumuna ve buldukları kliniğe göre abdominal distansiyon oluşması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kadınlarda, çalışmayanlarda ve abdominal cerrahinin daha fazla uygulandığı genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde tedavi gören hastalarda abdominal distansiyon oluşumu daha fazla görüldü.

Tablo 2: Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Faktörlere Göre Abdominal Distansiyon Oluşma Durumu (N:384)

Abdominal Distansiyon Oluşumunu Etkileyen Faktörler	ABDOMİNAL DİSTANSİYON				İstatistiksel Analiz
	Oluşan (n:164)		Oluşmayan (n:220)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Ameliyat Öncesi Dönemde GİS Üzerine Etkili İlaç Kullanımı					
Kullanan	7	4.3	1	0.5	p>0.05
Kullanmayan	157	95.7	219	99.5	
Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirilme					
Bilgilendirildi	47	28.7	117	24.5	p>0.05
Bilgilendirilmedi	117	71.3	166	75.5	
Ameliyat Öncesi Dönemde Bağırsak Boşaltımı					
Yapılmadı	75	45.7	204	92.7	p<0.05
Lavman yapıldı	35	21.4	5	2.3	
Laksatif verildi	54	32.9	11	5.0	
Ameliyat Öncesi Dönemde Aç Kalma Süresi					
8-10 saat	69	42.1	114	51.1	p>0.05
11 saat ↑	95	57.9	106	48.2	
Ameliyat tipi					
Abdominal cerrahi	117	71.3	38	17.3	p<0.05
Diğer	47	28.7	182	82.7	
Anestezi Süresi					
60 dakika	89	55.3	118	53.6	p>0.05
61-180 dakika	73	44.5	99	45.0	
181 dakika ↑	2	1.2	3	1.4	
Ameliyat Sonrası Dönemde GİS Üzerine Etkili İlaç Kullanımı					
Kullanan*	90	9	26	11.8	p<0.05
Kullanmayan	74	1	194	88.2	
Ameliyat Sonrası Dönemde Egzersiz Yapma Durumu					
Yapmayan	133	81.9	200	0.9	p>0.05
Yapan	31	18.1	20	0.1	
Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ayağa Kalkma Süresi					
İlk 8 saat	9	5.5	61	27.7	p<0.05
9-24 saat	117	71.3	130	59.1	
25-48 saat	16	9.8	12	5.5	
49 saat ve ↑	22	13.4	17	7.7	

Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Beslenmeye Başlama Süresi					
İlk 8 saat	29	17.7	82	37.3	p<0.05
9-24 saat	68	41.5	75	34.1	
25 saat ve ↑	67	40.8	63	28.6	
Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Alınan Besin					
Su	64	39.0	92	41.8	p>0.05
Sıcak sıvılar	58	35.4	95	43.2	
Soğuk sıvılar	38	23.2	26	11.8	
Diğer***	4	2.4	7	3.2	
Ameliyat sonrası Dönemde Gaz Çıkarma Süresi					
İlk 12 saat	34	20.7	160	72.7	p<0.05
13 saat ve ↑	130	79.3	60	27.3	
Toplam	164	100	220	100	

Hastaların ameliyattan sonra gaz çıkarma süreleri ortalama 21,8 saat olup; en kısa 2 saat, en uzun 144 saattir. Ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımı, ameliyat tipi, ameliyat sonrası dönemde GİS üzerine etkili ilaç kullanma, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama süresi, ilk ayağa kalkma süresi ve gaz çıkarma süresine göre abdominal distansiyon oluşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Abdominal distansiyon oluşumunda bu anlamlı farkı; bağırsak boşaltımı yapılmayan, abdominal cerrahi geçiren, GİS üzerine etkili ilaç kullanan, ameliyat sonrası dönemde 9-24 saat arasında ilk kez ayağa kalkan ve 13 saat ve üzerinde sürede gaz çıkışı olan hastalar oluşturdu.

Disbrow ve arkadaşları (1983) gastrointestinal motilitenin değerlendirilmesinde; ilk gaz çıkarma saatinin, bağırsak seslerinden daha güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Waldhausen ve Schirmer (1990)'ın abdominal cerrahi geçiren 34 hastayı kapsayan çalışmasında, ameliyat sonrası erken ayağa kaldırmanın ileusa etkisini incelemiş ve ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırmanın ileusun çözülmesinde etkili olduğunu saptamıştır. Daniese ve arkadaşları (2004) sağlıklı bireylerde orta derecede aktivite ve dinlenmenin intestinal gaz retansiyonuna etkisini incelemişler; orta düzeyde fiziksel aktivitenin gaz retansiyonunu azalttığını saptamışlardır. Sağlıklı bireylerde yapılan bu çalışma fiziksel aktivite ile gaz retansiyonu arasındaki ilişki açısından önemlidir, bu nedenle ameliyat sonrası dönemde egzersizler ve hastanın erken ayağa kaldırılması önemlidir. Çalışmamızda geç dönemde ayağa kalkan hastalarda abdominal distansiyon geliştiği saptandı.

Subaşı'nın yapmış olduğu çalışmada (2004); laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar iki gruba ayrılmış, planlı derin solunum ve öksürük egzersizi verilen grupta ameliyat sonrası dönemde gaz çıkışının eğitim verilmeyen gruba göre daha erken dönemde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise, derin solunum, öksürük ve yatak içi egzersiz yapma ile abdominal distansiyon görülme durumu arasında bir ilişki saptanmadı.

Kramer ve arkadaşları (1996) sezeryan yapılan 318 hastada erken beslenme ile ileus görülme durumu arasındaki farkı incelemişler; erken beslenmenin sezeryan sonrası gastrointestinal semptom ve ileus görülme durumuna etki etmediğini saptamışlardır. Steed ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise majör abdominal jinekolojik cerrahi uygulanan 96 hastada erken dönemde beslenmenin hastanede kalış süresi ve etkileri (ileus vb. komplikasyonların görülme durumu) değerlendirilmiş, erken dönemde ağız yoluyla beslenen hastalarda hastanede kalış süresinin kıaldığı ve komplikasyon görülme oranının azaldığı saptanmıştır. Literatürde ameliyat sonrası dönemde, sıcak içeceklerin soğuk içeceklere göre peristaltizmi daha kısa sürede başlattığı belirtilmektedir (Bates ve Di Mauro 1997). Çalışmamızda ise sıcak ve soğuk içecekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Ameliyat sonrası dönemde, hastaların %69.8'i ilaç kullanmamış, %86.7' si derin solunum-öksürük ve yatak içi egzersizlerini yapmamış, %64.3'ü 9 ile 24 saat arasında ilk kez ayağa kalkmış, %37.2'si 9 ile 24 saat arasında ilk kez ağız yoluyla beslenmeye başlamış ve %40.6'sı ilk besin maddesi olarak su almıştır.

Disbrow ve arkadaşlarının (1983) yapmış olduğu bir çalışmada; ameliyat öncesi dönemde bir gruba bilgi verilmiş, diğer gruba ise herhangi bir bilgi verilmemiştir. Abdominal cerrahi öncesi 5 dakika süre ile bilgilendirilen grupta ilk gaz çıkarma saati ortalama 62.1 iken, bilgilendirilmeyen grupta ise ortalama 100.1 bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Le Blanc- Lauvry ve ark. (2002) kolektomi sonrası abdominal masajın ileusun süresine etkisini değerlendirdikleri çalışmada; 50 hasta iki gruba ayrılmış, abdominal masaj uygulanan grupta ileus süresinin, ağrı puanlarının, analjezik kullanım dozlarının ve ilk gaz çıkarma sürelerinin azaldığı saptanmıştır.

Çilingir ve Bayraktar'ın (2004) çalışmasında gününbirlik cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası birinci günde %11.3'ünün, ikinci gün %2.2'sinin, üçüncü gün %1.3'ünün gaz çıkarmama sorunu olduğu ve bu soruna yönelik olarak hastaların %55.6'sının sulu gıdalar aldığını, %44.4'ünün hiçbir şey yapmadığını saptamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilme durumuna, aç kalma süresine, anestezi süresine, ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapma durumuna ve ağız yoluyla alınan ilk besin maddesine göre abdominal distansiyon oluşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Genel anestezi altında ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda; abdominal cerrahi geçiren, ameliyat sonrası dönemde ilk oral beslenme ve ayağa kalkma süresi uzun olan hastaların abdominal distansiyon deneyimlediği saptandı.

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların ameliyat sonrası egzersizlerin öğretilmesi ve erken ayağa kalma konusunda bilgilendirilmesi,
- Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılması ve erken dönemde oral beslenmeye geçilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların abdominal distansiyona ve bunun azaltılmasına yönelik eğitim verilmesi ve bu amaçla kitapçık, broşür gibi görsel eğitim araçlarının geliştirilmesidir.

KAYNAKLAR

- Aksayan S ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayınları, İstanbul.
- Bates F, G, Di Mauro N. (1997). Mason's Basic Medical Surgical Nursing, 6. Baskı, Mc Grow-Hill Companies, 137.
- Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. (2008) Early versus delayed (traditional) oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynecologic surgery. Evidence Based Nursing, 11(2):56.
- Çilingir D, Bayraktar N. (2004). Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadığı Güçlükler Ve Bilgi Gereksinimi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Daniese R, Sera, J, Aspiroz F, Malagelada J-R. (2004). Effects of physical activity on intestinal gas transit and evacuation in healthy subjects, The American Journal of Medicine, 116.
- Disbrow AE, Bennett LH, Owings TJ. (1983). Effect of postoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility, The Western Journal of Medicine, 158 (5).
- Erdil F, Özhan-Elbaş N. (2001). Cerrahi Hastalıklan Hemşireliği, Genişletilmiş IV Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- Forren JO (2010). Postoperative patient care and pain management. Alexander's Care of the Patient in Surgery (Ed: Rothrock JC.) 14. Baskı, Elsevier, USA. s:267- 293.
- Gong G (2004). Relief of postoperative gas pain, American Journal of Nursing, 104 (2), 72.
- Guarner F, Malagelada RJ. (2003). Gut flora in health and disease, Lancet, 361, S: 512-519.
- Ingnatavicius,DD, Workman LM, Misher AM. (1999). Medical-Surgical Nursing Across The Health Care Continuum, 3. Baskı, W.B. Saunders Comp. (hata)
- Kramer LR, Vansomeren KKJ, Qualls RC, Curet BL. (1996). Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of ileus, Obstetrics & Gynecology, 88 (1), S:29-32.
- Le Blanc-Louvry I, Costaglioli B, Baulon C, Leroi M, Ducrotte P. (2002). Does mechanical massage of the abdominal wall after colectomy reduce postoperative pain and shorten the duration ileus? Results of a randomized study, The Journal of Gastrointestinal Surgery, 6 (1), S 43-49.
- Macmillan S, Kammerer-Doak D, Rogers GR, Parker MK. (2000). Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery, Obstetrics and Gynecology, 96 (4), 604-608.
- Madl C, Druml W. (2003). Systemic consequences of ileus, Best Practice and Research Clinical Gastroenterology, 17 (3), 445-456.
- Markey WD, Brown JR. (2002) An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical-surgical patient, Journal of Nursing Care Quality, 16 (4), 1-12.
- Miedeme BW, Johnson OJ. (2003). Methods for decreasing postoperative gut motility, The Lancet, 4, 365-372.
- Ng A, Smith G. (2002). Anesthesia and gastrointestinal tract, Journal Of Anesthesia, 16, 51-64.
- Sayek İ (2004). Temel Cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara.
- Schilder MJ, Hurteau AJ, Look YK, ve ark. (1997). A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal gynecologic surgery, Gynecologic Oncology, 67, 235-240.
- Smith EC (1985). Detecting acute abdominal distention. Nursing, 15 (9), S 34-39.

- Steed LH, Capstick V, Flood C, ve ark. (2002). A randomized controlled trial of early versus 'traditional' postoperative oral intake after major abdominal gynecologic surgery, *Am. Journal Of Obstetrics Gynecology*, 186 (5).
- Subaşı-Çağlar S, Cihan A. (2004). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonu Geçiren Hastalarda Solunum Eğitiminin Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Story SK, Chamberlain RS. (2009) A comprehensive review of evidence- based strategies to prevent and treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26;265- 275.
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2000). Biyoistatistik, 10. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- Tramer MR. (2003). Treatment of postoperative nausea and vomiting, *British Medical Journal*, 327 (7418), S 762-764.
- Waldhausen THJ, Schirmer DB. (1990). The effect of ambulation on recovery from postoperative ileus. *Ann. Surgery*, 212 (6), S 671-677.
- Yılmaz M (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 4 (1), 40-51

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN CERRAHİ EL YIKAMA UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF SURGICAL HAND WASHING PRACTICES OF OPERATING ROOM NURSES

Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ Ar.Gör. Nurten TAŞDEMİR

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

ÖZET

Amaç: Ameliyathanelerde cerrahi el yıkama zorunlu bir işlem olmasına rağmen evrensel olarak uygulanan standart bir el yıkama tekniği bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı ameliyathane hemşirelerinin cerrahi el yıkama uygulamalarının belirlenmesidir.

Gereç Yöntem: Bu çalışma 04- 08 Eylül 2007 tarihleri arasında Gaziantep'te yapılan Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi' Cerrahi El Yıkama Kursu'nda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18 il ve 35 farklı hastaneden katılan 96 ameliyathane hemşiresi oluşturmuştur. Kurs katılan hemşirelerin tümü soru kağıdını doldurmuşlardır. Veriler 6 açık soru ve 19 çoktan seçmeli toplam 25 sorunun yer aldığı soru kağıdı aracılığı ile toplanmış ve SPSS 11.0 programı kullanılarak sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Bulgular: Hemşirelerin %45.8'i cerrahi el yıkamaya yönelik hizmet içi eğitim almadığını, %53.1'i el yıkaması sırasında fırça kullandığını, %69.7'si el yıkamasında povidone-iodine kullandıklarını ve %95.8'i cerrahi el yıkama süresinin 2- 6 dakika olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç: Cerrahi el yıkamasına ilişkin uygulamaların literatürle uyumlu olmakla birlikte; kullanılan antiseptik, yıkama yöntemi ve süresi açısından bireysel ve kurumsal farklılıkların olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi el yıkama, ameliyathane, hemşirelik

ABSTRACT

Objectives: Although surgical hand washing is an imperative procedure in operating room, there is no a standard surgical hand washing technique applied universally. The aim of this study was to determine the surgical hand washing practices of operating room nurses.

Methods: The study was performed during the hand washing course of Turkish Surgical and Operating Room Nursing Congress, 04- 08 September Gaziantep, Turkey. The sample was consisted of 96 operating room nurses from 18 city and 35 different hospitals. All the nurses (96) attended the session completed the questionnaire. The data were collected using a questionnaire consists of 6 open-ended and 19 multi-choices totally 25 questions and were presented number and percentage using SPSS 11.0.

Results: Of the nurses 45.8 % stated that they had not received in-service education related to surgical hand washing, 53.1 % stated that they used brush for hand washing, 69.7% stated that they used povidone-iodine for hand washing and 95.8% stated that the duration of hand washing were 2-6 minutes.

Conclusion: *It has been determined that although surgical hand washing practices are in accordance with literature, there are some differences individual and organizational about antiseptic, washing method and time.*

Key Words: *Surgical hand washing, operating room, nursing*

GİRİŞ

Ameliyathanelerde enfeksiyonlar çoğunlukla ameliyathane çalışanlarının taşıdığı bakterilerden kaynaklanmaktadır (Thurston, 2004). Deri cerrahi ortamlarda mikrobiyal kontaminasyonun en önemli kaynaklarından biridir ve mikroorganizmalar sağlık çalışanlarının ellerinden kolayca yayılabilir (Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), 2004; Khan ve ark.2003). Cerrahi el yıkama; scrub ekip üyelerinin ameliyat öncesi dönemde steril giysileri ve eldiveni giymeden önce el florasındaki geçici bakterileri uzaklaştırmak ve kalıcı bakterileri azaltmak amacı ile antiseptik bir ajan kullanarak elleri yıkaması ya da ovalamasıdır (AORN, 2004; Kampf ve ark. 2005; Khan ve ark., 2003; Ogg ve Petersen 2007; Tavolacci ve ark., 2006). Cerrahi el yıkamanın amaçları aşağıda yer almaktadır (Kampf ve ark., 2005; Khan ve ark., 2003; Ogg ve Petersen 2007; Tavolacci ve ark., 2006).

- Tırnaklar, eller ve ön koldan debris ve geçici mikroorganizmaları uzaklaştırmak.
- Kalıcı mikroorganizma sayısını en aza indirmek.
- Mikroorganizmaların hızlı üremelerini baskılamaktır (Anderson-Manz, 2004; AORN, 2004; Khan ve ark., 2003; Mangram ve ark. 1999).

Cerrahi yara kontaminasyonunu önlemek amacı ile steril cerrahi eldivenler kullanılmaktadır. Ancak eldivenler bakterileri geçirebilir (Parianti ve ark., 2002), kullanımları esnasında yırtılabilir (Boyce ve Pittet, 2002; Parienti ve ark., 2002) ya da üzerinde gözle görülemeyecek kadar küçük delinmeler olabilir. Cerrahi eldivenlerin altında oluşan nemli ortamlar nedeniyle mikroorganizmalar çoğalabilir ve bu mikroorganizmalar buradan hastaya geçebilir (AORN 2004; Cheng ve ark. 2001; Khan ve ark., 2003; Parienti ve ark., 2002). Bu nedenle cerrahi el yıkamanın etkili bir şekilde yapılması çok ön

emlidir (Parienti ve ark., 2002).

Cerrahi el yıkama günümüzde, bir antiseptik solüsyonla ellerin yıkanması ya da alkol bazlı solüsyonla ellerin ovalanması olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır (AORN 2004; Berman 2004; Bryce, Spence ve Roberts 2001; Khan ve ark., 2003). Antiseptik bir solüsyon ile ellerin yıkanması yöntemi fırça kullanılarak ya da fırça kullanmadan yapılmaktadır. Ancak fırçalar el üzerinde tahrişi arttırdığı için cilt hücrelerinin daha fazla dökülmesine yol açmakta, gram-negatif bakterileri ve *Candida* sayısını artırabilmektedir (AORN 2004; Hsieh ve ark. 2005; Lung ve ark. 2004). Yapılan çalışmalar fırça kullanılmadığında da ellerdeki bakteri sayısının yeterince azaldığını buna karşın yara enfeksiyonu oranında bir artış olmadığını göstermiştir (AORN, 2004; Berman, 2004). Bu nedenle son yıllarda fırçaların kullanımı tartışmalı olup antiseptik solüsyon ile cerrahi el yıkama fırça kullanmadan da gerçekleştirilebilmektedir (AORN 2004; Berman, 2004; Bryce ve ark., 2001; Khan ve ark., 2003; Lung ve ark., 2004).

Amerika' da bulunan Ameliyathane Hemşireleri Birliği'nin belirttiğine göre cerrahi el antisepsisi malzemelerini üreten bazı firmalar cerrahi el antisepsisinde fırça kullanılması yerine yumuşak bir sünger kullanılmasını önermektedir (AORN, 2004).

Cerrahi el yıkamada kullanılan ikinci yöntem alkol bazlı el ürünleri ile ellerin kuruyuncaya kadar ovalanmasıdır (AORN, 2004). Alkol bazlı ürünlerin ellerde tahriş yapma olasılığı fırça kullanımına göre daha azdır (Tavolacci ve ark., 2006). AORN her iki yöntemde de önceden ellerin su ve sabun ile yıkanmasını ve mutlaka tırnakların altının bir tırnak temizleyicisi ile temizlenmesini önermektedir (AORN, 2004).

Cerrahi el yıkamasında kullanılan antiseptiklerin özellikleri de önemlidir. Cerrahi el antiseptikleri mikroorganizma sayısını önemli miktarda azaltmalı, hızlı etkili, geniş spektrumlu ve kalıcı etkiye sahip olmalıdır. Buna karşın tahriş edici özellikte olmamalıdır. Cerrahi el antisepsisinde %2-4'lük klorheksidin glukonat %7.5'lük povidone iodine, %60-80'lik ethanol ya da isopropanol alkol kullanılmaktadır (AORN 2004; Boyce ve Pittet, 2002; Bryce ve ark., 2001; Cheng ve ark., 2001, Woodhead ve ark., 2002). Yapılan çalışmalar cerrahi el antisepsisinde kullanılan alkol bazlı ürünlerin eldeki mikrobiyal sayıyı azaltmada %7.5'lik povidone iodine ya da %4'lük chlorhexidine kadar etkili olduğunu göstermiştir (AORN, 2004; Bryce ve ark., 2001; Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ak., 2006; Kampf ve ark., 2005; Parienti ve ark., 2002; Tavolacci ve ark., 2006).

Cerrahi el yıkama süresi de enfeksiyon kontrolü açısından önemlidir. Cerrahi yara enfeksiyonlarının önlenmesi açısından cerrahi el yıkama süresinin 5 dakika olması ile 10 dakika olması arasında fark olmadığı belirtilmektedir (Kaymakçı ve Demir, 2004; Lung ve ark., 2004). Avrupa ve Avustralya'da yapılan çalışmalar ise belirli ürünler kullanıldığında 3 ve 4 dakika süresince el yıkamanın 5 dakika kadar etkili olduğunu göstermiştir. El yıkama süresinin kısa olmasının ellerde daha az travma yaratması, su tüketiminin azaltılması ve daha kısa zaman harcanması gibi avantajları vardır (AORN, 2004; Jones ve ark. 2000; Larson ve ark., 2001). Bu nedenle her kurumun son gelişmeleri göz önünde bulundurarak, üretici firmanın ürün kullanma talimatları doğrultusunda, cerrahi el yıkamaya ilişkin kendi yazılı standart protokollerini geliştirmesi önerilmektedir (AORN, 2004).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde el yıkama en önemli faktördür (Allen, 2005). Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi) tarafından yayınlanan rehberlere uyduğunda hastane enfeksiyonlarının üçte bir oranında azaltılabileceğini göstermiştir (Creedon, 2005).

Literatür incelendiğinde cerrahi el yıkamaya ilişkin yayınların genellikle; el yıkamanın önemi, cerrahi el yıkama yöntemleri, el yıkama eğitiminin etkinliği ve çalışanların el yıkama rehberlerine uyumu konusunda olduğu görülmektedir. Ameliyathaneden kaynaklanabilecek cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde cerrahi el yıkama önemli bir yer tutmaktadır. Buna rağmen solüsyon seçimi, yıkama süresi ve yıkama tekniği konusunda bir standart bulunmamaktadır. Cerrahi el yıkama uygulaması ülkelere/sağlık kuruluşlarına göre farklılıklar göstermektedir (Aksoy ve ark., 2005). Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla

birlikte, son yıllarda fırçasız el yıkama, alkol bazlı solüsyon kullanma, el yıkama süresinin azalması gibi pek çok değişik uygulama gündeme gelmiştir (Aksoy ve ark., 2005; Berman, 2004; Larson ve ark., 2001; Parienti ve ark., 2002; Tavalacci ve ark., 2006). Tüm bu gelişmelerin ülkemizdeki uygulamalara yansımalarının saptanmasının bundaki sonraki çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu araştırma ameliyathane hemşirelerinin cerrahi el yıkamaya yönelik uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 04- 08 Eylül 2007 tarihleri arasında Gaziantep'te yapılan Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi içinde yer alan Cerrahi El Yıkama Kursu'nda yapılmıştır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (04-08 Eylül 2007 Gaziantep, Türkiye), Cerrahi El Yıkama Kursu'na katılan on sekiz ayrı ilden ve 35 hastanede çalışan 96 ameliyathane hemşiresi oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, kursa katılan hemşirelerin tamamı (96) soru kağıdını doldurmuşlardır. Kursun başında katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, kendilerinin ve kurumlarının isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiş ve soru formu dağıtılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan soru kağıdı aracılığı ile toplanmıştır. Soru kağıdı oluşturulduktan sonra iki ameliyathane hemşiresi üzerinde ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru kağıdına bir soru daha eklenmiştir. Soru kağıdında ameliyathane hemşirelerinin cerrahi el antisepsisi uygulamalarını belirlemeye yönelik altı açık uçlu ve 19 çoktan seçmeli olmak üzere toplam 25 soru ile el kuruluğunun seviyesini belirlemeye yarayan bir çizelge yer almaktadır. "Ellerinizde kuruluk hissediyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını veren hemşirelerden ellerinde hissettikleri kuruluğun derecesini soru kağıdında bulunan çizelge üzerinde göstermeleri istenmiştir. Bu çizelge 1 ile 10 arasında puanı olan 10 cm uzunluğunda düz bir çizgi şeklindedir ve görsel olarak hemşirelerin ellerinin genel kuruluk derecesinin belirlenmesi için kullanılmıştır. 1= normal nemli, 10 çok fazla kuruyu temsil etmektedir (Larson ve ark., 2001).

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Soru kağıdı araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere sınıf ortamında dağıtılmış ve daha sonra toplanmıştır. Soru kağıdının yanıtlanma süresi ortalama 15 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.0 versiyonunda analiz edilerek, sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ise belirli başlıklar altına sınıflandırılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Komitesi'nden yazılı, kongre başkanı ve kongre sekreterliğinden sözel izin alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, kendilerinin ve çalıştığı kurumun isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiştir. Ancak hemşirelerden araştırmanın hangi il ve hastaneleri kapsadığını göstermesi açısından çalıştıkları hastane ismini ve bulunduğu ili belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılardan yazılı ya da sözlü onam alınmamış, soru kâğıdını dolduran hemşirelerin araştırmaya katılmaya gönüllü olduğu düşünülerek bu durum onam olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan ameliyathane hemşirelerinin en küçüğü 23, en büyüğü 50 yaşında olup yaş ortalaması 34.05 ± 6.56 'dır. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süreleri en az bir en fazla 23, ortalama 10.85 ± 6.77 yıldır, hemşirelerin tümü kadındır.

Tablo 1: Ameliyathane Hemşirelerinin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Ameliyathane deneyimi (yıl)		
1- 5 yıl	23	23.9
6- 10 yıl	28	29.2
11- 15 yıl	19	19.8
16- 20 yıl	19	19.8
21 yıl ve üzeri	7	7.3
Eğitim		
Sağlık Meslek Lisesi	14	14.6
Ön Lisans	52	54.1
Lisans	21	21.9
Lisansüstü (Bilim Uzmanlığı)	9	9.4
Çalışılan hastane		
Üniversite Hastanesi	12	12.5
Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanesi	17	17.7
Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	48	50.0
Özel Hastane	19	19.8
Cerrahi el yıkamaya yönelik hizmet içi eğitim alma durumu		
Alan	52	54.2
Almayan	44	45.8
Toplam	96	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54.'ünün ön lisans mezunu olduğu, %50'sinin Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi'nde çalıştığı, %54.2'sinin cerrahi el yıkama ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2: Cerrahi El Yıkama Uygulamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Cerrahi el yıkama uygulamalarına ilişkin veriler	Sayı	Yüzde
Cerrahi el yıkamaya yönelik protokol bulunma durumu		
Var	65	67.7
Yok	31	32.3

Protokolü geliştiren kişi/kişiler (n=65)		
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	48	73.9
Cerrahi Ekip	14	21.5
Diğer	3	4.6
Cerrahi el yıkama ünitesinin yeri		
Ameliyat salonunun bitişiğinde	94	97.9
Ameliyat salonundan uzak	2	2.1
Antiseptik solüsyonu seçen kişi/kişiler		
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	49	51.0
Ameliyathane Ekibi	19	19.8
Cerrahlar	6	6.2
Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ameliyathane ekibi	7	7.4
Satın alma birimi/Yöneticiler	6	6.2
Diğer (Başhemşire, bilmiyor)	9	9.4

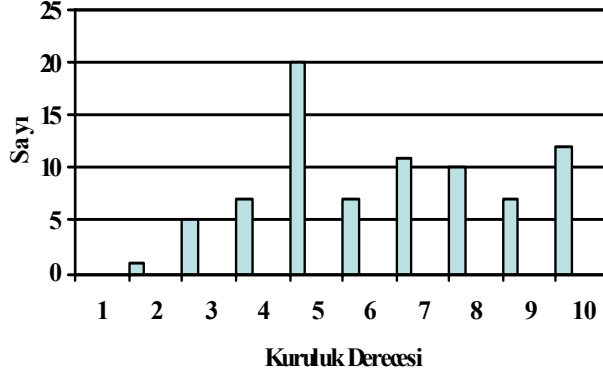
Ameliyathane hemşirelerinin el yıkama uygulamalarına ilişkin bilgiler Tablo 2' de görülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin %67.7'sinin çalıştığı kurumda cerrahi el yıkamaya ilişkin protokol olduğu, bunlardan %73.9'unda bu protokolü hastanenin enfeksiyon komitesinin hazırladığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %97.9'u el yıkama lavabolarının ameliyat salonlarının yanında olduğunu ve %51.0'ı kullanılan antiseptik solüsyonu enfeksiyon kontrol komitesinin seçtiğini belirtmişlerdir.

Tablo 3: Cerrahi El Yıkama Yöntemine İlişkin Verilerin Dağılımı

Cerrahi el yıkama yöntemine ilişkin veriler	Sayı	Yüzde
El yıkama sırasında fırça kullanıyor musunuz?		
Evet	51	53.1
Hayır	45	46.9
El yıkama sırasında kullanılan fırçanın türü (n:51)		
Tekrar kullanılabilir	37	72.5
Tek kullanımlık	14	27.5
Kullanılan antiseptik solüsyon		
Povidone-iodine	67	69.7
Klorheksidin glukonat	6	6.3
Alkol bazlı solüsyon	2	2.1
Povidone-iodine & Klorheksidin glukonat	9	9.4
Klorheksidin glukonat & Alkol bazlı solüsyon	3	3.1
Povidone-iodine & Alkol bazlı solüsyon	5	5.2
Povidone-iodine ve Klorheksidin glukonat & Alkol bazlı solüsyon	4	4.2
Cerrahi el yıkama süresi		
2- 6 dakika	92	95.8
Diğer (15 saniye, 1-3 dakika, 6-10 dakika, 10 dakika)	4	4.2
Günün ilk el yıkaması ile sonraki yıkamalar arasında süre farkı		
Var	58	60.4
Yok	38	39.6
Elinde sıyrık kesi olan hemşirenin ameliyata girme durumu		
Giriyor	63	65.6
Girmiyor	27	28.1
Yanıtız	6	6.3

Hemşirelerin %53.1'inin cerrahi el yıkama sırasında fırça kullandığı, bunların %72.5'sinde fırçanın yeniden kullanılabilir olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %69.7'si

el yıkamada povidone iodine kullandığını, %95.8'i el yıkama süresinin 2- 6 dakika olduğunu, %60.4'ü günün ilk yıkaması ile sonrakiler arasında fark olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %65.6'sı ellerinde herhangi bir kesi ya da sıyrık olduğunda ameliyata girdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).



Grafik 1: Ameliyathane Hemşirelerinin Ellerindeki Kuruluk Düzeyini Değerlendirmeleri (n=80)

Ameliyathane hemşirelerin %89.6'sı (86 hemşire) ellerinde kuruluk hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Hemşirelerin ellerindeki kuruluk oranı en az 2, en fazla 10 ve ortalama 6.58 ± 2.21 olarak bulunmuştur (Grafik 1).

Tablo 4: Ameliyathane Hemşirelerinin El Kuruluğu ve Nemlendirici Kullanımına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (N:96)

	Sayı	Yüzde
Ellerde kuruluk hissetme		
Evet	86	89.6
Hayır	10	10.4
El nemlendiricisi kullanma		
Kullanan	69	71.9
Kullanmayan	27	28.1
Nemlendirici seçimi (n:69)		
Kendisi karar veriyor	61	88.4
Kurumun enfeksiyon kontrol komitesi karar veriyor	8	11.6
Nemlendirici temini (n:69)		
Kendisi alıyor	55	79.7
Kurum tarafından temin ediliyor	14	20.3
Toplam	96	100

Ameliyathane hemşirelerinin %89.6'sı ellerinde kuruluk hissettiğini, %71.9'u ellerini nemlendirmek amacıyla losyon/krem kullandığını, bunlardan %88.4'ü kullandıkları krem ve losyonun seçimine kendisinin karar verdiğini, %11.6'sı kurumlarının enfeksiyon kontrol komitesinin karar verdiğini belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşirelerinden sadece %20.3'ü bu krem/losyonu hastanelerinin temin ettiğini belirtmişlerdir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin yaklaşık yarısının (%45.8) cerrahi el yıkamaya ilişkin hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır. Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde ameliyathane çalışanlarının el yıkama uygulamalarının çok önemli olduğu bilinmektedir (AORN, 2004; Creedon, 2005; Khan ve ark., 2003). Hastane enfeksiyonlarının hastalar için çok büyük bir tehdit olduğu günümüzde el yıkamaya uyumun artması için eğitim programları ve motivasyonel programlar düzenlenmekte, otomatik lavabolar gibi kolaylıklar sağlanmaktadır (Creedon, 2005). Buna karşın araştırmanın kapsadığı hastanelerin yaklaşık yarısında bu konu ile ilgili hizmet içi eğitimin düzenlenmemiş olması mesleki açıdan üzerinde durulması gereken bir konudur. Üstelik cerrahi el yıkamaya ilişkin son yıllarda pek çok değişik uygulama gündeme gelmiş ve bu uygulamaların yararlı olduğu araştırmalarla desteklenmiştir (Aksoy ve ark., 2005; Berman, 2004; Larson ve ark., 2001; Parienti ve ark., 2002; Tavolacci ve ark., 2006). Tüm bu gelişmeleri tartışmak için hizmet içi eğitim programlarının bir fırsat olduğu düşünülmektedir.

Literatürde antisepsi sağlanan ellerde kontaminasyonun önlenmesi için el yıkama lavabolarının ameliyat salonlarının yanında, bitişiginde olması gerektiği belirtilmektedir (Fogg, 1999). Bu çalışmada da hemşirelerin çoğunluğu el yıkama lavaboların ameliyat salonlarının yanında olduğunu belirtmişlerdir.

Cerrahi el yıkamada fırça kullanımı son dönemde sorgulanmaktadır. Fırça derinin epidermis tabakasına zarar vererek bakteriyel floranın daha alt tabakalarında kolonizasyona neden olabilmektedir (AORN, 2004; Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ark., 2006; Tanner ve ark., 2009). Günümüzde fırçaların günün sadece ilk cerrahi el yıkama uygulamalarında ve sadece tırnak altları için kullanılması önerilmektedir (Dutch Working Party, 1999, Tanner ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin yarısından fazlası tüm cerrahi el antisepsisi uygulamalarında fırça kullandıklarını ve fırça kullananların yarısı da fırçaların tek kullanımlık olduğunu belirtmişlerdir. Fransa'da cerrahi el antisepsisi için iki protokol bulunduğu belirtilmektedir. Bunlardan bir tanesinin antiseptik solüsyon ile 5 dakika süresince ellerin fırçalanması, diğeri antiseptik olmayan sabun ve su ile ellerin akan su altında 1 dakika yıkanması ve arkasından 5 dakika süresince alkol bazlı bir solüsyon ile ellerin ovalanmasıdır. Bazı Avrupa ülkelerinde alkol bazlı solüsyon ile ellerin 3 dakika ovalanması önerilmektedir (Cheng ve ark. 2001; Gupta ve ark. 2007; Lung ve ark., 2004; Parienti ve ark., 2002).

Yapılan çalışmalar povidone iodine kullanıldığında 3 dakika fırça kullanılarak el yıkamanın eller üzerindeki mikroorganizmaları azaltması açısından 5 dakika fırça ile yıkamak kadar etkili olduğunu göstermiştir (Cheng ve ark., 2001; Thurston, 2004). Bu çalışmada hemşirelerin tamamına yakını el yıkama süresinin 2-6 dakika olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2). Bu bulgu literatürle uyumludur (Boyce ve Pittet, 2002, Gupta ve ark., 2007; Lung ve ark., 2004; Mangram ve ark., 1999; World Health Organization (WHO), 2006).

Bazı çalışmalar günün ilk el yıkaması ile sonrakiler arasında fark olduğunu göstermektedir. Kraliyet Avustralasya Cerrahları Birliği günün ilk el yıkamasını 5, sonrakileri 3 dakika olarak önermektedir (Royal Australasian College of Surgeons (RACS), 2003). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin %60.4'ü günün ilk yıkama süresi ile sonraki yıkama süreleri arasında fark olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Cerrahi el antiseptikleri ellerdeki mikrobiyal yükü %90-99 azaltmaktadır (Cheng ve ark., 2001). Literatürde cerrahi el antiseptikleri arasında en çok %7.5'lük Povidon-iodin ve %2-4'lük klorheksidin glukonat, %60-80'lik etanol ya da isopropanol kullanıldığı belirtilmektedir (Lung ve ark., 2004; Woodhead ve ark., 2002). Benzer şekilde bu çalışmada da en çok kullanılan solüsyonlar povidon- iodine (%69.7) ve klorheksidin glukonat (%6.3)'tır (Tablo 2). El hijyeni için kullanılan %70-80'lik alkolün bakteriyostatik etkisi uzun süreli olmadığı için cerrahi el yıkamasında kullanılamayacağı bilinmektedir. Bu nedenle %0.5-%1 klorheksidin içeren alkol bazlı solüsyonların en iyi seçim olduğu belirtilmektedir (AORN, 2004; Kaymakçı ve Demir, 2004; Mangram ve ark., 1999). Klorheksidin alerjisi olduğu durumlarda alternatif olarak povidone-iodine kullanılabileceği belirtilmektedir (Dutch Working Party, 1999). Larson ve arkadaşlarının (2001) 20 ameliyathane çalışanı üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında geleneksel cerrahi el yıkama (%4 klorheksidin glukonat) yöntemi ile susuz cerrahi el yıkama (%61'lik etil alkol, %1 klorheksidin glukonat ve nemlendirici) yöntemi karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda susuz el antiseptiği daha az deri irritasyonuna yol açmış ve mikrobiyal sayıyı azaltmada daha etkili, daha ucuz ve daha az zaman alıcı bulunmuştur (Larson ve ark., 2001). Yapılan çalışmalar cerrahi el yıkamasında kullanılan alkol bazlı ürünlerin eldeki mikrobiyal sayıyı azaltmada %7.5'lik povidone iodine ya da %4'lük klorheksidin kadar etkili olduğunu göstermiştir (AORN 2004; Bryce ve ark., 2001, Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ark., 2006; Kampf ve ark., 2005; Parienti, 2002; Tavolacci ve ark., 2006). Tüm bunlara rağmen alkol bazlı el antiseptiği kullanımı bu çalışmada düşük (%2.1) bulunmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu el yıkamada povidone iodine kullandığını, yarısı bu solüsyonu enfeksiyon kontrol komitesinin seçtiğini belirtmişlerdir. AORN (2004) da cerrahi el antiseptisi için kullanılacak olan solüsyonun hastanenin enfeksiyon kontrol komitesi tarafından onaylanması gerektiğini ifade etmektedir.

Literatürde sağlık çalışanlarının el yıkamaya ilişkin rehberlere uymamasının bir sebebi olarak da kullanılan solüsyonların cilt üzerindeki zarar verici etkileridir (Creedon, 2005). Sık sık el yıkama, fırça kullanılması, eldiven kullanılması ve kullanılan el antiseptisi solüsyonlarına bağlı olarak cildin epidermal tabakasında çatlaklar, kurumalar görülebilir. Hasar görmüş deri bakteri yayılımına ve buna bağlı olarak ta enfeksiyona da yol açabilir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Lung ve ark., 2004; Ogg ve Petersen, 2007). Bu nedenle deri sağlığının sürdürülmesinde nemlendiriciler ve losyonlar önemli bir role sahiptir. Ancak el kremleri ya da losyonların seçiminin enfeksiyon kontrol komitesinin onayıyla karar verilmesi, bu tür krem ya da losyonların el antiseptisinde kullanılan antimikrobiyal solüsyon ve eldivenlerle uyumlu olmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Ogg ve Petersen, 2007). Piyasada

bulunan krem ya da losyonlar lateks eldivenlerin geçirgenliğini arttırabilir, klorheksidin glukonat ya da klorosaylenol gibi solüsyonların kalıcı etkisini ortadan kaldırabilir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Ogg ve Petersen, 2007). Bu çalışmada ameliyathane hemşirelerinin tamamına yakını ellerinde kuruluk hissettiğini ve büyük çoğunluğu el kremi kullandığını belirtmişlerdir. Nemlendirici kullanan ameliyathane hemşirelerinin büyük bir çoğunluğunun (%88.4) bu nemlendiriciyi kendilerinin seçtiği saptanmıştır. Bu durumun enfeksiyon yayılımı açısından sakıncalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırma Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (04- 08 Eylül 2007 Gaziantep, Türkiye), Cerrahi El Yıkama Kursu'na katılan hemşireler ile sınırlıdır. Bu nedenle bu araştırmanın sonucu genellenemez.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin büyük çoğunluğu literatürde önerilen iki-altı dakika cerrahi el yıkama süresine uyduklarını, antiseptik solüsyon olarak povidone-iodine kullandıklarını ve cerrahi el yıkamaya yönelik protokollerinin olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyathane hemşirelerinin el antisepsisi uygulamaları literatürle uyumlu olmakla birlikte; el yıkama yöntemi, süresi ve kullanılan solüsyon açısından bireysel ve kurumsal farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ameliyathane hemşirelerinin bir kısmı cerrahi el yıkama sırasında hala fırça kullandıklarını ve el yıkamaya yönelik hizmet içi eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Ulusal/ Uluslararası rehberler (T.C. Sağlık Bakanlığı, DSÖ, AORN, CDC gibi) doğrultusunda cerrahi el yıkama protokollerinin hazırlanması ve uygulanması,

Ameliyathane hemşirelerinin oryantasyon programında ve hizmet içi eğitim programlarında cerrahi el yıkama uygulamasının yer alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy A, Çağlayan F, Cakmak M ve ark. (2005). An investigation of the factors that effect surgical hand disinfection with polyvidone iodine. *Journal of Hospital Infection*, 61, 15- 19.
- Allen G. (2005). Hand hygiene, an essential process in the OR. *AORN Journal*, 82, 561- 562.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2004) Recommended practices for surgical hand: antiseptis/ hand scrubs. *AORN Journal*, 79(2), 416- 431.
- Berman M. (2004). One hospital's clinical evaluation of brushless scrubbing. *AORN Journal*, 79 (2), 349- 358.
- Boyce JM, Pittet D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 1- 45.
- Bryce EA, Spence D, Roberts FJ. (2001). An in use evaluation of an alcohol-based pre surgical hand disinfectant. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22, 635- 639.
- Cheng SM, Garcia M, Espin S, Conly J. (2001). Literature review and survey comparing surgical scrub techniques. *AORN Journal*, 74, 218- 224.
- Creedon SA. (2005). Health care workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 208- 216.
- Dutch Working Party. (1999). *Infection Prevention. Pre-operative hand disinfection*. 17.12.2003.

- Fogg D. (1999). Infection control (içinde). M.H. Meeker., J.C. Rothrock (ed). Alexander's care of the patient in surgery, 11th ed. pp. 97- 110) Mosby-Year Book Inc Comp, St Louis.
- Gardner D, Anderson-Manz E. (2004). How to perform surgical hand scrubs. Erişim tarihi: 22 Eylül 2004'de <http://www.infectioncontrolday.com/articles/151bpract.html> adresinden indirildi.
- Gruendemann BJ, Bjerke BJ. (2001). Is it time for brushless scrubbing with an alcohol- based agent. AORN Journal, 74, 859- 873.
- Gupta C, Czubytyj AM, Briški LE ve ark. (2007). Comparison of two alcohol-based surgical scrub solutions with an iodine-based scrub brush for presurgical antiseptic effectiveness in a community hospital. Journal of Hospital Infection, 65, 65- 71.
- Hsieh HF, Chiu HH, Lee FP. (2006). Surgical hand scrubs in relation to microbial counts: systematic literature review. Journal of Advanced Nursing, 55, 68- 78.
- Jones RD, Jampani J, Mulberry, G, Rizer RL. (2000). Moisturizing alcohol hand gels for surgical hand preparation. AORN Journal, 71, 584- 599.
- Kampf G, Ostermeyer C, Heeg P. (2005). Surgical hand disinfection with a propanol-based hand rub: equivalence of shorter application times. Journal of Hospital Infection, 59, 304-310.
- Kaymakçı Ş, Demir F. (2004). Cerrahi el yıkama uygulamaları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20, 79-86.
- Khan A, McLaren SG, Nelson CL. (2003). Surgical hand scrub practices in orthopaedic surgery. Clinical Orthopaedics and Related Research, 414, 65- 68.
- Larson EL, Aiello A E, Heilman JM ve ark. (2001). Comparison of different regimes for surgical hand preparation. AORN Journal, 73, 412- 432.
- Lung DC, Man JHK, Tang T ve ark.. (2004). Surgical hand washing. Annals of College of Surgeons of Hong Kong, 8, 71-75.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML ve ark. (1999). Guideline for prevention surgical site infection, National center for infectious diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia.
- Ogg M, Petersen C. (2007). Surgical hand antiseptics; hand lotions and creams; gel overlays as artificial nails; benchmarking. AORN Journal, 85, 815- 818.
- Parienti JJ, Thibon P, Heller R ve ark.. (2002). Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs. traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. JAMA, 14, 722- 727.
- Royal Australasian College of Surgeons. (1998). Policies – infection control in surgery. 24 Temmuz 2003'de <http://www.surgeons.org/about/publications/infection15.html> adresinden indirildi.
- Tanner, J., Khan, D., Walsh, S., Chernova, J., Lamont, S., Laurent, T. (2009). Brushes and picks used on nails during the surgical scrub to reduce bacteria: a randomised trial. Journal of Hospital Infection, 71, 234-238.
- Tavolacci MP, Pitrou I, Merle V ve ark. (2006). Surgical hand rubbing compared with surgical hand scrubbing: comparison efficacy and cost.. Journal of Hospital Infection, 63, 55- 59.
- Thurston A. (2004). Sacred rituals in the operating theatre: summarizing the science. Current Orthopaedics, 18, 135- 146.
- World Health Organization (2006). Guidelines on hand hygiene in healthcare (Advanced Draft). 14 Kasım 2006'da http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghad_download/en/index.html adresinden indirildi.
- Woodhead K., Taylor E, Bannister G ve ark. (2002). Behaviors and rituals in the operating theatre. A report from the Hospital Infection Society Working Party on Infection Control in the Operating Theatres. Journal of Hospital Infection, 51, 241- 255.

HASTA ÇOCUK VE EBEVEYNLERİNDE POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER OF ILL CHILDREN AND THEIR PARENTS

Yard.Doç.Dr. Hatice BAL YILMAZ **Araş.Gör. Ayşe ERSUN**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide travmayı hatırlatan ya da çağrıştıran uyaranlardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve yeniden yaşamalar yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az 1 ay boyunca süregelen mental bir bozukluktur. Kronik bir hastalık tanısı konulması ya da akut gelişen bir olaya maruz kalınması çocuk ve ailesi üzerinde de bazı PTSB semptomlarının görülmesine yol açabilmektedir. PTSB'nun çocuk ve ebeveynlerinde erken dönemde tanılanması, sağlık hizmetlerinde çocuk ve ailesine verilen hemşirelik yaklaşımının planlanmasında önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Post-travmatik stres bozukluğu, hasta çocuk, hasta çocuk ebeveyni.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is a mental disorder which emerges after an important incident that causes trauma and avoidance of factors that reminds about the trauma and it is a disorder that progresses with traumatic dreams and reliving of experiences and that lasts at least one month. The diagnosis of an chronic illness or acute exposure to event may cause some symptoms of PTSB on the child and parents. Early diagnosis of PTSD for both child and the parents has an important role in nursing care plans given in health care services.

Key words: Post-traumatic stres disorder, ill child, parents of ill child.

GİRİŞ

Travma, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 4'te "kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması ya da başka bir kişinin ölümüne veya ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme veya ailesinden birinin ya da başka bir yakının beklenmedik ölümünü veya şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehditi altında kaldığını öğrenmesi ve kişinin yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet ile tepki vermesi" olarak tanımlanmaktadır (Altaylı 2000). Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (Birol 2004). Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) ise; travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide aşırı uyarılma hali, travmayı hatırlatan ya da

çağrıştıran uyarılardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve yeniden yaşamalar yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az bir ay boyunca süregelen mental bir bozukluktur. Kişinin yaşamını ya da beden bütünlüğünü tehdit eden her türlü durum kişi üzerinde travmatik etki yaratabilmektedir. Ayrıca başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki olarak kabul edilmektedir (Şuer 2005).

Post-travmatik stres bozukluğu yüz yılı aşkın süredir değişik durumlarda ifade edilse de, ilk olarak Vietnam savaşı sonrası gündeme gelmiştir. Vietnam gazilerinde PTSD'nun yaşam boyu prevalansı erkeklerde %30, kadınlarda %26 olarak saptanmıştır (Battal, 1997). 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 3 tanı kategorisinde tanımlanmıştır. 1994 yılında yayınlanan ve günümüze uyarlanan DSM 4 tanı kategorisinde, "Akut PTSD", "Kronik PTSD" ve "Gecikmeli Başlangıçlı PTSD" alt grupları da yer almıştır. PTSD belirtileri, üç aydan daha kısa sürerse "Akut PTSD", üç aydan daha uzun sürerse "Kronik PTSD" ve stres etkeninden en az altı ay sonra başlarsa "Gecikmeli Başlangıçlı PTSD" olarak isimlendirilmektedir (American Psychiatric Association, 1994). PTSD korku, çaresizlik ya da dehşet hisleriyle ortaya çıkmaktadır. DSM 4 tanı kategorisinde PTSD, ölüm, ölüm tehdidi ya da ciddi bir yaralanma ile ilişkili travmatik bir olayla karşılaşan bireylerde ortaya çıkan ciddi bir mental durum olarak tanımlanmaktadır. DSM 4 tanı ölçütlerinde PTSD. "yeniden yaşama", "kaçınma", "artmış uyarılabilirlik" olarak üç semptom kümesi ile açıklanmaktadır (American Psychiatric Association 1994, Taieb 2003, Ganz 2010).

Çocuklarda PTSD

Kronik bir hastalık tanısı konulması ya da akut gelişen olaylara maruz kalınması çocuk ve ailesi üzerinde üzüntü, anksiyete, stres ve sosyal izolasyon duygusu gibi değişik semptomlar görülmesine yol açmaktadır. Günümüzde tıp disiplinindeki son gelişmelerle, kanser gibi yaşamı tehdit eden ya da diyabet gibi yaşam boyu izlem ve bakım gerektiren kronik bir hastalığa ya da kaza, depresyon, yanık ve sakat kalma gibi akut bir olaya maruz kalan çocukların yaşam süresi uzamış ve yaşam kalitesi artmıştır. Ancak yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi hastalığın ya da akut olayın getirdiği psiko-sosyal etkilere daha uzun süre maruz kalabilmektedir (Wise 2007). Hastalık ya da akut olaylardan kurtulan çocuklar ve ebeveynlerinde uzun dönem psiko-sosyal sekelleri anlamada Post-travmatik stres (PTS) modeli yardımcı olmaktadır (Kazak 2004). PTSD, çocuklar ve ailelerinin hastalık ve tedavinin uzun dönem sonuçlarını gösterebilmektedir. PTS modeli çocuk ve ailesinin klinik etkileşimlerini iyileştiren önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Taieb 2003).

Çocuklarda PTSD toplumsal şiddet, doğal afetler ya da insanın neden olduğu felaketler, çocuk ihmal ve istismarı, trafik kazaları ve tıbbi hastalıklara maruz kalma ve ölüm gibi çeşitli travmatik olayların yarattığı darbe ve psikolojik etkileri içermektedir (Vries 1999, Laufer 2006, Caffo 2005). Çocuklarda bu konuya yönelik yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve genellikle tıbbi hastalık tanısı almış çocukların PTSD açısından incelendiği göze çarpmaktadır (Hall 2006, Landolt 1998, Begnoche 2007, Landolt 2002, Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2004, Ahlund 2009, Rizzone 1994, Fukunishi 1998, Farley 2007, Taieb 2003, Currier 2009, Fuemmeler 2001). Kısa

süre hastanede kalan çocuk ve adölesanların basit ve ağrısız tıbbi prosedürlerin üstesinden gelebildiği, ancak ciddi hastalık ve kaza durumu kompleks ya da ağırlı tıbbi prosedürlere maruz kalmanın çocuklarda PTSS gibi mental hastalıkların oluşumuna yol açabildiği belirtilmektedir (Landolt 1998). Araştırmalar, yaşamı tehdit eden akut olaylara ya da kronik hastalıklara sahip çocukların PTSS açısından risk altında olduğunu ve PTSS'nun çocukların duygusal, bilişsel ve intra-psişik yapı gelişimini olumsuz etkilediğini ve olumlu insan ilişkilerinin gelişmesine zarar verebildiğini belirtmektedir (Hall 2006, Landolt 1998, Begnoche 2007, Motavallı 1997).

Travmanın şiddeti, travma esnası ve sonrası anksiyete düzeyi, tedavi yoğunluğu, aile işlevlerine ilişkin etmenler ve çocuğun gelişimsel düzeyinin çocuklarda PTSS'nun ortaya çıkışında ve sürmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Hall 2006, Landolt 1998, Taieb 2003).

Çocuklarda görülen PTSS konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde; Fukunishi ve ark. 'nın (1998) yanıklı çocuklar ile yaptığı çalışmada; çocukların %6.3'ünde PTSS saptandığı belirtilmiştir. Landolt ve ark. (1998) araç kazası ya da yanık kazası geçiren, lösemi ve solid tümörü olan çocukların oluşturduğu yüksek riskli grup ile basit cerrahi işlem yapılan çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu düşük riskli grubu PTSS açısından karşılaştırmışlardır. Yüksek riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %52'sinde, düşük riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %9'unda PTSS saptamışlardır. Vries ve ark. 'nın (1999) trafik kazası geçiren çocuklarda yaptıkları çalışmada; çocukların %25'inde PTSS'na rastlanmıştır. Kılıç ve ark. (1999) Kırıkkale'de bir mühimmat fabrikasında ard arda meydana gelen 18 patlamadan 10-12 ay sonra bölgedeki çocuklarda PTSS'nu araştırmışlar, çocukların %16.7'sinde PTSS tanısı koyulduğunu bildirmişlerdir. Bal ve ark.'nın (2004) aile içi ya da aile dışı bir kişi tarafından cinsel istismara uğramış 109 ergende yaptığı araştırmada; ergenlerin %50'sinde PTSS saptanmıştır. Laufer ve Solomon (2006) İsrailde terör kazalarına maruz kalmış çocukların %26.5'inde hafif düzeyde, %10.1'inde orta düzeyde, %4'ünde ciddi düzeyde ve %0.7'sinde çok ciddi düzeyde post travmatik stres semptomları (PTSS) görüldüğünü bildirmişlerdir Currier ve ark. (2009) kanserli çocuklar ve ebeveynlerinde PTSS semptomlarını öz bildirim ve ebeveyn bildirimleri ile değerlendirmişler, çocukların öz bildirimlerine göre %13, ebeveyn bildirimlerine göre %7 oranında PTSS semptomları bildirilmiştir. Bulut (2009) depremden 11 ay sonra ilkokul öğrencilerinde PTSS'nu incelemiş ve öğrencilerin %90'ında PTSS görüldüğünü bildirmiştir.

Hasta Çocukların Ebeveynlerinde PTSS

Ebeveynler, çocuklarının acil olarak hastaneye yatırılması ve sonrasında çocuklarındaki hastalık tanısının öğrenilmesi, çocuklarının ağrılarını ve tedavinin yan etkilerini görmek, ya da diğer hastaların ölümünü görmek gibi çeşitli travmatik olaylara maruz kalabilmektedirler (Kazak 2005). Hastalık ya da akut bir olaya maruz kalmış bir çocuğun ebeveyni, tıbbi durumun çocuğun geleceği üzerindeki ciddi etkisiyle olduğu kadar çocuklarının ölmesi olasılığıyla da mücadele etmesi gerekmektedir (Hall 2006). Ebeveynlerin hastanede yeni ve değişik ortamda bulunmaları ve çocuklarının ağırlı invaziv işlemlerine tanıklık etmeleri, tıbbi tedavi ve bakım hakkında karar vermek zorunda olmaları, istemeyerek de olsa çocuklarının hastalıkları ya da yaralanmalarını

araştırmaları PTSS gelişimi açısından risk faktörlerini oluşturmaktadır. Ayrıca çocuklarının da PTSS'na sahip olması, çocuklarının yanında kalmaya ilişkin sınırlamalar, hastanede rol kaybı yaşamaları, çocuklarının durumuna ilişkin bilgi almaya ihtiyaç duymaları ve prognozun belirsizliği gibi durumlar da ebeveynlerde PTSS gelişimini arttırmaktadır (Begnoche 2007). Fukunishi (1998), ailelerin hastalık nedeniyle suçluluk duygusu yaşadığını ve suçluluk duygusunun PTSS ile pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerde PTSS'nu inceleyen pek çok çalışma yürütülmüştür (Hall 2006, Landolt 1998, Landolt 2002, Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2006, Ahlund 2009, Rizzone 1994, Fukunishi 1994, Vries 1999, Farley 2007, Fuemmeler 2001, Taieb 2003, Currier 2009). Çalışmaların genellikle kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynleri ve kanserli çocukların ebeveynlerinde yoğunlaştığı göze çarpmaktadır (Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2006, Taieb 2003, Currier 2009). Kanserli çocukların ebeveynlerinde yüksek oranlarda PTSS bildirilmiştir. Kazak ve ark. 'nın (2005) kanserli çocuklarla yürüttüğü çalışma sonuçlarına göre; annelerin %68'i ve babaların %57'sinde PTSS saptanmıştır. Aynı çalışmada; ebeveynlerin %79'unda ebeveynlerin en az birinde PTSS'na rastlandığı bildirilmiştir. Stoppelbein ve ark.'nın (2006) kanser ve diyabet hastalığına sahip çocukların annelerinde PTSS'nu araştırdıkları çalışmada, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış, diyabetli çocukların annelerinde %25, kanserli çocukların annelerinde ise %27 oranında PTSS saptandığı bildirilmiştir. Landolt ve ark. (2002) Tip 1 Diyabetli çocukların ebeveynlerinde PTSS'nu incelemişler; yeni tanı konulmuş (ortalama 6 hafta) çocukların annelerinin %24'ünde, babalarının %22'sinde tanı kriterlerinin tamamına rastlanmıştır. Ek olarak; annelerin %51,4'ünde babaların %41,7'sinde kısmi ya da belirti vermeyen PTSS bildirilmiştir. Landolt ve ark.'nın (1998) yaptığı çalışmada, yanıklı, lösemi ve solid tümörü olan çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu yüksek riskli grup ile basit cerrahi işlem planlanan çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu düşük riskli grubu karşılaştırmış ve yüksek riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %68'inde, düşük riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin % 20'sinde PTSS saptandığını bildirmişlerdir. Farley ve ark.'nın (2007) kalp transplantasyonu yapılan çocukların ebeveynleri ile yürüttüğü çalışmada, transplantasyondan ortalama 2,5 yıl sonra ebeveynlerin %40'ında PTSS saptandığı bildirilmiştir. Fuemmeler ve ark.'nın (2001) beyin tümürlü çocukların ebeveynlerinde ile yaptığı çalışmaya göre; tanıdan ortalama 5 yıl sonra annelerin %44'ünde, babaların %40'ında PTSS belirlenmiştir. Ahlund ve ark. (2009) normal doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren anneler ile düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren annelerde PTSS'nu incelemişlerdir. Düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren annelerde ölçek puanları 25 olarak saptanırken, normal doğum ağırlıklı çocukların annelerinin ölçek puanları 0 olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yanığı olan çocukların ebeveynlerini inceleyen mevcut çalışmalar çocuklardaki yanıkların ebeveynler için en stresli olaylar arasında olabileceğini belirtmektedir (Hall 2006; Rizzone, 1994; Fukunishi 1998). Hall ve ark.'nın (2006) yanığı olan çocukların ebeveynlerinde PTSS'nu araştırdıkları çalışmada; ebeveynlerin %47'sinin PTSS semptom kümelerinin en az birini, %28'inin ikisini ve %9'unun üç semptom kümesinin hepsinden klinik açıdan anlamlı semptomlar yaşadıklarını

belirtmişlerdir. Rizzone ve ark.'nın (1994) çalışmasında ise; yanıklı çocukların annelerinin %52'sinde geçmiş, %31'inde halihazırda PTSS saptanmıştır. Fukunishi ve ark. 'nın (1998) yaptığı çalışmada ise, yanıkları olan çocukların annelerinin %12,5'inde PTSS saptanmıştır. Vries ve ark. (1999) trafik kazası geçiren çocukların annelerinin %15'inde PTSS belirlemişlerdir. Ayrıca daha küçük çocuğu olan ve olaya tanık olan annelerde PTSS düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Kaygılı ebeveynler çocuklarının tekrar yaralanma olasılıklarını asgariye indirmek üzere çocuklarının aktivitelerini kısıtlayarak aktif sakinme stratejileri geliştirebilmektedirler. Bu aktif sakinme stratejileri daha sonra çocukları ile anlaşmazlıklar yaratabilmekte, dahası evde süregelen anlaşmazlık travmanın iyileşmesini engelleyerek PTSS semptomlarının sürmesine yol açabilmektedir (Hall 2006).

Çocuğun hastanede kalma sürecinde ya da sonrasında bireysel ve grup terapisinin, annelerin stresini azaltmaya ve daha iyi baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabildiği belirtilmektedir (Rizzone 1994).

Hemşirelerin bağımsız rollerinden biri olan danışmanlık rolü, akut bir hastalık ya da olaya maruz kalan çocuk ve ailesinde, PTSS tanılanması ve tedavisinde büyük bir önem taşır. Hemşirelik, mesleki girişimleri nedeniyle sağlık hizmetlerinde çocuk ve ailesine yönelik bütüncül yaklaşımı temel alan bir sağlık disiplindir. Hemşirelerin aile merkezli bakımı sürdürürken, çocuğun yaşadığı travmadan hem çocuk hem de ebeveynlerinin birlikte etkilendiğini bilmesi; tedavi ve bakımda katkı sağlar. Çocuk ve ailesinin yaşadığı travmanın geç dönem psiko-sosyal sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak ise; hemşirelerin uzun dönem takip stratejileri geliştirmesi ve hemşirelik sürecini planlı yürütmesinde yol gösterici olur.

KAYNAKLAR

- Ahlund S, Clarke P, Julia H ve ark. (2009) Post-Traumatic Stress Symptoms In Mothers Of Very Low Birth Weight Infants 2-3 Years Post-Partum, *Arch Womens Ment Health* 12: 261-264.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- Altaylı B. 2000; "Dissociative Symptoms in Post-traumatic Stress Disorder", *Turkish Psychological Bulletin*, 6(16-17): 64-68.
- Bal S, Bourdeaudhuij I, Crombez G, (2004). Differences In Trauma Symptoms And Family Functioning In Intra- And Extrafamilial Sexually Abused Adolescents, *Journal Of Interpersonal Violence*, 19(1): 108-123
- Battal S. Özmenler N. (1997). *Psychiatric Basic Books*, Ed. Cengiz Güleç ve Ertuğrul Köroğlu, Cilt:1, Medical Broadcasting Union, Ankara.
- Begnoche W. (2004). Posttraumatic Stress Symptoms In Pediatric Intensive Care Unit, *J Spec Pediatr Nurs.*, 12(2): 84-92.
- Biröl L. (2004). *Stres Kuramı, Hemşirelik Süreci, Genişletilmiş 6. Baskı*, ss:32-34, İzmir.
- Bulut S. (2009). Depremden Sonra Çocuklarda Görülen Travma Sonrası Stres Tepkilerinin Yaş Ve Cinsiyetler Açısından Karşılaştırılması, *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 31; 43-51.
- Caffo A. (2005). Çocuk Ve Ergenlerde Travmanın Etkileri, Psikolojik Sekelleri ve Yönetimi, *Current Opinion In Psychiatry*, 1(3).
- Currier J, Jobe-Shields L, Phipps S. (2009). Stressful Life Events And Posttraumatic Stress Symptoms In Children With Cancer, *Journal Of Traumatic Stress*, 22(1): 28-35
- Farley L, Demaso D, Angelo E ve ark. (2007). Parenting Stress And Parental Posttraumatic Stress Disorder In Families After Pediatric Heart Transplantation, *J Heart Lung Transplant.*, 26(2): 120-6.

- Fuemmeler B, Mullins L, Marx B, (2001). Posttraumatic Stres And General Distress Among Parents Of Children Surviving A Brain Tumor, *Children's Health Care*, 30(3), 169-182.
- Fukunishi I, (1998). Posttraumatic Stress Symptoms And Depression In Mothers Of Children With Severe Burn Injuries, *Psychol Rep. Aug*; 83(1): 331-5.
- Ganz F., Raz H., Gothelf D., ve ark.(2010). Post-Traumatic Stres Disorder İn Israeli Survivors Of Childhood Cancer, *Oncology Nursing Forum*.Vol. 37, No. 2
- Hall E.,Saxe G., Staddard F. ve ark. (2006). Posttraumatic Stress Symptoms İn Parents Of Children With Acute Burns, *Journal Of Pediatric Psychology* 31; (4), 403-412.
- Kazak A, Alderfer M, Rourke M, (2004). Posttraumatic Sres Dsorder And Posttraumatic Stress Symptoms İn Families Of Aolescent Cildhood Cancer Survivors, *Journal Of Pediatric Psychlogy*, 29(3), 211-219.
- Kazak A, Boeving A, Alderfer M. ve ark. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment İn Parents Of Children With Cancer, *Journal Of Clinical Oncology* 23: (30), 7405-7410.
- Kılıç E., Uslu R., Erden G. ve ark. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmeler, *Kriz Dergisi*; 7(2): 1-8
- Landolt M, Boehler U, Schwager C ve ark. (1998) Post-Traumatic Stress Disorder İn Paediatric Patients And Their Parents: An Exploratory Studj. *Paediatr. Child Health* 34, 539-543
- Landolt M, Ribi K, Laimbacher J ve ark. (2002). Brief Report: Posttraumatic Stress Disorder İn Parents Of Children With Newly Diagnosed Type 1, *Journal Of Pediatric Psychology*, Vol. 27, No. 7, Pp. 647-652.
- Laufer A, Solomon Z, (2006). Posttraumatic Symptoms And Posttraumatic Growth Among Israeli Youth Exposed to Terror Incidents, *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 25(4): 429-447.
- Motavalli N, (1997). Çocukluk Çağında Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Özellikleri Ve Seyri, *Yeni Symposium*, 3582-3): 92-95
- Rizzone LP, Stoddard FJ, Murphy JM ve ark. (1994). Posttraumatic Stress Disorder İn Mothers Of Children And Adolescents With Burns, *J Burn Care Rehabil. Mar-Apr*; 15(2): 158-63.
- Stoppelbein L, Greening L, (2007). Bief Report: The Risk Of Posttraumatic Stres Disorder İn Mothers Of Children Diagnosed With Pediatric Cancer And Type 1 Diabetes, *Journal Of Pediatric Psychology*, 32(2), 223-229.
- Şuer T, (2005). Posttravmatik Stres Bozukluğu, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47, 205-210.
- Taieb O, Moro M, Baubet T. ve ark, (2003). Posttraumatic Stress Symptoms After Childhood Cancer, *Europen Child&Adolescent Psychiatry*, 12: 255-264,
- Vries A, Adams N, Cnaan A. ve ark. (1999). Loking Beyond The Physical Injury: Posttraumatic Stress Disorder İn Children And Parents After Pediatric Traffic Injury, *Pediatrics*, 104(6): 1293-1299.
- Wise PH. (2007). The Future Pediatrician: The Challenge Of Chronic Illness. *J Pediatrics*; 151 (Suppl.1): 6-10.

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE FİZİKSEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ

PHYSICAL CARE NEEDS OF THE PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS AT HOME

Ph.D. Medine ÇALIŞKAN YILMAZ* Doç.Dr. Mehmet KANTAR**

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kök Hücre Nakil Ünitesi

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı

ÖZET

Gelişmiş ülkelerde kaliteli sağlık bakımı için "bakımın sürekliliği, taburculuk planlama ve evde sağlık bakımının" ana konular olduğu üzerinde durulmaktadır. Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Bu süreçte çocuklarının yaşamını tehdit eden karmaşık kanser tedavileri, yaşamlarının hastane merkezli olması ve birçok sağlık çalışanıyla iletişim kurmaları nedeniyle ailelerin karar verici ve primer bakım veren olarak bakıma katılmaları beklenmektedir. Buna ek olarak ailelerin evde çocuklarının sağlığını ve tedavi şeklini yakından izleme sorumlulukları bulunmaktadır. Ailelerin hastanın diyetini/beslenmesini düzenleme, semptom ve ilaç yönetimi, ağrı yönetimi, ağız bakımı ve kateter bakımı gibi fiziksel bakım alanlarında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde pediatrik onkoloji hastalarını kapsayan organize ve sistemli hizmet veren evde bakım kurumları yer almamakta, gereksinimler aileleri tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatıştan başlamak üzere taburculuğa kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda eğitilmesi son derece önem kazanmaktadır. Bu derleme kanserli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimlerine dikkat çekmek, klinik alanda çalışan hemşireler tarafından bakım verenlere/ailelere yönelik düzenlenecek taburculuk planlama programlarında kullanılmak üzere bir kaynak olması amacıyla yazılmıştır.

Anahtar kelimeler: Fiziksel bakım gereksinimi, kanser, çocuk, hemşirelik

ABSTRACT

Continuity of care, discharge planning, and home care are the main topics for quality of health care in the developed countries. Receiving the diagnosis of cancer and being discharged from the hospital are known to be stressful situations for families. The families of children with cancer are anticipated to be a decision-maker and primary caregiver in this process due to complex cancer treatment threatens their childrens lives, their lives are hospital-centered, and they are in the communication with many health care workers. In addition to this, families are responsible for close monitoring of their child's health condition. They have educational needs in the physical care areas such as organizing patients diet, symptom and medication management, pain management, mouth care and catheter care. In our country discharge planning is not well organized in hospitals, and is not coordinated by physician or nurse and their needs are meet by families. Therefore it is important to train families on home care needs of their children from hospital admissions to discharge. Pediatric oncology team take responsibility for education and counselling approach to children with cancer and their families. The aim of this review is to highlight physical care needs of children with cancer and their families at home, to ensure in use for discharge planning program by clinical nurses.

Key words: Physical care needs, cancer, children, nursing

GİRİŞ

Kanser, ileri teknoloji tedavilerinin kullanımını gerektiren ve hastane masrafları yüksek olan kronik bir hastalıktır. Kanserli hastalar ve aileleri, hastanede yatmaktan kaynaklanan emosyonel gerginlik, ev içi rollerin ve yaşam şeklinin değişmesi, ekonomik sıkıntılar, sağlık ekibiyle algı ve gereksinimler konusundaki farklılıklar nedeniyle bakımlarını evde sürdürmek istemektedirler (Fieler 2000). Sağlık hizmetinin bireyin kendi ortamında veriliyor olması, iyileşmeyi hızlandırması, ailenin bir arada kalabilmesi, ekonomik olması, yaşam süresini uzatması, birey için maksimum özgürlük sağlama evde bakımın tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle kanserli çocukların yaşam süresinin uzaması nedeniyle evde sağlık bakımından yararlanan çocukların sayısı gelişmiş ülkelerde giderek artmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Savaşer 2000).

Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Aileler çoğunlukla çocuklarının bakım ve gereksinimlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşarlar (Clarke ve ark. 2005, Hanson 2000, Yiu ve Twinn 2001). Bu süreçte çocuk onkoloji ve evde bakım hemşiresi arasında iletişim ve işbirliği olmalıdır. Bu işbirliği hastalık ve hastalığın tipine ilişkin bilgi, tedavi planı, taburculuk eğitimi ve evde bakım gereksinimlerini içermelidir. Evde sunulan hemşirelik bakım hizmetleriyle plansız başvuru ve yeniden yatışlar azaltılarak plansız yatışlardan kaynaklanan maliyet ve işgücü kaybı engellenebilir, hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Pate 2000, Yılmaz ve Özsoy 2010).

Kanserli Çocuk ve Ailelerinin Evde Bakım Gereksinimleri

Yapılan araştırmalar kanserli çocukların ve ailelerinin hastalığın ciddiyeti, seyri, özel bakım gerektirmesi ve yaşamı tehdit eden kronik bir sorun olmasından kaynaklanan çeşitli fiziksel, psikososyal, bilgi, ekonomik ve manevi gereksinimleri olduğunu göstermektedir (Clarke ve ark. 2005, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Bununla birlikte gün geçtikçe kanser insidansının artması, bazı beceri gerektiren işlem ve uygulamaların hastaların bakım verenlerince evde yapılmasını gerekli kılmaktadır. Kanser sürecinin değişkenlik göstermesi nedeniyle hastaların evde desteğe gereksinimleri de artmaktadır (London 2004, Pyke-Grimm ve ark. 1999).

Evde kanserli çocuğa bakım vermenin birincil amacı taburculuk eğitimi güçlendirme, komplikasyonları önleme ve erken belirleme, optimal sağlığı sürdürme, ailenin her bireyinin kronik hastalığa uyumunu sağlama, aile iletişimini geliştirme ve toplum kaynaklarını kullanmadır (Savaşer 2000, London 2004). Bu amaçla aileye çocuğa evde nasıl bakım vereceği öğretilir ve emosyonel destek sağlanabilir. Hastanın bağımsızlığının sürdürülmesine ve önemli aile rollerine katılmasına yardımcı olarak ailenin fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanabilir (Clarke ve ark.2005). Kanserli çocuklarda hemşirelik bakımı kemoterapiden kaynaklanan komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmeye odaklanır. Komplikasyonların erken belirlenmesi ve semptom kontrolü hasta bakımında hastaların yaşam kalitesini artırır. Özellikle remisyon döneminde çocuğun tedavisi sonlandırılıp evine gönderildiğinde "evde çocuğa nasıl bakacakları" konusunda ebeveynlerin stresleri artmaktadır. Kanser tanısı alan çocukların aile üyeleri tanıdan sonra stres nedeniyle kendilerine verilen

bilginin birçoğunu hatırlamayabilirler. Evde bakım hemşiresi ailenin bilgi gereksinimlerini tanıyarak eğitim ve danışmanlık konularını belirlemelidir. Çocuk ve ailenin tedavi protokollerine ilişkin bilgilendirilmesi ailenin stres ve korkularının azaltılmasında büyük önem taşır. Bu nedenle hemşire kanserin tipi ve tedavi şekillerine, tedavinin yan etkilerine ve evde bakımına, evde ilaç uygulamalarının amacı ve şekline, yapılan testler ve sıklıklarına, ağız bakımı, kateter bakımı, enteral beslenme gibi fiziksel bakım gereksinimlerine ilişkin eğitim vermelidir. Hemşire evde aile ve çocuğa yan etkilerle nasıl baş edebilecekleri konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (Bryant 2003, Kelly ve Parock 2005, Woodgate 2003, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Aileler evde bu yan etkilerle karşılaştığında “kimden” ve “ne zaman” bilgi alabilecekleri konusunda aydınlatılmalıdırlar (London 2004, Fukui 2002).

Kanserli Çocukların Evde Fiziksel Bakım Gereksinimleri

Kanserli çocukların evde fiziksel bakım gereksinimleri Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Fiziksel Bakım Gereksinimleri

Enfeksiyon kontrolü
Ağız bakımı
Deri bakımı
Kateter bakımı
Beslenme ve diyet yönetimi
Ağrı yönetimi
Yorgunluk ve yönetimi
Gastrointestinal değişikliklerin yönetimi
Ev ortamının düzenlemesi

Kaynaklar: Bryant 2003, Fieler 2000 Gordon ve Dearmun 2003, Taş ve Başbakkal 2009, Wohlschlaeger 2004, Yılmaz ve Özsoy 2010

Enfeksiyon Kontrolü

Enfeksiyon, kemoterapi alan çocuklarda sık görülen bir komplikasyon olup bu çocuklarda morbidite ve mortalitenin en büyük nedenidir. Kemoterapi nedeniyle kemik iliğinin baskılanması sonucu nötropeni gelişir. Mukoza ve deri bütünlüğünün bozulması, kemoterapi sonucu uzayan nötropeni süresi bakteriyel ve fungal enfeksiyon riskini artırır. Tedaviden yaklaşık bir hafta sonra enfeksiyon ortaya çıkabilir, 4-10 gün veya daha fazla sürebilir (Fieler 2000).

Enfeksiyon belirti ve bulguları için vücut alanlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla enfeksiyon belirleme ve izleme formları kullanılabilir. Aile ağız içinde solgunluk, eritem, şişlik, sızı ve ağrı; rektumda hassasiyet, endurasyon, renk bozuklukları, hemoroidler; ciltte kızarıklık, lezyonlar, şişlik ve ağrı, üriner sistemde ağrı, idrar yaparken yanma, idrar yapma sıklığı ve koku; boğazda ağrı, öksürük, sekresyonların renk ve miktarında artış konularında dikkat etmeleri konusunda eğitilmelidir. Hasta ve ailesine beden sıcaklığını ölçme ve hangi sınırlar içerisindeki değerlerin normal ve normalden sapma olduğu konusunda beceri kazandırma eğitimi gereklidir (Yuska ve Nedved 2000).

Dirençli organizmaların sayısındaki ve intravenöz kateterlerin kullanımındaki artış nedeniyle evde enfeksiyon kontrol programı geliştirilmelidir. Evde kapsamlı enfeksiyon kontrol programı, hasta ve aile üyelerinin birbirlerine enfeksiyon geçişini en aza indirmelerine olanak sağlar. Öksürük, burun akıntısı vb. solunum yolu şikayeti olan, herpes zona geçiren aile üyeleri ve yakınlarının hasta yanına ziyareti engellenmelidir. Bununla birlikte enfeksiyonu önlemek açısından çevresel faktörlerin de kontrol altına alınması gerekir. Hemşire aile eğitiminde enfeksiyon açısından kişisel hijyenin (el yıkamanın önemi, sık duş alma, diş fırçalama vb.) üzerinde durmalıdır (Bryant 2003, Yuska ve Nedved 2000). El yıkama tekniği, jiletlerin tek kullanımlık olması, çöplerin uygun koşullarda saklanması, iğne ve kanlı atıkların (kateter yıkama enjektörleri, mide içeriği gibi vücut atıkları) evde kapalı ve sert kutular içerisinde saklanması, tıbbi araç-gereçlerin (mama makinesi vb.) dezenfeksiyonu gibi noktalarda enfeksiyondan korunma önlemleri aileye anlatılmalıdır (Woodgate 2003, Yuska ve Nedved 2000). Vücut üzerinde kemoterapötik ajanların etkileri ile ilişkili olarak travma riski artmaktadır. Bu nedenle hemşire ev ortamında çarpma ve kazaları önleyecek şekilde yaşam ortamlarının düzenlenmesi konusunda aileye danışmanlık yapmalı ve eğitim vermelidir (Savaşer 2000).

Ağız bakımı

Kanserli çocukları en çok sıkıntıya sokan komplikasyon mukozit ve stomatittir. Mukozitler ağız ve gastrik mukozal dokunun ilerleyici, inflamatuvar, ülseratif bir durumudur. Mukozitleri hazırlayıcı faktörler kötü ağız hijyeni, radyoterapi, kemoterapi, trombositopeni, nötropeni ve yetersiz beslenme olup çocuğun yeterli oral alımına engel olurlar. Kemoterapi alan hastaların yaklaşık %40'ında mukozit görülür. Bulgular genellikle kemoterapi alındıktan sonraki 5-14 gün arasında ortaya çıkmaktadır. Hemşire mukozit belirtisini izlemeli, sağlıklı ve bakımlı bir ağız sağlamada her gün çocuğun ağızını gözleyerek kanama, enfeksiyon, mukus birikimi konularında eğitim vermelidir (Rubenstein ve ark. 2004, Wohlschlaeger 2004).

Deri bakımı

Hastalar kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak kızarıklık, deride tahriş olma, renk koyulaşması, sivilce ve fotosensivite gibi deri sorunlarıyla karşılaşabilirler. İlaçlar ve kemoterapi ajanları kızarıklıklara neden olabilir. Kızarıklıklar genellikle geçicidir. Tırnak dipleri, diş /dişetleri ve uzun süreli kemoterapi için kullanılan damarlar bu durumdan etkilenir. Renk koyuluğu tedavi bittikten sonra da birkaç ay devam edebilir. Fotosensivite ultraviyole ışınlarına karşı derinin duyarlılığının artmasıyla oluşur (özellikle metotreskat tedavisinde). Çok kısa süreyle güneş ışınlarına maruz kalmak bile ciddi güneş yanıklarına neden olabilir. Çocuk ve ailesi, günde 30 dakikadan daha uzun süre güneş ışığına maruz kalacakları zaman 15-25 faktörlü, hipoallerjik su bazlı güneş koruyucuları kullanmaları ve koruyucu giysi ve şapka kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler (Fieler 2000).

Kateter Bakımı

Hematolojik ve onkolojik hastalığı olan çocuklarda kateterlerin kullanımı son 20 yılda giderek artmaktadır. Kateterler hem hastanın yaşam kalitesini yükseltme hem

de tedavilerin uygulanmasında kolaylık sağlar. Kateterler aylardan yıllara kadar kullanım uygunluğuna bağlı olarak uzun dönemli kalabilirler. Kateterlerin bakım şekli ve sıklığı kateterin tipine (santral venöz veya port kateter) göre değişir. Bu nedenle hastanın kateterinin tipine (port/hickman) göre eğitim verilmelidir. Ancak kateterle hastaneden taburcu olan çocukların bakımı aileler için büyük stres kaynağıdır. Evde bakım hemşiresi aile ve çocuğu kateter bakımı (pansuman sıklığı, şekli) konusunda bilgilendirmelidir. Aile veya primer bakım veren kişiye hastaneden taburcu olmadan önce kateter bakımı öğretilmeli, maket üzerinde uygulama yaptırılmalı, evde bakım için yazılı bilgiler içeren el kitapçığı verilmelidir. Çocuk okula devam ediyorsa okul hemşiresi ve öğretmen de bu konuda bilgilendirilmelidir (Bryant 2003,Gordon ve Dearmun 2003).

Gastrointestinal Sistem (GIS) Değişikliklerinin Yönetimi

Kemoterapiden en çok etkilenen sistem GIS'dir. Bu nedenle bulantı-kusma, diyare, konstipasyonu önlemeye yönelik beslenme kanserli çocuklarda yönetilmesi gereken önemli GIS değişiklikleridir. Evde bakım hemşiresi diyare, konstipasyon, bulantı ve kusma konusunda beslenme danışmanlığı yapabilir. Bu semptomlar uzun sürdüğünde hekim tarafından önerilen ilaçlar çocuğu rahatlatılabilir. Hemşire evde bu ilaçları uygulayabilir.

Diyare

Diyare 24 saatte iki veya üç kezden fazla sulu dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Eğer 24 saatte altı ve daha fazla sulu dışkılama var ise mutlaka doktora haber verilmelidir. Enfeksiyon, kemoterapi, radyoterapi, antibiyotikler ve enteral beslenme gibi durumlar diyareye neden olabilir. Diyare, sıvı ve elektrolit kaybı nedeniyle dehidratasyona ve iyon eksikliklerine yol açabilir. Bu nedenle defekasyon sayısı ve içeriğinin değerlendirilmesi (rengi, kanlı-sulu-partiküllü olma durumu), dengeli sıvı alımını sağlama konusunda aile eğitilmelidir (Fieler 2000,Rutledge ve Angelking 1998).

Konstipasyon

Konstipasyon 48 saatten daha uzun süre dışkılama olmamasıdır. Kemoterapinin nörotoksik etkileri, hareketsizlik ve yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkabilir. Aile eğitiminde sıvı ve bol lifli beslenmeyi artırma, çocuk ve aileyi hareket etmeye cesaretlendirme ve defekasyon sıklığını izleme konuları üzerinde durulmalıdır (Fieler 2000,Woolery ve ark. 2006).

Bulantı-Kusma

Kemoterapi, ağrı ve anksiyete gibi nedenlerle, mide ve duodenum mukozasının irritasyonu sonucu vagal ve sempatik sinirlerin medulladaki kusma merkezini uyarması ile bulantı-kusma oluşabilir. Bulantı, ağrı ve yorgunluk gibi subjektif olarak algılanan bir histir. Bulantı-kusma kemoterapi uygulanmaya başladıktan 1-6 saat sonra meydana gelebilir, ilk 24 saat içinde (akut faz) ya da kemoterapinin başlangıcından sonra 24 saat ile birkaç gün arasında olabilir (gecikmiş faz). Çocukların bulantı –kusmadan bir süre sonra (24-48 saat) yemek yeme için zorlanmaması, az ve sık beslenmenin önemi üzerinde durulmalıdır (Bryant 2003, Fieler 2000).

Beslenme yönetimi

Kanser tedavisinin sistemik etkileri kaşeksi, anoreksia, kilo kaybı, malnütrisyon, besin alımının değişmesi, protein kaybettiren enteropatidir. Kanserli bir çocuğun beslenme tanılması kanserin tipi, hastalığın aşaması ve önceki kanser öyküsü ile ilişkilidir. Beslenme tanılması beslenme durumunu ve tıbbi öyküyü, diyet öyküsü, fizik muayene ve antropometrik ölçümleri içeren kapsamlı bir değerlendirmedir. Diyet öyküsü ile yeme alışkanlıklarının birkaç ay içinde değişip değişmediği değerlendirilmelidir. Kaşeksi fonksiyonel durumu bozabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Yüksek doz steroid tedavisi görmeleri nedeniyle steroidlerin potansiyel yan etkilerine karşı hasta ve aile uyarılmalıdır. Kilo artışı ya da kaybı ve anoreksiya yakından izlenmeli, günlük veya haftalık kilo izlemi yapılmalıdır. Küçük kilo kayıpları bile çocuk için çok önemli olabilir. Hemşire az beslenmenin nedenlerini tanılamalı, beslenme danışmanlığı yapmalıdır. Yeterli kalori desteğini alamayan çocuklar için diyetisyen ve hekim ile görüşülerek gerektiğinde enteral beslenme desteği sağlanabileceği bilgisi aileye aktarılmalıdır (Kantar 2009).

Ağrı Yönetimi

Kanserli hastaların yaklaşık % 50-80'i hastalıklarının herhangi bir aşamasında ağrı yaşarlar. Kanser ağrısı akut ya da kronik özellikte olabilir. Akut ağrı genellikle doku hasarı nedeniyle olur ve süresi sınırlıdır buna karşın kronik ağrı üç aydan daha uzun sürer. Çocukluk çağı kanserlerinde ağrı şu nedenlerle olabilir (Bryant 2003, Gedaly-Duff ve ark. 2006):

- Hastalıkla ilişkili (tümörün değişik doku ve organlara infiltrasyonu nedeniyle)
- Tedaviyle ilişkili (kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden kaynaklanan ağrılar: mukozitle ilişkili ağrılar, vinca alkaloidleriyle ilişkili nöropatik kemik ağrıları, karın ağrıları, anal ağrıları, büyüme faktörünün neden olduğu kemik ağrıları)
- Tanı-tedavi ve işlemlerle ilişkili ağrı (lomber ponksiyon, kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu, kateter takılması vb.)
- Tedavinin yan etkileriyle ilişkili ağrılar (konstipasyon vb.)

Sözü edilen kategoriler içerisinde tanı-tedavi ve işlemlerle ilişkili ağrı kanserli çocukların birçoğu tarafından yaşanan bir semptomdur (Ljungman ve ark. 2000).

Ağrı subjektif bir algılama olduğu için çocuklarda da en önemli ölçüt kendi ağrı bildirimleridir. Evde bakım hemşiresi çeşitli tanılama araçları kullanarak ağrı yaşayan çocuklarda ağrının yerini, yoğunluğunu ve olası nedenlerini tanılayabilir (Yuska ve Nedved 2000).

Ağrı kontrolünde amaç sadece ağrının giderilmesi değil aynı zamanda hastanın normal yaşam kalitesinin de sürdürülmesidir. Ağrı kontrolünde ilaç ve ilaç dışı yöntemler yer alır. İlaç dışı yöntemler "dikkati başka yöne çekme, oyun oynama, ebeveynlerle birlikte olma, çocuğu kucağa alma, sıcak ve soğuk uygulama, pozisyon verme, masaj yapma ve egzersizdir". Halk sağlığı hemşireleri ağrı kontrolünde hasta, ailesi ve primer bakım verenler arasında danışman olarak rol alır (Donovan ve Lathem 2000, Hanson 2000).

Yorgunluk Yönetimi

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Hockenberry - Eaton ve Hinds 2000). Yorgunluğun süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur (Fieler 2000).

Kemoterapinin yol açtığı yorgunluğun yönetiminde öncelikle yorgunluğun tanılanması önemlidir. Yorgunluğu artıran ya da azaltan etmenlerin neler olduğu belirlenmelidir. Evde bakım hemşiresi yorgunluğu önlemek için güvenli oyun çevresi ve enerji yönetimi konusunda önerilerde bulunabilir. Okula gitme, en çok tolere edilebilecek dönemler dikkate alınarak planlanabilir. Ağrı, uyku bozuklukları ve anksiyete gibi yorgunluğa neden olabilecek diğer nedenler açıklanabilir ve bu sorunları azaltmaya yönelik uygun girişimler planlanabilir (Fieler 2000, Gedaly-Duff ve ark. 2006, Hockenberry -Eaton ve Hinds 2000).

Ev Ortamının Düzenlenmesi

Ev ortamının tanılanması hastanın bakım planının önemli bir parçasıdır. Hastanın yaşadığı ortamın güvenilir olduğundan emin olunmalıdır. Hemşire ev ortamını temizlik yönüyle de gözlemlemelidir. Buna ek olarak yangın, elektrik, banyo, yatak ve mobilya çevresinin güvenliği yönünden fiziksel çevrenin tanılanması da son derece önemlidir (Savaşer 2000, Yuska ve Nedved 2000).

Hastalık sürecinin erken dönemlerinde aile ile iletişim kurulursa, aile üyeleri daha etkili bakım için ev çevresini düzenleme girişiminde bulunabilirler (Donovan ve Lathem 2000). Islak zemin ve yerlerin kaygan olmayan maddelerden yapılması, banyoda tutunacak yerlerin olması düşme riskini önlemek için alınabilecek önlemlerdir. Eğer yerler kaygan ise çocuğa altı kaymayan ayakkabı/terlikler giydirilmelidir. Düşme ve çarpmalarda yaralanmayı önlemek için mobilyalar uygun şekilde yerleştirilmeli, oda girişi ve çıkışlarında düzey farkı olmamalıdır. Yatak çok yüksek olmamalı ve yatak kenarlıkları kullanılmalıdır. Gerekli ise oturma ve yaşam alanları çocuğun ihtiyacına göre değiştirilmelidir. Bu düzenlemelerle ilgili olarak aile bilgilendirilmelidir (Savaşer 2000, Thompson 2000).

SONUÇ

Ülkemiz sağlık sisteminde diğer birçok kronik hastalığı olan hastalar gibi pediyatrik onkoloji hastalarını da kapsayan organize ve sistemli evde bakım hizmetleri yer almamaktadır. Bu hizmetlerin eksikliğinin bir sonucu olarak kanserli çocukların evde bakımı aile bireylerince sağlanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatıştan başlamak üzere taburculuğa kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda eğitilmesi son derece önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri olmadığı için klinik uygulamada pediyatrik onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelere büyük rol ve sorumluluk düşmekte, birinci ve ikinci/üçüncü basamakta çalışan hemşireler arasında işbirliği kurulması kaçınılmaz olmaktadır.

KAYNAKLAR

- Bryant R (2003). Managing side effects of childhood cancer treatment. *J Pediatr Nurs*, 5(2): 113-125.
- Clarke JN, Fletcher PC, Schneider MA (2005). Mother's home health care work when their children have cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22 (6) : 365-73.
- Donovan E, Latham P (2000). Rehabilitation Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 127-136.
- Fieler VK (2000). Symptom Management. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc,33.
- Friedrich S, Goes C, Dadd G (2003). Community and home care services provided to children with cancer: a report from the Children's Cancer Group Nursing Committee- Clinical Practice Group. *J Ped Oncol Nurs*, 20 (5): 252-259.
- Fukui S (2002). Information needs and the related characteristics of japanese family caregivers of newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*, 25(3): 181-86.
- Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM ve ark. (2006). Pain, sleep disturbance, and fatigue in children with leukemia and their parents: A pilot study. *Oncol Nurs Forum*, 33 (3): 641-46.
- Gordon K, Dearmun AK (2003). Occlusion problems in central venous catheters: the child and family perspectives. *J Child Health Care*, 7(1): 55-69.
- Hanson PA (2000). Caregiver Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 159-162.
- Hockenberry-Eaton M, Hinds PS (2000). Fatigue in children and adolescents with cancer: evaluation of a program of study. *Semin Oncol Nurs*, 16 (4): 261-272.
- Kantar M (2009). Kanserli çocukta beslenme. (içinde)Ed. Alp Özkan, *Pediyatrik Onkoloji*. İstanbul,Nobel Tıp Kitabevleri, 1327-1331.
- Kelly KP, Parock D (2005). A Survey of pediatric oncology nurses' perceptions of parent educational needs. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22(1) : 58-66.
- Ljungman G, Gordh T, Sörensen S ve ark.(2000). Pain variations during cancer treatment in children: A descriptive survey. *Ped Hematol Oncol*, 17:211-221.
- Lundblad B, Burne MV, Hellström, A (2001).continuing nursing care needs of children at time of discharge from one regional medical center in Sweeden. *J Pediatr Nurs*, 16(1).73-78.
- London F (2004). How to prepare families for the discharge in the limited time available. *Pediatr Nurs*, 30(3): 212-216.
- Pate S (2000). The Future of Home Care. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 247-258
- Pyke-Grimm KA, Degner L, Small A ve ark.(1999). Preferences for participation in treatment decision making and informational needs of parents of children with cancer: A pilot study. *J Ped Oncol Nurs*, 16 (1): 13-24.
- Rubenstein BE, Peterson DE, Schubert M (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, 100 (9): 2026-2046.
- Rutledge D, Engelking C (1998). Cancer-related diarrhea: selected findings of a national survey of oncology nurse experiences. *Oncol Nur Forum*, 25 (5): 861-873.
- Sayaşer S (2000). Kanserli çocuğun taburculuğa hazırlanması ve evde bakımında hemşirenin rolü. *Atatürk Üniv. HYO Dergisi* , 3(1): 51- 56.
- Taş F, Başbakkal Z (2009). Kemoterapi alan çocukların yaşadıkları semptomlar ve ebeveynlerin uygulamaları, *Ege Pediyatri Bülteni*; 16(1):33-44.
- Thompson JM (2000). Pediatric assesment in the home. *Home Health Care Nurse* , 5(10) : 639-646
- Wohlschlaeger A (2004). Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses. *J Ped Oncol Nurs*, 21 (5): 281-289.
- Woodgate, RL, Degner, LF, Yanofsky, RA (2003). Different perspective to approaching cancer symptoms in children. *J Pain Symp Manage*: 26(3): 800-817.
- Woolery M, Carroll E, Fenn E ve ark. (2006).A Constipation Assessment Scale for Use in Pediatric Oncology. *J Pediatr Oncol Nurs*, 23 (2): 65-74.
- Yılmaz ÇM, Özsoy SA (2010). Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Support Care Cancer* 18; 243-253.
- Yiu JM, Twinn S (2001). Determining the needs of chinese parents during the hospitalization of their child diagnosed with cancer: An explatory study. *Cancer Nurs*, 24(6): 483-489.
- Yuska CM, Nedved PG (2000). Home Care. (içinde) Margaret H. Frogge, Michelle Goodman, Susan L. Groenwald (ed). *Cancer Nursing: Principles and Practice*.Jones and Barlett Publ.Inc. 1661-1680.

YETİŞKİNDE ÖLÜM SÜRECİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

DEATH PROCESS IN ADULT AND NURSING CARE

Doç.Dr. Asiye AKYOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Ölüm varoluşun ayrılmaz bir parçasıdır. Ölüm istenmese bile kaçınılmaz bir şekilde insanoğlunun karşılaşacağı bir durumdur. İnsanlık tarihi boyunca ölümün çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Ölüm organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre ise ölüm organizmanın solunum, dolaşım ve kalp atımlarının geri dönüşümsüz olarak kaybolmasıdır.

Terminal dönem, ölmekte olan hasta için yaşamında kritik bir dönemdir. Bu hastalar fiziksel semptomlar ve fonksiyonel yetersizliklerin ortaya çıkması nedeniyle uyumda güçlük yaşamakta ve inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme gibi psikolojik savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Terminal dönemdeki tüm bireylerde bu evreler aynı şekilde yaşanmayabilir, bu yaş evreleri hastalar ve yakınları tarafından karmaşık olarak deneyimlenebilir ve aile bireyleri de ölmekte olan bireye benzer tepkiler geliştirebilirler. Bu nedenle hasta ve ailesinin başlangıçtan itibaren uygun destek ve danışmanlığa gereksinimleri vardır. Eğer hemşireler, ölmekte olan hasta ve onların ailelerinin gereksinimlerini tanımlar ve becerilerini geliştirip, sürdürürlerse, hasta ve ailesi arasındaki ilişkiler sağlamlaştırılabilir ve sorunların giderilmesine yönelik çabalar artırılabilir.

Bu makalede, ölüm, ölüm korkusu, yas süreci ve ölmekte olan hastanın hemşirelik bakımı irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Ölüm korkusu, Ölüm süreci, Hemşirelik

ABSTRACT

Death is an inseparable part of existence. Death is an inescapable phenomenon that each human being confronts whether or not they like. There have been various definitions of death along with the history of thinking. Death is defined as a living organism's loss of ability to renew itself. According to recognition; death is defined as the irreversible cessation of the vital functions of respiration, circulation, and pulsation.

Terminal phase is one of the critical life phases for the dying patients. Patients with terminally ill suffer from various physically symptoms and decline physically function. Also, psychological symptoms are observed such as denial, anger, bargain, depression and acceptance in these patients. In these stage, all of terminal phase patients not experienced in the same manner, this law phases can experienced by patients and relatives in a complex sequence. Therefore the patient and family need proper support and counseling from the very beginning. If the nurses understand the dying patients and their families' needs and develop and maintain helping skills, between patient and family relationship become stable, efforts to remove problem can be increased

Death, death fear, grief process and nursing care of dying patients were summarized in the article.

Key words: *Death, Death fear, Death process, Nursing*

GİRİŞ

...Ölümün tek iyiliği bir daha olmayacak olmasıdır.

Nietzsche

Ölüm evrensel, bireyin tüm yaşamını etkileyen ve bireye özgü bir kavramdır. Birey yaşamının herhangi bir döneminde çeşitli kayıplarla karşılaşabilir. Bu nedenle ölüm algısı zamanla gelişen ve değişen bir kavramdır (Batmaz 2009). Ölümün algılanışı üzerinde dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların, adetlerin ve geleneklerin önemli rol oynadığı, bu nedenle ölüme karşı tutum ve tepkilerin değişiklik gösterdiği bilinmektedir (Işıl & Karaca 2009). Ölüm her bireyin yaşacağı bir sondur (Çam ve ark.2010). Bu nedenle bu süreçte olan yetişkin hastalar sağlık ekibi tarafından bütüncül olarak değerlendirilmeli ve sağlık hizmeti verilmelidir. Hemşireler bu dönemde hastalara daha iyi fiziksel ve psikolojik bakım verebilmek için ölüm ve kayba ilişkin gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalı, duygularını tanımalı ve gözden geçirmeli, özgürce açıklayabilmelidir. Bu makalede, ölüm, ölüm korkusu, yas süreci ve ölmekte olan hastanın hemşirelik bakımını irdelemek amaçlanmıştır.

ÖLÜM NEDİR?

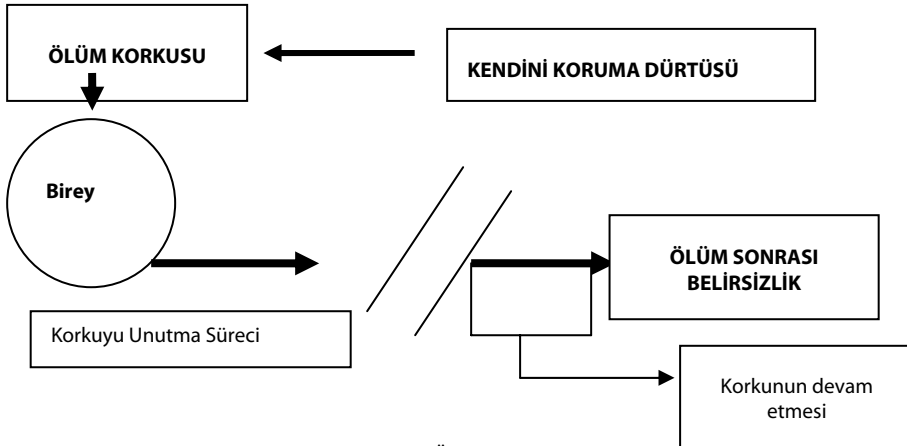
Yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, yaşanan ancak nasıl ve ne zaman olacağı bilinmeyen, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu, üzerinde düşündüğü, tanımaya çalıştığı bir konu olmuştur. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında ve manevi değerlerin oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Yüzyıllardır insanın ilgisini çeken ölüm olgusu bireysel olmakla birlikte, toplumu ilgilendiren bir yönü olmasından dolayı değişik bilim dallarında, konu edilip incelenmektedir. Buna bağlı olarak ölüm ve ölüm süreci ile ilgili pek çok tanımlamalar yapılmıştır (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Keskin 2005). Ölüm, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesi veya bir insan, hayvan yada bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesidir (Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark.2002; Keskin 2005). Ölüm, yaşamın bitişi, ömrün sona erişi, dünyadan göçmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek yada bu dünyadan taşınmak şeklinde tanımlanabilmektedir (Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark.2002; Keskin 2005). Ancak tanımlarda ortak nokta; canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi yada yaşam organlarından bir yada birkaçının tamamen işlevinin yitirilmesi, hayatın sona ermesidir (Batmaz 2009; Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Ersoy 2002; Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Akbayrak ve ark. 2002; Keskin 2005; Koç & Sağlam 2008; Sezer & Kaya 2009).

Sağlık alanında ölüme ilişkin yapılan tanımlar incelendiğinde; "dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin irreversible/geri dönüşümsüz

olarak durmasıdır şeklinde tanımlandığı görülmektedir. Bir başka tanımda “ölüm; beyin işlevlerinin durması” olup bu konuda bir dizi temel unsurların yer alması gerektiği bildirilmektedir. Bunlar bilincin tam ve sürekli olarak kaybolması, solunumun sürekli olarak kesilmesi, dıştan gelen tüm uyarılara karşı bütün tepkilerin ve reflekslerin yok olması, tüm kaslarda gevşeme, beden ısısının ve beynin elektriksel faaliyetlerinin kaybolması olarak sıralanmaktadır (Gulanik & Myers 2007)

Her birey için ölümü bekleme ayrı anlamlar taşımasına karşın ölümle ilgili evrensel olarak yaşanan duygu korku'dur (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Penson ve ark.2005; Puchalski 2002). İnsanların bu dünyadaki “var” olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanmaktadır (Tanhan & Arı 2006) Bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarını, bedenini ve denetimini yitirme, kimlik duygusunda sürekliliği yitirme, acı duyma, anlamlı ilişkilerinin olduğu kişilerden ayrılma korkunun temel nedenleridir (Tanhan & Arı 2006; Koç 2002; Gulanik & Myers 2007; Penson ve ark. 2005; Puchalski 2002; Özeltin & Işıl 1999).

Kübler Ross'a göre birçok kaygının temelinde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak bu korkuyu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir (Işıl & Karaca 2009; Bahar 2007; İnci & Öz 2009; Koç 2002) (Şekil 1). Kişi bu kaçınılmaz sondan yakınabilir; nefretini ve öfkesini dışarı vurabilir veya çeşitli ayin ve törenlerle bu korkusunu hafifletmeye çalışabilir. Ölüm kaygısının temelinde “yaşama korkusu” vardır. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, hayatı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Bu nedenle ölümü anlamdan yoksun, basit bir duruş olarak görmektense yaşamın anlamını tamamlayıcı olarak görmek insanın genel ruh yapısına daha uygundur (Koç 2002; Penson ve ark.2005).



Şekil 1: Ölüm Korkusu.

(Koç M . A Psychological Analysis on The Fear of Death From Theoretical Point of View. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2002;6:7-20).

GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE ÖLÜM

Ölüm kavramı, gelişim dönemlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu dönemleri çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık olmak üzere dört bölümde ele almak mümkündür (Karaca 2000; Sezer & Kaya 2009). Gelişimsel açıdan ölüm algısı birçok yerde benzer kavram ve aşamalarda tanımlanmaktadır (Suyolcu 2006; Sezer & Kaya 2009; Aksu & Akçay 2010).

- *Geri dönülmezlik ya da uygulanabilirlik:* Ölümün bütün canlılarda görülen geri döndürülemeyen ve değiştirilemeyen bir olgu olduğunu fark etmek.
- *Evensellik ya da uygulanabilirlik:* Ölümün kimsenin kaçamadığı ve bir gün herkesin başına geleceğini anlamak.
- *Kaçınılmazlık:* Yaşayan her canlının sonunda öleceğini anlamak.
- *Sonlanma ya da işlevsellik:* Ölüm ile vücudun işlevselliğinin sona erdiğini anlamak.
- *Nedensellik:* Ölümün bir nedeni olduğunu, vücut fonksiyonlarının tamamen yitirmesinin ölüme neden olduğunu anlamak.

Bebeklik ve ilk çocukluk dönemlerindeki kişi sevdiği insanın kaybını ve ayrılığını duygusal olarak yaşar. Ayrılık ve kayıp durumlarında üzüntü, protesto etme ve çaresizlik tepkileri gözlenebilir. Ölümün anlaşılmasına başlandığı ilk dönem olan okul öncesinde, çocuklar insan davranışlarını anlama kapasiteleri ile yaşam ve ölümü destekleyen biyolojik etkenleri kendilerine göre algılamakta, ölümü daha çok yaşlı ve hasta olan bireylerin yaşadıkları, sağlıklı yaşayarak, kazalar ve hastalıklar gibi bazı durumlardan kaçınılarak uzak durulabilen bir durum olarak görmektedirler (Sezer & Kaya 2009).

Ergenlik döneminde ölüm kavramı daha soyut bir nitelik kazanır. Bu dönemde ben merkezli olma ölümüne bakış açısını onun ölümle karşılaşmayacağı inancına dönüştürebilmektedir (Sezer & Kaya 2009). Kayıp yaşayan ergenler inkar, öfke, suçlanma, üzüntü ve intihar gibi tepkiler verebilmektedir (Suyolcu 2006; Sezer & Kaya 2009). Olası belirtiler, suça yönelme, ilaç, alkol kullanımı, bedensel yakınmalar, depresyon, okul başarısızlığı gözlenebilmektedir (Sezer & Kaya 2009).

Yetişkinlik döneminde ölüm kavramı çok değişken olup sosyal, kültürel, geleneklerin, inançların, kişisel ve duygusal konuların dini inançların ve kavramsal anlayışın bütünleşmesidir (Sezer & Kaya 2009; Çam ve ark.2010).

Yaşlılık döneminde; yaşlılığın meydana getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik değişimlerin görülmesi ölümüne olan gidişi ifade etmektedir. Yaşlılıkta bir ayağım çukurda ifadesi bu durumu açıklayan bir örnektir. Yaşlanma ile birlikte ömürden yılların eksilmesi onların ileriye dönük plan yapmasını engellemekte ve ölümüne daha çok önem vermesine neden olmaktadır. Bu yüzden yaşlı bireylerde ölümü aşırı derecede endişe ve inkâr duygusu olmadan karşılamalarını sağlamaktadır. Ancak aile üyelerinden uzak ya da yalnız yaşayan ve yaşamını mutsuz geçirdiğine inanan yaşlı bireylerde yalnızlık duygusu ölüm korkusu gelişmesine yol açmaktadır. Yaşla birlikte ölüm korkusunun düzeyi artmakta ve dolayısıyla yaşamdan zevk alma düzeyi de azalmaktadır (Sezer & Kaya 2009; Aksu & Akçay 2010).

ELİZABETH KÜBLER-ROSS'A GÖRE KAYIP/ÖLÜMÜN EVRELERİ

Ölüm, yaşamdaki en büyük kayıp olgusu olup insanları yas süreci ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bir şeyden yoksun olma durumu olarak tanımlanabilen kayıp, bedensel, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal alanda değişimlerle belirlenen karmaşık bir yaşantı ve deneyimlerden oluşmaktadır. Ölüm ile ilgili tutumlar bireysel faktörler, kültürel faktörler bireyin inançları ve duygusal dayanıklılığı ile ilişkilidir. Bir kaybı yavaş yavaş yaşamanın, kabullenmenin yolu ise yas tutmaktır. Yas tutmak, doğal bir süreç olup kaybedilen insanın yaşamı boyunca bir daha asla görülemeyeceğinin kabul edilmesidir (Özaltın & Işıl 1997; Fuerst ve ark.1979; Stewart ve ark. 1999; Potter & Perry 1985).

Sevilen birinin kaybı ya da ölümünden sonra yaşayanlar ya da ölümlü yüzleşen bireyler yasın/üzüntünün fiziksel, emosyonel, davranışsal ve bilişsel pek çok semptomu deneyimlemektedirler. (Gulanik & Myers 2007; Potter & Perry 1985; Moody & Arcangel 2002) (Tablo 1).

Kübler Ross'a göre kayıp/ölüm süreci; inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş adımda tanımlanmıştır (Işıl & Karaca 09; Batmaz 2009; Friedman & James 2008; Bahar 07; Bilge & Çam 2004; Moody & Arcangel 2002).

1-Şok/İnkâr: Hastanın/yakınlarının terminal dönemde olduğunun bilinmesi yada olumsuz prognozun söylendiği durumlarda şok/inkar yaşanabilir. Uzun süre ölüm tehdidi ile yaşamış olan hastalar için inkar acı verici ve rahatsız edici bir durumdur. İnkâr durumu "yok sayma "çabasıdır ve bir savunma mekanizmasıdır."Hayır, bu doğru olamaz!," Bu benim başıma gelmemeliydi " gibi ifadelerle karşılaşılır.

İnkâr durumun neden olduğu akut anksiyete ve paniğin bir süre ertelenmesini sağlar ve duruma uyum sağlamak için zaman kazandırır. Hastanın ve yakınlarının kendisini toparlamasına, alternatif savunmaların harekete geçirilmesinde etkin rol oynar. Bu dönemde kişi zihinsel olarak olayların farkında olsa bile duygusal olarak reddedebilir. Aynı zamanda uyumda güçlük, nefes almada sıkıntı, kas gücünde azalma, tremor, yorgunluk, iştahsızlık ve huzursuzluk gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra korku ve yoğun bunaltı en sık yaşanan duygulardır. Ülkemiz'de inkar döneminde olan bireylerin bir kısmında öleceğine inanmama ve/veya yanlışlık olduğunu ümit etme bir kısmında ise ağlama, haykırma, dövünme, bağırını yumruklama yada sessiz kalma şeklinde tepkiler görülebilir. Sağlık bakım profesyonelleri inkarın doğal bir süreç olduğunu bilerek yaklaşım göstermeli ve bireyi durumu hemen kabullenmesi için zorlayıcı olmamalıdır.

2-Öfke: Bireyin içinde bulunduğu durumu kabul etmeye başladığında ortaya çıkan bir duygudur. Durumu kendi yetersizliklerinin bir sonucu gibi görerek suçluluk, bunun neden kendisinin başına geldiğini düşünerek öfke yaşar. Bitirilemeyen işler, karşıdaki kişi ile çözüme ulaşmayan ya da tam olarak paylaşılabilen duygular suçluluğa yol açmaktadır. Öfke, eşe, çocuğa, aileye, sağlık personeline ya da Tanrı'ya duyulabilir. Öfke bastırılırsa strese bağlı hastalıklar, depresyon, aşırı emosyonel tepkiler görülebilir. Ancak bireyin tedavi almasını engelliyor ve kötüye gitmesine neden oluyor ise hasta ve ailesi, psikolog ve ekiple işbirliği yapılarak gerçek durumu kabul etmesine yardımcı olunmalıdır.

3-Pazarlık Etme: Bu dönemde kişiler kaybettiklerini geri getirebileceklerini ya da gerçeği değiştirebilecekleri duygusu yaşayabilirler. Yoğun suçluluk, abartılı bir öfke ve isyan hali görülebilir.

Evet.....ama!" şeklinde başlayan pazarlığa girme ifadeleri görülür. Pazarlık, gerçekte bir erteleme çabasıdır; "iyi davranış" bir ödül içermelidir ve kişinin belirlediği bir "tarih" bulunmalıdır. Psikolojik olarak, pazarlık etmede sunulan vaatler sessiz bir suçluluk duygusuyla ilişkili olabilir ve bu nedenle hastaların bu vaatleri sağlık ekibi tarafından bir kenara atılmamalıdır. Uzun süreli ve tutulamayan vaatler suçluluk duygusunun pekiştirilmesine yol açabilir.

4-Depresyon: Hastalığın seyri üzerinde " "Kontrolün yitirilmesi" olarak da açıklanabilir.

Bu aşamada hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar ve yakınlarından ayrılacağı için ayrılık anksiyetesi yaşamaya başlarlar. Kişi önce geçmişte kaybettikleri, yapamadıkları için, daha sonra da geleceği için yas tutar. Bu dönemin sonuna doğru kişi ölümün çaresizliğini kabul eder ve yaşamını yeniden organize etme gücünü bulmaya çabalar.

Bu aşamada yaşanan depresyonun kendi akışına bırakılması, müdahale edilmemesi ancak, sosyal uyarılara yanıt alınamaz ise gerekli müdahalenin yapılması önerilir (Tucker ve ark.1996;Periyakoil & Hallenbeck 2002; Gulanik & Myers 2007).

Tablo 1: Yas Sürecinde Ortaya Çıkan Semptomlar

Fiziksel Semptomlar	Emosyonel Semptomlar
*Yorgunluk,enerji azlığı	*Inkar
*Başağrısı	*Sıkıntı
*Midenin üst bölümünde yanma ve ağrı	*Kızgınlık
*Uyku düzensizliği	*Anksiyete ve depresyon
*Nefes darlığı	*Öfke
*Menstruel düzensizlik	*Üzüntü
*Yeme düzensizliği	*Çaresizlik
*Yutkunma güçlüğü	*Güvensizlik
*Göğüs ağrısı ve göğüste baskı hissi	*Yalnızlık
	*Hayata karşı ilgisizlik,isteksizlik
	*Hiçbir şeyden zevk almama
	*Hiçbir şey hissetmeme
	*Özlem
	*Kaybedilenin hala yaşadığını hissetme
	*Kaybedilenin sesini duyma, hayalini görme
	*Yaşam ve ölüm kavramlarını sorgulama
Davranışsal Semptomlar	Bilişsel Semptomlar
*Amaçsız aşırı hareketlilik	*Kendine yönelik öfke, suçluluk, pişmanlık
*Kaybın acısından kaçınma	*Ölüm sahnesiyle ilgili yineleyici, yaşamı engelleyen ve kesintiye uğratan çok canlı anılar
*Kaybedilenin eşyalarına, yaşadığı yerlere yönelme/kaçınma	*Yakınının ölünceye kadar çok acı çekip çekmediği, neler düşündüğü, neler hissettiği ile ilgili tekrarlayıcı düşünceler
*Alkol ya da sakinleştirici ilaç kullanma	*Karar verme, dikkat ve bellek sorunları
*Olayın yaşandığı yerlerden uzaklaşma çabaları	*Sevdiği kişiyi yanında hissetme
*Cinsel işlev bozukluğu	

5-Uyum/Kabullenme: Birey artık öfkelenemeyecek kadar zayıftır ve "ölüm" gerçeği olduğu gibi kabul edilir. İlgisi alanı; daralmış, dış dünya ile ilgisini kesmiş, ziyaretçilerle daha kısa süre birlikte olmak istemektedir. İletişim sözelden çok, sözel olmayana kayar. Elini tutarak, sessizce yanında oturulmasını isteyebilir. Konuşmadığı zaman yalnız olmamak ona güven verebilir. Duygularını ifade etme gücü varsa onları açıklar, yakınları ile paylaşır ya da yazılı olarak ifade eder.

Ölümü yaklaşan tüm bireyler bu evreleri aynı şekilde yaşamayabilir, bu yas evreleri hastalar ve yakınları tarafından karmaşık bir sırada deneyimlenebilir. Çaresizlik, suçluluk, inkar, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Yakın ve sevilen birinin ani ve beklenemedik ölümü karşısında aile bireylerinin bazıları kontrolü sağlama, veda etme güçlük yaşarken bazıları kendilerini tamamen yalıtabilir yada acıyı hissetmekten kaçınabilirler (Yiğit 1998; Bahar 2007). Bu tepkiler bireylerin duygusal ve bilişsel gelişim düzeyi ve sosyokültürel yapı özelliklerine bağlı olarak farklı şiddet ve yoğunlukta yaşanmaktadır. Yetişkinlik döneminde kültür, inanç sistemi ve yaşam biçimi gibi kavramlar ölüme bakışı ve ölüme ilişkin duyguları etkilemektedir (Sezer & Kaya 2009). Aile bireyleri ölümlerle ortaya çıkan yoksunluğu şok ve duygusallık dönemi, araştırmacı olma ve özlem duyma dönemi, düzenin bozulma dönemi ve yeniden düzen kurma dönemi olarak dört aşamada yaşamaktadır (Yiğit 1998; Türk & Alp 2001). Bu dönemde aile üyeleri arasındaki ilişkiler sağlamlaşabilir, sorunların giderilmesine yönelik çabalar artabilir.

ÖLÜMÜ YAKLAŞAN HASTA

Ölümü yaklaşan bir hastada; ağrı, yalnızlık ve izolasyon olmak üzere üç nokta çok önemlidir. Bu dönemdeki hastaların yaşamlarına (ağrı, yalnızlık ve izolasyon) ilişkin bazı hasta ifadeleri ise şöyledir (Bahar 2007; Moneymaker 2005);

"Ölümden korkmuyorum fakat ağrı çekmekten ve yalnız kalmaktan korkuyorum....". (Robert Lowell, 1797).

"Yaşantımın tümünü iyi ve dürüst bir insan olarak sürdürmeye çabaladım, şu anda öyle kalmak istiyorum ve birilerinin bana yiyecek ve içecek getirmesini istemiyorum..." (Avery Weisman, 1970)

Terminal dönemdeki tüm hastalar; bilinçli, ağrısız, zamanında ve bitirilmeyen işlerin tamamlanmasından sonra, konuşarak, evinde, uygun bir ortamda yanında sevdiği biri varken, son kelimelerini ve isteklerini ifade ederek ölmeyi istemektedirler.

Bu nedenle ölümü yaklaşan hastanın bakımında amaç (Moneymaker 2005); hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması, kişiliğinin ve değerlerinin korunması, kendini güvende hissetmesi, yeterli tedavi ve bakımı alma, acı çekmeden huzur içinde ölmesini ve hastanın kalan yaşam süresinin kalitesini yükseltmeyi sağlamaktır.

Terminal dönem; evre 1; ölüm öncesi, evre 2; ölüm anı ve evre 3; ölüm sonrası dönem olmak üzere üç evrede incelenmektedir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993)

Evre 1: Ölüm Öncesi Dönem: Vücudun kendini ölüme hazırladığı dönemdir ve bazı klinik belirtiler ortaya çıkar.

Ölümü yaklaşan bir bireyin elleri, kolları, ayak ve bacakları soğumaya başlar. Deri rengi değişir, siyahlaşma, koyulaşma ya da gri yada soluk bir renge dönüşür. Nabız, düzensiz, hızlı ve zayıftır. Kan basıncı düşer ve periferik dolaşım bozulur. Solunum sesli ve hırıltılı olabilir. Cheyne–Stokes solunumu görülebilir. Uyku gereksinimi azalmıştır. Ancak kişinin uykuda geçirdiği zaman artmıştır, iletişimsiz, uyarılara yanıt azalmış ya da hiç kalmamıştır. Ancak hasta zihnen tamamen uyanık olabilir. Çene ve yüz kasları gevşer. Gözler tamamen açık kalabilir. Mide-barsak işlevlerinin ve reflekslerinin azalması, iştahsızlık ve güçsüzlük nedeniyle sıvı ve gıda alımı azalır. İdrar ve gaita inkontinansı görülebilir. Kaslardaki güçsüzlük nedeniyle hareket etme gücü azalır. Bu durum ilk önce ayak ve bacak hareketlerinde etkisini gösterir. Bu dönemdeki hastalarda/bireylerde görsel hallüsinasyonlar, yatağından kalkıp gitmeye çalışma ve etrafındakilerle vedalaşma isteğinde oldukları görülebilir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993).

Evre 2: Ölüm Anı

Terminal dönemin evre 1'indeki belirti ve bulgular derinleşir ve hastanın yüz kasları gevşer, yanaklar gerginliğini yitirir, anemi ve tonüs kaybı Hipokrat Yüzü 'ne neden olur. Görme giderek azalır, gözler yarı açıktır. Pupillalar sabitleşir, ışığa yanıt vermez. Konuşma giderek zorlaşır. En son iştme duygusu kaybolur. Algor Mortis (ölüm soğukluğu) Rigor Mortis (ölüm katılığı) ve Livor Mortis (ölüm lekeleri) görülmesi ölümün gerçekleştiğini gösterir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993). Bu dönemde hasta odası için yumuşak tondaki renkler seçilmeli, aydınlatmada flurosan lambalar kullanılmamalı, odanın pencereleri ışıklı ve manzaralı yönü görüyorsa hasta yatağı bu yöne çevrilmelidir. Odada canlı bitki ve kokular hastayı rahatsız etmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Güzel koku ve sözsüz müzikler hastayı rahatlatılabilir, depresyonu azaltılabilir. Hastayı rahatsız eden monitör telefon ve ayak sesleri azaltılmalıdır (Akbayrak ve ark.2002). Ölüm halindeki hasta en son duymasını kaybeder bu nedenle yanında fısıltı ile konuşulmamalıdır. Hastanın duymasını istemediğimiz konular ondan uzakta konuşulmalıdır (Batmaz 2009).

Evre 3: Ölüm Sonrası Dönem

Hemşire ölen hastanın başının altındaki yastığı çekip, ayak ve kollarını uzatır. Gözleri açık ise kapatır. Takma dişleri, protez, takıları varsa çıkarıp poşete koyarak etiketler, tüp, dren, pansumanları varsa çıkarır. Temiz pansumanlarla yaralar kapatılır. Çenesi bağlanır. Bedenin düzgün kalması için ayak baş parmaklarının bağlanması gerekir. Cesedin ayağına adını gösteren kart bağlanır ve çarşafa sarılır. Sedyeye konarak morga gönderilir (Moody & Arcangel 2002; Black & Jacobs 1993).

ÖLÜMÜ YAKLAŞAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Ölümü yaklaşan hastada doğru yaklaşım, objektif veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme ile mümkündür. Bu amaca uygun olarak hastanın fiziksel incelemesi yapılır ve sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler belirlenir (Fuerst ve

ark.1979; Potter & Perry 1985; Black & Jacobs 1993; Tucker ve ark.1996; Bilge & Çam 2004; Gulanik & Myers 2007; Batmaz 2009) (Tablo 2).

Tablo 2: Terminal Dönemdeki Hastada Ortaya Çıkan Belirtiler

Gastrointestinal Sistem Belirtileri	Deri Bütünlüğü
* İştahsızlık	*Deride solukluk
* Disfaji	*Deride soğukluk
* Tat değişikliği/azalma	*Deride terleme
* Bulantı-kusma	Barsak Fonksiyonları
* Kilo kaybı	*Konstipasyon
* Assit	*Diyare
Solunum Sistemi	*Fonksiyonların yada kontrolün kaybı
*Solunum güçlüğü	Bilişsel Durum
*Cheyne –stokes solunum	*İnsomnia
Dolaşım Sistemi Ölüm öncesinde;	*Konfüzyon
*Nabızda hızlanma ve düzensizleşme	*Deliryum
*Postmortem Hypostasis	*Koma
Boşaltım Sistemi	*Hafıza değişiklikleri
*İnkontinas	Deri Kas İskelet Sistemi
*İdrar miktarında azalma	*Kaslarda gevşeme,
*Fonksiyonların yada kontrolün kaybı	*Hastanın hareketlerinde yavaşlama ya da hareket edememe.

Hemşirelik Tanısı 1: Taşipne, dispne,apne yada Chyne-stokes solunuma bağlı metabolik bozulmayı kompanze etme yada pulmoner bozulmaya bağlı Etkisiz Solunum Şekli.

Bulgu ve Belirtiler: Dispne,hırıltılı solunum,sekresyon atılımında yetersizlik.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta solunum gereksinimlerini kendi ihtiyaçlarına göre tanımlar ve solunum ihtiyaçlarının azaldığını ifade eder.

Girişimler:

Solunum güçlüğündeki girişimler aşırı gereksinimleri azaltmak ve destek olmayı içermektedir.

- Hemşire solunum güçlüğünün altında yatan nedenleri tanımlamalıdır.
- Hemşire inspirasyon ve ekspirasyonu azaltmak için hastaya uygun pozisyon verir.
- Hastanın odası havalandırılır.
- Anksiyeteyi azaltmak için gevşeme teknikleri öğretilir ve yapması sağlanır.
- Dinlenme ve egzersiz dönemleri düzenlenir, fiziksel aktivitelerde enerji birikimi için yardım edilir.
- Hasta ve yakınlarına evde güvenli oksijen kullanımı konusunda bilgi verilir.
- Dispne için genel semptomatik önlemler yanında ek oksijen desteği de yapılabilir. Oksijen miktarı 1-3 L/dk arasında değişirken, bu oran hastanın durumuna göre 6L/dk kadar çıkarılabilir. Oksijenin verilmesinde kanülün etkili olmadığı durumlarda maske kullanılabilir.

Hemşirelik Tanısı 2: Ölüm tehlikesi, ağrı, tehlikenin beklenmesi yada algılanması, uygun olmayan çevre, çevresel stresörler, destek sistemlerinden ayrılma, invaziv girişimler ve tedaviler, sensoryal yetmezlik, fobiler ve anksiyeteye bağlı Korku.

Bulgu ve Belirtiler: Korku yada anksiyete, hızlı solunum yada kalp hızında artma, pupillalarda daralma, huzursuzluk, aşırı uyanık olma yada dalgın olma.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta/bireyin ölüm ile ilgili korkuları saptanır, pozitif uyum mekanizmalarını uygulayabilir, korkunun azaldığını yada yok olduğunu ifade edebilir.

Girişimler:

- Hastanın korkularını açıklamasına ve soru sormasına izin verilir, aktif olarak dinlenir. Hastanın korkuları sadece ölüme ilişkin olmayabilir. Hastalar çoğu zaman arkada bırakacakları sevdikleri, yapamadıkları için de endişe ve korku taşıyabilmektedirler. Bu nedenle basit iletişim teknikleri kullanılarak bu duygunun kalıcı olmasının önüne geçilebilir. Burada hemşirenin öncelikle yapması gereken şey kendi korkularının farkına varmasıdır.
- Hastanın korkularını gidermede kullandığı uyum mekanizmaları saptanır.
- Sözlü ya da sözsüz olarak ifade edilen korku ile ilgili açıklamalar kayıt edilir.
- Hastanın korkularını gidermede umut duyguları sağlanır.
- Hasta yakınlarının, hasta ile birlikte zaman geçirilmesine fırsat verilir ya da bu fırsatların yaratılmasına olanak sağlanır.
- Hasta ile etkileşim sırasında bakımla ilgili açıklama yapılır, sakinliği sağlanır.
- Hastalar kendilerine bakım verenlerin rahatsızlığını hissedebilir, samimiyetten uzak, bilgi verilmeyen bakım verici davranışlar hastaları rahatsız edebilir, endişelendirebilir. Profesyonel hassasiyet/yaklaşım, bireysel yada kültürel konulara bütüncül ve gerçekçi yaklaşımda yol gösterici olacaktır.
- Aile bireylerinin bakım aktivitelerine katılımı ile ölüm sürecindeki umutsuzluk ve yalnızlık duygularının azalmasını sağlar.
- Hastanın dinlenme ve gevşemesi sağlanır. Dinlenme, hastanın enerji ve gücünün yeniden gözden geçirilmesini ve düzenlenmesini sağlar. Nefes alıp verme egzersizleri, gevşemesi, meditasyon yada hayal etme, takdir etme ve kendini sakinleştiren konuşma egzersizleri gibi gevşeme uygulamaları hastanın fizyolojik yanıtlarını (kan basıncı yüksekliği, nabzın artması, solunumun hızlanması) ve sıkıntı hissini azaltır, kendine güven duygusunu artırır.

Hemşirelik Tanısı 3: Beklenen ölümün yaklaşmasına bağlı Keder/ Üzüntü.

Bulgu ve Belirtiler: Yaşamındaki ve önemli kişilere yönelik kayıplar ile ilgili duygularını açıklaması, kızgınlık, öfke yada anksiyete duyguları, uyku, dinlenme, yeme alışkanlıkları, libido ve aktivite düzeyinde değişiklik.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta ölümlle ilgili duygularını açıklar, destek sistemlerini (aile, arkadaş v.b) kullanır.

Girişimler

- Hastanın yas süreci tanınır ve yas sürecini açıklamasına izin verilir. Ailenin bu dönemde duyguları tanınır. Yas süreci içinde duygu, düşünce ve beklentileri paylaşılır.
- Ailenin destek sistemleri (aile hekimi, konsültan hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, terapist gibi) ve bunu kullanma durumları saptanır. Aile ve bireylerine problem çözmede çok yönlü destek verilir.
- Hasta ve yakınları ile birlikte rahat bir iletişim ortamı sağlanır, duygularını paylaşmasına fırsat verilir, etkin dinlenir ve önerilerde bulunulur.
- Hastanın kızgınlık duyguları aile bireyleri ile paylaşılıp, bu duyguların bireysel olmadığı açıklanmaya çalışılır. Kızgınlık duygularının anlaşılıp kabul edilmesi uzun zaman alabilir ve bu konuda yardım gereksinimi bile olabilir.
- Hasta ve ailesine organ bağıışı, otopsi yapılması, fonlardan yardım alma v.b konularda kültürel, dini inançlarda doğrultusunda bilgiler sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 4: Terminal hastalık, geri dönüşü olmayan fiziksel çökkünlük, bağımsızlık kaybı ve invaziv sağlık bakım uygulamalarına bağılı Güçsüzlük.

Bulgu ve Belirtiler: Yaşamı etkileyen yada kontrol kaybına yol açan sözlü açıklamalar, karar vermeye katılımda azalma, aktivitelerin azalması, apati, depresyon, agresif ve irritabl, günlük yaşam aktivitelerine ilginin azalması.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hasta sağlık bakım kararlarına katılır, güçsüzlük duygusunun azaldığını ifade eder.

Girişimler

- Hastanın gücü ve kontrolü için gereksinimleri saptanır.
- Hastanın güçsüzlük, depresyon ve apati duyguları belirlenir. İşlemler sırasında hastaya açıklamalar yapılır, güven verilir.
- Hastanın enerji düzeyi ve yeterliliği saptanır. Yorgunluğu azaltma ya da gidermede enerjinin düzenli ve uygun kullanımı sağlanır.
- Hastanın yaşamının son günleri ile ilgili istekleri ve kararları öğrenilir. Terminal dönem öncesi hastanın vermiş olduğu yasal yada sözel istekler değerlendirilir, ailenin bu konuda yapabilecekleri öğrenilir, uygun kaynakları kullanma konusunda destek verilir.

Hemşirelik Tanısı 5: Terminal dönem, sevdiği birinden, kültürel ve dini inançlarından ayrılma, ağrı ve acı çekmeye bağılı Spritüel Distres.

Bulgu ve Belirtiler: Ölüm ve yaşamla ilgili sorular, umut kaybı, yalnız kalma, anksiyete, depresyon, ayrılık, korku yada kızgınlık.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Hastanın spritüel iyilik hali içinde olması ve saygın bir ölüm istemesi.

Girişimler

- Hastanın spritüel inançları ve dini uygulamalara yönelik tanılması yapılır.

- Hastalık ve ölümün anlamını, yas sürecini ve spiritüel distresini tanıyan sorular sorulur. Sağlık ekibi bu sorular ile hastanın zayıf ve güçlü yönlerini saptayarak rehberlik edebilir. Bu sorular;
 - *Sizin için hastalığınızın anlamı nedir?
 - *Allah ile olan etkileşiminiz, inançlarınız ya da güç kaynaklarınız yas sürecini nasıl etkiliyor?
 - *Sizin hastalığınız ve yasınız spiritüel inançlarınızı açıklamada nasıl etkilidir?
- Yaşamın sonlanması aşamasında; hasta ve ailenin duygularının anlaşılması, endişelerinin desteklenerek paylaşılması, bakım sırasındaki profesyonel yaklaşımlar kayıpla etkin baş etmeyi sağlar.
- Terminal dönemdeki hastaya bakım verme sırasında hastanın inanç sistemi, değerleri ön plana alınmalı, hemşirelerin inançlarına ters düşse bile, hastaların inançları ön plana alınmalı ve tarafsız yaklaşım ile bakım sunulmalıdır.
- Terminal dönemdeki hastaların aileleri ve yakınlarının (mümkünse) yanında kalmaları ve birlikte zaman geçirmeleri sağlanır.
- Farklı kültür ve gelenekten gelen hastaların ve yakınlarının geleneksel uygulama ve ritüelleri yapmasına ya da önemli eşyasını getirmesine olanak sağlanır, izin verilir.
- Ayrılışın anlamlı bir öyküsü olmasını isteyen hastalara sözel, yazılı ve video gibi görsel araçları kullanarak paylaşması konusunda fırsatlar sunulur.

HASTA VE AİLESİNE YAKLAŞIM

Ölüm süreci; hasta ve ailesinin emosyonel/ruhsal krizin yaşandığı bir dönem olabilir. Ölmekte olan hasta gibi, hasta yakınları ve ailede terminal dönem boyunca yası yaşayacağından desteklenmeleri ve terapötik girişimlerden yararlanmalarını sağlamak önemlidir (Akbayrak ve ark.2002; Gulanik & Myers 2007; Furest ve ark.1979; Potter & Perry 1985; Moody & Arcangel 2002; Bilge & Çam 2004; Black & Jacobs 1993). Bu nedenle hemşire, ailenin kederini tanımalı, etkin dinlemeli, basit ve yalın bir dille durumu açıklamalı, aile hastanın bakımına katılmalı, stresi azaltmaya yardım etmeli, ölmek üzere olan hasta genç yada çocuk ise ailenin ziyareti için zaman sunulmalı ve düzenleme yapılmalı, zor kararlarda aileye yardım etmeli, güven duygusu oluşturmali, yapılacak uygulamalarda hastanın dini inanışlarını dikkate almalı, ortam hazırlamalı, aile içinde değişecek roller konusunda danışmanlık yapılmalı, ailenin destek sistemleri gözden geçirilmeli ve destek gruplarına yönlendirilmelidir (Işıl & Karaca 2009; Tanhan & Arı 2006; Keskin 2005; Akbayrak ve ark. 2002; Fuerst ve ark.1979).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin hasta ve ailesine fiziksel bakım ve psikososyal destek sağlama sırasında etkili olabilmesi, etkin iletişim kurabilmesi için öncelikle kendi davranışlarına ilişkin bir iç görüş kazanması, konu ile ilgili sürekli okumaları, bilgilerini uygulamaya aktarmaları ve kendilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır. Hemşirelerin ölüm sürecindeki hasta ve yakınlarına etkili destek verebilmek ve iletişim sağlayabilmek

için; konu ile ilgili eğitim almaları, hizmet içi eğitim programlarında ölümü yaklaşan hasta ve aileler ile iletişim kurma becerilerine yer verilmesi gerekmektedir. Ülkemiz'de ölüm sürecindeki hasta ve yakınlarının bütüncül olarak gereksinimlerinin karşılandığı insanlık onuruna yakışan şekilde yaşama veda edilmesini sağlayan son dönem bakım evleri kurulması, gerek tıp gerekse hemşirelik programlarında terminal hasta bakımına yer veren eğitim programları oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanması, nitelikli sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi ve bakım modellerinin geliştirilmesi beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbayrak N, Sekmen K, Yıldız D (2002). Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelinin kapsayan holistik hemşirelik yaklaşımı. Sendrom, Temmuz, 128-132.
- Aksu T., Okçay H.(2010) Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:14,113-126.
- Bahar A (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 147-158.
- Batmaz M (2009). Ölümcül Hasta Bakımı Ve Ölüm Sonrası Uygulamalar. Ed. Sabuncu N, Ay F. Klinik Beceriler 1. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, 2009: 760-777.
- Bilge A., Çam O. (2004). Ölüm Sürecindeki Hastaya ve Yakınına Psikiyatri Hemşiresinin Terapötik Yaklaşımı.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi 20(2): 127-36.
- Black J., Jacobs E (1993). Spirituality.Chapter 6.Lucmann and Sorenson's Medical-Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach, Fourth Edition, W.B Saunders, USA,93-102.
- Çam O., Bilge A.,Keskin G.(2010).Gidenler Ve Geride Kalanlar:İnsan Yavrusu Ve Ölüm Yarasını Sarmak.Dilan Matbaası,Birinci Basım,İzmir
- Dik A (2005).Terminal Dönem Hastaya Yaklaşım Hemşirelik Forumu, Temmuz/ Ağustos, 2005; 59-60.
- Ersoy R (2002) Türkler'de Ölüm ile ilgili Rit ve Ritüeller Milli Folklor, 54: 86-101.
- Fuerst E., Wolff L., Weitzel M (1979). Upcoming Death of Patient Care. Hemşireliğin Temel İlkeleri.Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 2, İkinci Baskı, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1979; 369-373.
- Friedman R, James J (2008).The Myth of the Stages of Dying, Death and Grief. Skeptic.14(2), 37-41.
- Gulanik M., Myers J (2007). Death and Dying:End Life Issues.Nursing Care Plans.Nursing Diagnosis and Intervention.6th Edition.USA, Mosby & Elsevier Company, St Louis, 1131-1140.
- Işıl Ö., Karaca S (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(1): 82-87.
- İnci F, Öz F. 2009; Effects Of Death Education On Nurses' Death Anxiety, Depression Regarding Death, And Attitudes Towards The Dying Patient. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10(4): 253-260.
- Karaca F (2000). Ölüm Psikolojisi. Beyan yayınları, İstanbul, 35-40.
- Keskin Ü (2005). Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21(2): 125-134.
- Koç Z., Sağlam Z (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(1): 1-10.
- Koç M (2002). Ölüm Korkusu üzerine Kuramsal Açından Psikolojik Bir Değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2002; 6: 7-20.
- Moneymaker K (2005). Understanding the Dying Process: Transitions during Final Days to Hours. Journal of Palliative Medicine. 8(5): 1079.
- Moody R., Arcangel D (2002).Grief Carriers Strong Emotions. Conquering Grief and Finding Hope. Harpersan San Francisco, A Division of Harper Colins Publishers, Newyork, 1 st Ed, 36-56.

- Özaltın G., Işıl Ö (1997). Önlisans Hemşire Öğrencilerin Ölümüne İlişkin Yaklaşımlarının İncelenmesi Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 5: 10-15.
- Periyakoil V., Hallenbeck J (2002). Identifying and Management Preparatory Grief and Depression at the End of Life. American Family Physician, 1,65(5): 883-90.
- Penson R., Patridge R., Shah M, et al (2005). Fear of Death. Oncologist, 10: 160-169.
- Potter P., Perry G (1985). Loss, Death, and the Grieving Process. Chapter 46, Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice. Mosby Company, 1305-1323.
- Puchalski C (2002). Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. Journal of Palliative Medicine. 5(2): 289-294.
- Sezer S, Kaya P (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 13: 151-165.
- Stewart A., Teno J., Patrick D., Lynn J. The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care. Journal of Pain and Symptom Management 1999; 17(2): 93-108.
- Suyolcu S (2006). Çocuklarda Yas Dönemi. Rehberlik Araştırma Merkezi Müdürlüğü Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Bülteni, No: 42.
- Tanhan F., Arı F (2006). Üniversite öğrencilerinin ölümüne verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. 3(2): 34-43.
- Tucker S., Canobbio M., Paquette E., Wells M (1996). Care of The Dying Patient. Patient Care Standards. Collaborative Practice Planning Guides. Von Hoffman Press, Inc. Mosby Company, 6th Ed. 57-59.
- Türk Ü., Alp R (2001). Ölüm Öncesi Hasta Bakımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 12(1-3), 116-119.

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA PSİKOSOSYAL SAĞLIK VE HASTALIK UYUMU

PSYHOSOCIAL HEALTH AND ILLNESS ADJUSTMENT IN PATIENTS UNDERGONE MYOCARDIAL INFARCTION

Arş.Gör. Sevgi NEHİR Prof.Dr. Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Çalışma 24-26 Haziran 2010 tarihinde IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde Poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Fiziksel, psikolojik ve sosyal değişkenler hastalığa uyumu etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların hastalığa uyumu ise, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, sosyokültürel özellikleri, psikososyal stresörleri, hastalıkla ilgili olumsuz duygular, baş etme yöntemleri, geçmiş deneyimleri, yaşam tarzı, kalıtsal özellikleri, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türü, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın uyumunu, bakımını, tedavi süresini ve masraflarını etkileyebileceği gibi, hastalığın seyrini mortalitesini ve morbiditesini de olumsuz etkilemektedir. Kalp hastalıklarında ve özellikle de Miyokard İnfarktüsünde (MI) psikiyatrik komplikasyonlar çok fazla gelişmektedir. Miyokard infarktüsünde ölüm ve beden imajına tehdit deneyimleyen bireylerde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası hastalar tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. Hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunların gelişimi, bireylerde geçici ya da sürekli uyum bozuklukları gözlenebilir. Literatür gözden geçirildiğinde, hastaların ruh sağlığını; benlik saygısı, stres, sosyal destek, psikolojik destek, duygusal sorunlar, fiziksel ve psikolojik yeterlilik durumu, hastalığa yönelik algılar, baş etme yöntemleri, sağlık profesyonelleriyle ilişkiler ve işbirliği gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir. Makalede Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda hemşirelerin destekleyici girişimleri uygulanabilmesi için; Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların ruhsal durumunu etkileyen etmenleri, psikososyal uyumlarının ve sorunları ile baş edebilme yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik yaklaşımlara yer verilmiştir.

Anahtar Kelime: Miyokard İnfarktüsü, Ruh Sağlığı Hemşireliği, Psikososyal Sağlık, Hastalık Uyumu

ABSTRACT

Physical, psychological and social variables influence adaptation to disease. Psychological disease-adaptation affects all the factors related to disease and treatment. Similarly, psychological disease-adaptation may affect the course of disease favorably or adversely. Also patients' disease-adaptation may vary depending on individual's personality, physical and psychological strength, socio-cultural characteristics, psycho-social stressors, negative feelings about disease, coping methods, previous experiences, life-style, hereditary features, support received from family members, type of disease or loss and the approach of therapy team to patient. The mental and behavioral problems level that accompany physical diseases affect patient's adaptation, care, such as length and affect cost of treatment, course of disease, mortality and morbidity adversely. Cardiac diseases and especially myocardial infarction (MI) are psychiatric complications develop a lot. In myocardial infarction, psychological problems as well as serious physical problems may appear in individuals who suffer from a threat for death and bodily image. Individuals, along with their personal characteristics, are influenced from such factors as depression, anxiety, stress, need for information related to disease, to manage disease under control and need for social support. After myocardial infarction medical therapy, self-care, restricted physical activity and increase in disease-related expenditures may cause patients to experience anxiety and depression. Development of psychiatric problems such as anxiety or depression and continuous adjustment disorder may be seen in patients. When literature was reviewed it was reported that patients' mental health was influenced by factors such as self-respect, stress, social support, psychological support, emotional problems, status of physical and psychological efficiency, perceptions toward disease, coping strategies, relationships with health professionals and cooperation. In order for nursing supportive approaches can be applied for patients undergone myocardial infarction, the article was involved the factors affecting patients' mental conditions and the approaches toward developing skills to cope with psycho-social adaptation and problems.

Key Words: Myocardial Infarction, Mental Health Nursing, Psychosocial Health, Adaptation

GİRİŞ

Günümüzde kronik hastalıklar, beklenen yaşam süresinin artması, hızlı kentleşme, yaşam süresinde yaşanan stresler nedeniyle daha da önemli hale gelmiş, bütün ülkelerde bireyi etkileyen önemli sağlık sorunu olmuştur (Canlı 2002, Sakin 2007). Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın uyumunu, bakımını, tedavi süresi ve masraflarını etkileyeceği gibi, hastalığın mortalitesini ve morbiditesini de olumsuz etkilemektedir. Bireylerde geçici ya da sürekli uyum bozuklukları gözlenebilir. Bireylerin hastalığa karşı tepkileri ve uyumları değişik olabilir. Hastalığın birey üzerindeki, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türüne, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir. Dahili hastalıklarda depresyon ve anksiyeteye sık rastlanır (Durademir 1993, Özkan 1993, Erdine, Turfaner 2008).

Kalp hastalıkları 20. yüzyılın başlarında tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmış ve 21. yüzyılın başından itibaren kalp hastalıkları gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (Stovsky 1992, Sakin 2007). Dünya çapında kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin 2020 yılında 1990 yılına oranla erkeklerde %100, kadınlarda %80 oranında

artacağı düşünülmektedir. 2020 yılında 25 milyon insanın kalp hastalıkları nedeniyle öleceği ve Koroner Arter Hastalıklarının (KAH) dünyada en yaygın ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir. Bunun anlamı her üç ölümden birinin kalp hastalıklarına bağlı olacağıdır (World Health Report 2002). Gelişmekte olan ülkelere oranla ülkemizin genç bir nüfus ortalamasına sahip olması nedeniyle kardiyovasküler risk faktörlerinin dağılımı diğer gelişmekte olan ülkelere kıyasla belirgin farklılıklar göstermektedir. Türk halkının %65'inin şehirlerde yaşaması hızlı endüstrileşmenin olumsuz (sigara içimi ve hayvansal yağdan zengin besin yeme alışkanlıklarında artma, sedanter yaşam vb.) etkileri sonucunda gelişmiş ülkelere benzer oranlarda ve sıklıkta kalp hastalıklarına bağlı ölüm gözlenmektedir. Ancak yaş gruplarına göre kalp hastalıkları incelendiğinde Avrupa'ya göre Türkiye'nin daha genç gruplarda daha yüksek kalp hastalıkları oranlarına sahip olduğu görülmektedir (Onat 2001, Sakin 2007, www.tkd.org.tr).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN RİSK ETKENLERİ

Kalp hastalıkları ve özellikle de akut Miyokard İnfarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Miyokard infarktüsünde ölüm ve beden imajına tehdit deneyimleyen bireylerde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Özkan 1993).

Kalp hastalıkları psikososyal durum ve psikiyatrik patoloji ile iki yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ani ölüm ya da hastalığın getirdiği tehdit yaygın olarak anksiyete, disfori ve depresyona neden olur. Bunun tersi de doğrudur. Majör depresyon, panik bozukluğu ve akut anksiyeteden; sosyal destek azlığı, düşük gelir düzeyi ve öfkeye kadar değişen bir çerçevede çeşitli psikososyal etmenler kardiyak bozukluklarla ilişkilidir. Buna ek olarak, aynı belirtiler birincil olarak psikiyatrik ya da birincil olarak kardiyolojik durumların habercisi olabilir. Panik atağı göğüsünde bir rahatsızlık olarak ortaya çıkabileceği gibi, kardiyak iskemi de akut anksiyeteyi taklit edebilir (Yazıcı 2003). Bu nedenle psikolojik durum ile kardiyak patofizyoloji arasındaki ilişkinin farkında olmak gereklidir.

Miyokard infarktüsü nedenleri ve tedavisi hakkında Framingham Kalp Araştırması çalışmasında, katılan 5209 kişi, aile yapıları, sigara içip içmedikleri, kiloları, kolesterol seviyeleri, kan basınçları, aile ve sosyal ilişkileri dahil olmak üzere onlarca faktör açısından uzun yıllar boyunca takip edilmişlerdir. Sonuçlar, başta kolesterol olmak üzere kan yağlarındaki yüksekliğin, sigaranın, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi rahatsızlıkların MI riskini arttırdığını göstermiştir (Kınikoğlu 2009). Tip A davranış örüntüsü, öfke, depresyon, anksiyete, sosyal destek azlığı ve düşük sosyoekonomik düzey gibi birtakım etkenlerin koroner arter hastalığının ortaya çıkışı ve MI'ne neden olduğu belirtilmektedir (Yazıcı 2003, Özer 2009, Ariyo et al. 2000, Ferretich et al. 2000).

Hastaların MI sonrası cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma yaşadığı belirtilmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası cinsel disfonksiyon prevalansı %50-75 olarak tespit edilmiştir (Yıldız, Pınar 2004). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından

yapılan bir araştırmada Mİ geçiren erkek hastaların %44'ünde erektil disfonksiyon saptanmış ve bunun organik nedenleri arasında %53 oranında arteryel hastalık bulunduğu ortaya konulmuştur (www.tkd.org). Literatürde Mİ sonrası cinsel disfonksiyonun çoğunlukla psikolojik kaynaklı olduğu ve genellikle hastaların cinsel aktivite sıklığında ve tatmininde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Drory 2000). Cinsel aktivite sıklığındaki azalma nedeni olarak daha çok yeni bir Mİ geçirme ve ölüm korkusu gösterilmektedir (Yıldız, Pınar 2004). Araştırmalar kalp hastalarının çoğunda mevcut olan "seks esnasında Mİ geçirme korkusunun" ereksiyon sorununa neden olabildiğini göstermektedir (Kınıkoğlu 2009).

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda sağlık durumundaki değişmelere paralel olarak anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olabilmektedir (Lesperance et.al.1996, Dickens 2006, Penninx 1998). Miyokard infarktüsü geçiren hastaların çoğu son zamanlarda büyük üzüntü çektiklerinden veya çok stresli günler geçirdiklerinden bahsedebilirler. Büyük bir mali kayıp, işten ayrılma, ödenmesi zor bir borç yükü, bir yakının kaybı gibi depresyona giden tüm duygusal stresler ani tansiyon yükselmeleri veya damar spazmları yaparak Mİ'ne davetiye çıkarır. Üzüntünün kalp damarları içindeki yağlı plakların yırtılması dışında başka bir mekanizmayla ani kalp yetmezliğine neden olduğu gösterilmiştir. Göğüs ağrısı ile birlikte nefes darlığı ve kardiyojenik şok ortaya çıkmaktadır (Bankier, Littman 2002, Kınıkoğlu 2009).

Mİ'nü tetikleyen diğer aşırı yüklenmeler aşırı sıcağa maruz kalmak, uykusuzluk, aşırı yemek yemek, özellikle alkol ile birlikte yemek yemek, depresyon, sel, yangın gibi, doğal afetlerin korku ve endişeyi tetikleyerek Mİ neden olduğu bilinmektedir. Öfke atağından sonraki iki saat boyunca Mİ geçirme riskinin 14 misli arttığı bildirilmiştir. Soğuk havanın kalp ağrısına neden olduğu, yaşlılarda ise ağır gribal enfeksiyonların Mİ tetiklediği bilinmektedir (Kınıkoğlu 2009).

Ayrıca ağır gribal enfeksiyonlar yaşlılarda Mİ tetikleyebilir.

Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası hastalar tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. Anksiyete herhangi bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan duygusal bir durumdur. Bu nedenle, Mİ geçiren bireylerde de anksiyete beklenen bir tepkidir. Anksiyete Mİ'nün erken dönemlerinde ortaya çıkabilir; çünkü birey yaşamını tehdit eden bu ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hisseder (Dickens 2006). Böyle bir duygulanım süreci yaşayan bireyler, daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir. Stres ve anksiyetenin etkileri nedeniyle kişinin kardiyak fonksiyonları yeterli ise kalbin atım hacmi ve kardiyak debisi artar, kan basıncı yükselir. Ancak, Mİ geçiren bir hastanın kalbi, stresin neden olduğu bu yükü karşılamakta yetersiz kalabilmektedir (Penninx 1998, Özer 2009).

Amerika'da sağlıklı topluluk üzerinde yapılan çalışmaları konu alan derlemelerde Mİ oluşumu ile endişe arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Dickens 2006, Başar, Vural 2006). Koroner kalp hastalığı olanlarda endişe sıklıkla karşılaşılan, semptom

ve yeti yitimini arttıran, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olan ve hastaneye tekrar yatışları belirleyen bir durumdur (Başar, Vural 2006). Ayrıca endişe ilişkili göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve çarpıntı gibi semptomlar kalp hastalığının semptomları ile örtüşebileceğinden anksiyetenin tanı ve tedavisine özel önem verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Kubzansky 1998, Başar, Vural 2006).

Hastalar MI sonrası endişeli ve önemli oranda stres içindedirler. Hastalar göğüsleri üzerinde baskı uygularlar veya ovuştururlar, soğuk terleme ve deri soğukluğu olabilir (Özkan, Baykal 2001). Hastalar da ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, hastalığın nedeni ve prognozundan emin olmama, beden imajına yönelik tehditler görülebilmektedir (Durademir 1993). Miyokard infarktüsü geçiren hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmeye güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşılaşabilmektedir. MI sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlemekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşanabilmektedir (Kınikoğlu 2009, Canlı 2002). Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşamaktadır. Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres yaratıcı, krize neden olacak etkisi ile ilgili çalışmalar MI'nün en ciddi zorlanma yapan hastalıklardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. MI bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmiş; yaşam amaçları, cinselliği tehdit altında veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünür (Özkan 1993, Canlı 2002).

Bu aşamada hastalar en çok kısıtlanmaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, 2. günde inkar ve tedaviyi reddetme, 3. ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır. Göğüs ağrısı yakınması ve MI şüphesi ile koroner bakım ünitesine yatırılan bir hastada kaydedilen davranış kalıpları, anksiyete-inkar-depresyon şeklinde bir seyir izlemektedir. Yatışı takiben anksiyete ve ölüm korkusu en üst noktadır. Anksiyeteli hastada otonom sinir sistemi aktivitesi bozulmuştur. MI geçiren bir hastadaki ileri anksiyete, koronerlerin beslenmesini olumsuz etkiler, MI komplikasyonlarının daha da artmasına neden olur. Psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin kalitesini arttıran psikososyal bir hizmet değil, her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen bir klinik tıp hizmetidir (Katon 1995, Keeling 1995, Hoeman 1996, Güneş 2002).

Öfke hafif sinirlilik halinden tam bir hiddetlenmeye kadar gidebilen hissi bir deneyimdir. Düşmanlık ise kişilere zarar verme ya da eşyaları tahrip etme şeklinde saldırgan davranışı teşvik eden tavır şekli olarak tanımlanır. Öfke/düşmanlık sempatik sinir sisteminin süregelen aşırı uyarılması ile ilişkili olup artmış sempatik aktivite arteriyel büzüşme, yüksek kalp hızı ve kan basıncını arttırır (Başar, Vural 2006). Bu yüzden bazı kişilik özellikleri, kalp hastalıklarına yakalanma ve MI geçirme riskinin aynası

gibidir. Aşırı öfke ve kızgınlık, vücuttaki adrenalin hormonunun artmasına ve kalp damarlarının zarar görmesine neden olur. Kızgınlık sonucu tansiyon yükselir, nefes daralır, kalp atışı hızı artar, damarlar sağlanan hormonlarla kasılır ve kalbe daha az kan gider. Liderlik ruhuna sahip kişiler, zamana karşı hep bir yarış içindedir ve zihinleri hep işle meşgul olduğu için, genellikle eve iş götürürler. Çabuk sıkılmak ve aynı görüşleri paylaşmadıkları insanları iknaya çalışmak, ortak özellikleridir. Nadir tatile çıkarlar ve aceceliliklerinden dolayı, genelde gergindirler. Mükemmeliyetçi ve titiz yapılarından dolayı hataya tahammülleri yoktur. Başarının tadını yakalayıp gevşeyemedikleri için sürekli kas ağrısı çekerler. Buna çoğu kez baş ağrısı da eşlik eder. Bu tip kişilerin kalp hastalıklarına yakalanma ve Mİ geçirme riskleri çok yüksektir; ama hayata bakışları nedeniyle Mİ geçirseler de krizden sonra yaşama şansları yüksektir (Başar, Vural 2006).

Yine kötümser, üzgün yapılar Mİ'ne zemin hazırlar olaylara hep kötümser yaklaşan, üzgün ve depresyondan kurtulamayan kişilerdir. Bardağın hep boş yarısını gördükleri için kolaylıkla ruhsal çöküntü içine girip yaşama sevinçlerini kaybedebilirler. İçinde buldukları sıkıntı, üzüntü ve kederli hal, özellikle kalp sağlıklarını olumsuz etkileyerek, kalp hastalıklarına ve Mİ'ne zemin hazırlar. Bu kişilerin Mİ geçirdikten sonra iyileşme süreleri uzar. Çünkü içinde buldukları ruhsal durum kolay iyileşmelerine engel olur (Başar, Vural 2006).

Depresif ruhsal değişikliklerin tanınması beklenen bir olay için uyarı olabilir ve uygun kardiyovasküler tedavinin başlamasında etkili olabilir. Mİ de tetikleyici rol oynayan emosyonel stresin etkisi ile ilgili olan bazı mekanizmalar vardır. Kardiyovasküler riskin arttığı sabah periyotlarında; tanımlanmış olan bazı psikolojik değişikliklerin kan basıncını, kalp hızını, damar tonusunu arttırdığı kabul edilmektedir. Stres kalp hızı ve kan basıncında önemli bir artışa neden olarak miyokard oksijen talebini artırabilir ve damar yapısının bozulmasına yol açabilir (Kınıkoğlu 2009).

Stresle kalp hastalığı arasındaki ilişki konusunda Mayo kliniği, kardiyak rehabilitasyon programına başlayan 400 koroner arter hastası üzerinde bir araştırma da psikolojik stresi yüksek olan hastalarda, diğer hastalara göre Mİ geçirme olasılıklarının yüzde 20 daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Cicala 1997). Stres kişinin koroner hastası olma olasılığını arttırmakla kalmayıp, hastalık ortaya çıktıktan sonra da hastalığın ilerlemesine yol açtığı belirlenmiştir. Koroner arter hastalarında stres döneminde anjina semptomların arttığı ve bu dönemlerde Mİ geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Cicala 1997).

Dışa dönüklük ve nörotik davranışlar koruyucu etki gösterir ve riskte %40 azalmaya neden olurken, fazla yorgunluk, enerji azlığı, uyku bozuklukları gibi vital bozukluklar, depresyon ve Mİ anksiyetesi ölüm riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Mİ riskinden sonra depresyonun tanımlanması ve tedavisi önemlidir. Çünkü psikososyal müdahaleler kardiyak mortalitede %41 azalmaya neden olurken, 5 yıl boyunca kardiyak olaylarda %46'lık bir azalmaya yol açmaktadır (Özkan, Baykal 2001).

New Orleans'daki Ochsner Kliniğinde 1990'ların başlarında yapılan bir çalışmada; depresyondaki hastaların, depresyonda olmayanlara göre tekrar hastaneye yatırılma ya

da ölme olasılıklarının daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu çalışma aynı zamanda, kardiyak rehabilitasyon programındaki depresyondaki hastalarda kardiyak riskin azalmakla kalmayıp, programın tamamlanmasından sonra depresyonun şiddetinde azalma görüldüğünü kanıtlamıştır (Cicala 1997).

Yine son yıllarda yapılan çalışmalarla psikolojik faktörlerden depresyonun miyokard infarktüsü ve kardiyovasküler mortalite açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu düşüncesi sağlam bir zemine oturtulmuştur (Lesperance 1996, Ferketich et al 2000, Ariyo et al 2000). Depresyon yanında öfke/düşmanlık ve süregelen anksiyete gibi psikolojik faktörlerin de koroner arter hastalığı gelişim ve seyri ile ani ölüm riskini arttırdığı belirtilmektedir (Kubzansky et al 1998, Smith, Ruiz 2002, Pignalberi et al 2002).

Ülkemizde psikolojik kökenli rahatsızlıkların oranı da oldukça yüksek olup bir çalışmada Türk toplumunda depresif semptom oranı %20, klinik (major) depresyon prevalansı ise %10 bulunmuştur (Vural, Acer 2005b). Amerikan toplumu genelinde majör depresyon prevalansı ise %5'in altında kabul edilmektedir (Vural, Acer 2005b). Türk toplumu genelinde %10 olan major depresyon oranı Kırşehir ilinde akut koroner sendrom tedavisi gören hastalarda kardiyak olayın üzerinden en az sekiz ay geçmiş olmasına rağmen %35,8 olarak saptanmıştır (Vural, Acer 2005a). İlginç bir şekilde ülkemizde depresyon gibi kardiyovasküler hastalık prevalansı da ciddi boyutlardadır (Vural, Acer 2005a).

Depresyon ve koroner arter hastalığının birbirini karşılıklı etkilediği bilindiğinden ülkemizde bu iki hastalığın prevalansı ile ilgili tespit edilen yüksek oranların tesadüf olmadığı düşünülebilir. Başka ülkelerde bu düşünceden hareketle koroner arter hastalığı olanlarda psikolojik faktörlere davranışsal ya da ilaç tedavisi yolu ile müdahale denenmiştir. Bu çalışmalarda sağkalım üzerine etkili bir antidepresan ajan gösterilemese de bu tür yaklaşımlar hastanın çektiği acıyı dindirmesi ve bazı kardiyak parametrelere olası pozitif etkileri açısından önerilmektedir (Thoresen 1997, Glassman 2002, MacMahon, Lip 2002).

Yapılan olgu çalışmalarından birinde MacMahon ve ark. kalp yetersizliği hastalarının psikolojik yönlerinin son yıllarda artan ilgiye rağmen ihmal edildiğini belirtmektedir. Bunun yanında araştırmacılar, kalp yetersizliği hastalarında ortalamanın üzerinde bir depresyon düzeyinin olduğunu, aşırı anksiyete ile karşılaşmadığını, sosyal destek ve hastalıkla mücadele tarzının hastalığın sonuçlarını olumlu etkilediğini bildirmişlerdir. Depresyonun kalp yetersizliğinin derecesi ile ilişkili olduğu, hastaneye tekrar başvuruları öngördüğü ve mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği sonucuna varılmıştır (Stovsky 1992).

Yapılan olgu çalışmasında kalp hastalığının fizyolojik anlamda iyileşmesi sonrası psikolojik açıdan da ilaç tedavisi uygulanmasına rağmen depresyon, anksiyete ve panik seviyesi ileri düzeyde bulunmuştur. Antidepresan ilacın dozunun artırımı sonrası ise, bu bulgularda ancak kısmi bir düzelme sağlanabilmiştir. Buna rağmen hastanın şikayetleri ve hastaneye başvurusunda önemli ölçüde azalma kaydedilmiştir. Ayrıca bu olguda antidepresan ilaç kullanmaya çok zor ikna olan hasta antidepresan

tedavinin etkisini gördükten sonra şikayetlerinin psikolojik kökenli olabileceğine inanmıştır (Başar, Vural 2006).

Yapılan diğer bir olgu çalışmasında kısa bir zaman diliminde iki kez akut MI kaydedilmesi anksiyete bozukluğunun MI gelişimine katkıda bulunduğunu düşündürmüştür. Tıbbi tedavi altında koroner arter hastalığı açısından belirgin şikayeti olmayan hastada anksiyetenin alevlenmesi sonrası miyokard infarktüsü gelişmiştir. Olguda da ilacın olumlu etkilerini gördükten sonra kendisinin önceki şikayetlerinde psikolojik faktörlerin önemli olabileceğine kanaat getirmiştir (Başar, Vural 2006).

Ayrıca, yakın arkadaşlıkları ya da dostlukları olan insanlarda, olmayanlara göre MI geçirme olasılığı daha azdır. Örneğin, evli insanlarda, bekar insanlara göre kalp hastalığı görülmesi olasılığı, çok az bir oranda olsa da, daha azdır. Yapılan çalışmalarda, yakın akrabalarıyla aynı şehirde yaşayan insanların kalp hastası olma olasılığının daha az olduğu iddia edilmektedir. Aynı şekilde, yakın dostluklar kurabilen ve aktif bir sosyal yaşamı olan insanların daha az MI geçirdikleri belirtilmektedir (Cicala 1997, Burg 2005, Taylor 2003).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI RUH SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK HEMŞİRENİN İŞLEVLERİ

Psikososyal açıdan risk taşıyan hastaların tanınması, kardiyak yönden daha fazla risk taşıyan hastaların belirlenmesine ve gerekli girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacak bir girişimdir. Psikolojik faktörlerin Koroner Arter Hastalığı, Miyokard infarktüsü gelişim sürecine birçok noktadan katılma olasılıkları bulunduğundan Miyokard infarktüsünü önlemek ve hastalığın seyrini iyileştirmek için olumsuz psikolojik faktörleri değiştirmenin önemi artmaktadır.

Yapılan araştırmalarda kalp hastalıklarında tek başına standart risk faktörlerine odaklanan yaklaşımların başarılı olmadığı görülmüştür (Özkan 1993, İncesazlı 2008). Bunun nedeni, hastalığa neden olabilecek olan psikolojik faktörlerin göz önünde bulundurulmamış olması olabilir (Özkan 1993, İncesazlı 2008). Bu nedenle kalp hastalıklarında olumsuz psikolojik faktörler göz ardı edilmeyerek, gerekirse davranışsal ve ilaç tedavisi için psikiyatrik konsültasyondan yararlanılmalıdır.

Miyokard infarktüsü tedavi, bakım ve hastalığa yönelik eğitimle kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin, MI'ne yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması, stresle baş etme, öfke kontrolü gibi konularda eğitim programları düzenlemesi, MI geçiren bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ve anksiyetelerini azaltabilmektedir (Dickens 2006, Özer 2009). Hemşirelerin düzenlemiş olduğu psikoeğitim programları hem tedaviye hem de rehabilitasyona hizmet etmiş olur (Walsh 2010). Psikoeğitimde, hastaların güçlükle başa çıkmalarında sosyal ve kaynak desteği geliştirmelerine ve zorlukla uğraşırken başa çıkma becerileri geliştirmelerine yardımcı olarak onları hayatta karşılaşacakları zorluklar konusunda eğitmeye odaklanır (Griffiths 2006). Psikoeğitimle; hastaların hastalığı ile ilgili anlayışlarını değiştirme, hastalık

hakkındaki hislerini araştırma ve ortaya çıkarma ve konuyla ilgili sorun çözme becerileri geliştirmede destek sağlanmaktadır (Walsh 2010).

Miyokard infarktüsü gelişimini korumada amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek tedaviye uyumu sağlamaktır. Bu amaç çerçevesinde hemşire; saptanan hedeflere ulaşmasında yardımcı olmak için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya eğitim ve danışmanlık sağlar (Stovsky 1992, Tokem 1999).

Miyokard infarktüsünü deneyimleyen hastanın temel bakım ilkelerinde temel amaçlar şunlardır:

- MI risk faktörleri konusunda danışmanlık hizmeti sunulması,
- Fizyolojik ve psikolojik iyilik durumunun sürdürülmesinde gereksinimlere yönelik rehberlik edilmesi,
- Uyum kapasitesi ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesinde emosyonel destek verilmesi,
- Hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da baş etmesi için hastaya gerekli bilgilerin verilmesi,
- Hastaların zorluklarla başa çıkmada sosyal ve kaynak destekleri geliştirmelerine,
- Yaşadıkları zorluklarla uğraşmada başa çıkma becerileri geliştirmelerine,
- Duygusal destek geliştirmelerine,
- Hastaların hastalıkla ilgili olumsuz tutumlarını ve inançlarını değiştirmelerine,
- Hastalık hakkındaki hislerini araştırma ve ortaya çıkarmalarına,
- Sorun çözme becerileri geliştirmelerine,
- Gösterdikleri tepkileri fark etmelerine, tanımlarına ve tanımlamalarına,
- Hastalığa uyum sağlamalarına,
- Psikiyatrik belirtilerin erken tanınarak erken yardım alabilmelerine,
- Yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerini desteklemektedir.

Bunlara ek olarak, öncelikle baş etme yöntemlerini geliştirme konularında eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması için bu hastalara özgü psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; “gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar ortaya çıkan “duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alır (Kocaman 2005, Alaca 2008).

Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde, hemşirelere büyük rol düşmektedir. Hemşireler, hastadan kapsamlı bir anamnez alarak, ayrıntı ve ipuçlarını yakalayabilen gözlem yönü ile hastalığın etyolojisinde, tanı-tedavi protokolünde ve hastalığın prognozunda yönlendirici niteliğinde olabilmektedir. Psikiyatrik tedavi ve bakım

sadece yaşam kalitesini ve bakım hizmetlerinin kalitesini arttıran psikososyal bir hizmet değil; her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu etkileyen klinik hizmetidir (Kocaman 2005).

SONUÇ

Miyokard infarktüsü sonrası psikososyal açıdan risk taşıyan hastaların tanınması, daha fazla risk oluşmadan hastaların belirlenmesine ve gerekli girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacaktır. Bu psikososyal risk etkenlerine yönelik girişimlerin, kalp hastalıkları sürecini nasıl etkilediği ise araştırılması gereken bir konudur.

Psikiyatri hemşiresinin, Mi sonrası bireyin yeni yaşamında davranışsal uyumunu desteklemesi, bütüncül hasta bakımı vererek, hastaların yaşadığı duyguları anksiyete, depresyon, öfke gibi sözel ve sözel olmayan belirtilerini değerlendirmesi gereklidir. Hemşireler, iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu, düşünce, algı ve korkularını sözel ifade etmesi için hastasını cesaretlendirmeli, dinlemeli ve gerektiğinde yönlendirmelidir. Hastanın endişelerini ortaya koyabilmesi için, sorular sormasına olanak sağlamalı ve güven ortamı oluşturmalıdır. Hasta hemşire arasında oluşacak güven, zamanla hastaların ruhsal sıkıntısının azalmasına neden olur. Bu yüzden psikiyatri hemşiresi; hastaya motivasyon ve duygusal destek sağlamalı, hastanın ihtiyacı olan girişimleri ve hedefleri geliştirmesine yardım etmelidir. Sonuç olarak psikiyatri hemşiresi koordinatör, bakım veren, eğitimci ve danışman olarak görev yapar hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada multidisipliner ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak işlev görür. Psikiyatri hemşiresinin bu işlevi ise psikiyatri hemşireliğinin özelleşmekte olan, yeni bir alanı olarak, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin gelişmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Alaça Ç. (2008) Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Duyulan Gereksinimin İncelenmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, et al. (2000) Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality at elderly Americans. *Circulation*; 102: 1773-1779.
- Bankier B, Littman A.B. (2002) Psychiatric Disorders and Coronary Heart Disease in Women-A Stili Neglected Topic: Reviewv of the Literatüre from 1971 to 2000; *Psychother Psychosom*: 71(3).
- Başar E, Vural M. (2006) Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? – Derleme, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*; 6: 55-9.
- Burg MM, Barefoot J, Berkman L et al. (2005) Low Perceived Social Support and Post-Myocardial Infarction Prognosis in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial: The Effects of Treatment, *Psychosomatic Medicine* 67:879–888-879.
- Canlı ÖZ. (2002) Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde McCorkle ve Young'ın Semptomlardan Rahatsızlık Duyuma Ölçeği ve Ferrans ve Powers'ın Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmasının Yapılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Cicala SR. (Ed) Tümer G. (1997) Kalp Hastalıkları, Medico Graphics Ajans Matbaacılık; HYB Yayıncılık, Ankara.
- Dickens CM, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al.(2006) Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *Br J Psychiatry* Oct;189:367-72.
- Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. (2000) Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*; 85: 1283-7.

- Durademir AB. (1993) İlk kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Erdine S, Turfaner N. (2008) Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart, s:143-146 .İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Ferretich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. Arch Intern Med; 160: 1261-1268.
- Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. (2002) Sertralin treatment of major depression in patients with acute myocardial infarction or unstable angina. JAMA; 288: 701-709.
- Griffiths, CA. (2006) The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. International Journal of Psychosocial Rehabilitations, 11 (1), 21-28.
- Güneş N, Sevim M, Özden S. (2002) Akut Miyokard Enfarktüsü Sonrası Depresyon ve Anksiyete Sıklığı, Türk Aile Hekim Dergisi, 6(2):69-72.
- Hoeman SP. (1996) Rehabilitation Nursing Process and Application, Second Edition, Mosby-Year Book, Inc, s; 361-384.
- İncesazlı B.S. (2008) Koroner Hastalığı Olan Bireylerde ve Eşlerinde Öfke, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Katon W, Sullivan M, Clark M. (1995) Psychological factors, affecting medical conditions in cardiovascular disorders, Section, 26(4):1491-500.
- Keeling A, et.al (1995) Nurse-Initiated Telephone Follow-Up After Acute Myocardial Infarction: A Pilot Study, Heart And Lung, January-February, 24;1: s:45-49.
- Kınıkoğlu M. (2009) Kalbinize Sahip Çıkmın, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic A.Ş., İstanbul.
- Kocaman N. (2005) "Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemsireliği". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1): 49-54.
- Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. (1998) Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. Ann Behav Med ; 20: 47-58.
- Lesperance F, Frasere-Smith N, Talajic M. (1996) Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. Psychosom Med ; 58: 99-110.
- MacMahon KM, Lip GY. (2002) Psychological factors in heart failure: a review of the literature. Arch Intern Med; 162: 509-516.
- Onat A. (2001) Risk factors and cardiovascular diseases in Turkey. Atherosclerosis 156:1-10.
- Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. (2009) Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi, Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol ;37(8):557-562.
- Özkan M, Baykal Y. (2001) Miyokard İnfarktüsü ve Tedavisi, İç Hastalıkları Günleri, GATA Matbaası.
- Özkan S.(1993) Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Roche Yayınları, 103-8.
- Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC, et al.(1998) Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. Am J Cardiol;81:988-94.
- Pignatelli C, Ricci R, Santini M. (2002) Psychological stress and sudden death. Ital Heart J Suppl ; 3: 1011-1021.
- Sakin TŞ (2007) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde oluşturulan popülasyonda kardiyovasküler risk faktörlerinin araştırılması, demografik özellikler ve psikososyal etkilerin değerlendirilmesi, İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Smith TW, Ruiz JM. (2002) Psychological influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. J Consult Clin Psychol ; 70: 548-568.
- Stovsky B. (1992) Nursing Interventions for Risk Factor Reduction, Nursing Clinics of North America; 27:1, 257-270.
- Taylor Barry C, (2003) Social Support for Patients After Myocardial Infarction, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation;23:413-414.
- Thoresen CE, Bracke P. Reducing coronary recurrences and coronary-prone behavior: A structured group treatment approach, James L Spira (Ed.) Group Therapy for medically ill patients. New York: Guilford. 1997: 92-129.

- Tokem Y. (1999) Miyokard İnfarktüsü Geçiren hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım sonuçlarına Etkisi, Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi.
- Vural M, Acer M. (2005a) Kırşehir İlinde Akut Koroner Sendrom Tedavisi Görmüş Hastalarda Depresyon Prevalansını Belirleme Çalışmasının Ön Bulguları: Beklenenin Üzerinde Yüksek Prevalans Değerleri. Anadolu Kardiyol Derg ; 5: 227-228.
- Vural M, Acer M. (2005b) Koroner Arter Hastalığı Olan İki Kardiyak Olguda Antidepresan Tedavinin Sonuçları, Nobel Medicus Online Dergi.
- Walsh J. (2010) Psychoeducation in mental health, Virginia Commonwealth University, page:3-8.
- World Health Report (2002) : Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, <http://www.asu.edu/educ/eps/CERU/Articles/CERU-0302-29-OWL.doc>
- www.tkd.org.tr/kilavuz/ko7.htm, Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu, Erişim Tarihi, Eylül 2010.
- Yazıcı K, Yazıcı AE (2003) Kardiyovasküler hastalıklardaki psikososyal risk etkenleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi;4(2):106-112
- Yıldız H, Pınar R (2004) Miyokard infarktüsü hastalarda cinsel disfonksiyon, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4;309-17.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi

Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük)
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eşanlamlılarına yer verildi
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi

Tüm Makale

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi' ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazırlanıp dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova-İZMİR. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı eklenip diskete/CD'ye kaydedilerek gönderilmelidir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Bookman, Özet 9 punto Bookman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri,
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımaları, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir.

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir.

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

DERGİNİN METİN DİLİ:

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Ancak yurt dışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Araştırma Raporları: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

Son Kontrol Listesi; Son kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir (ayrı bir sayfa olarak).

Yazarlık / Yayın Hakkı Onay Formu; Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtilmeli, yazar ve tarih arasına virgöl konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

Sarna ve Mc Corkle (1996), araştırmalarında.....

Lasry ve ark. (1987), yaptıkları çalışmada.....

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

Örnek:

(Argon 1992, Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." şeklinde belirtilmelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Coparison of three methods of data collection in an urban Spanish-speaking population. Rurs res, 46:4, 230-234

Dergi Eki (Supplement)

Weiss ME (1991) Tymapanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pedatr, 30 (Suppl. 4) , 42-45.

Kitap:

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 101-112.

Kitap Bölümü:

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: raven Pres, 1421-31.

Kitap Çevirisi:

Wise MG, Rundell JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev. TT Tüzer, V Tüzer). Compos Mentis yayınları, Ankara, 1997.

Metin içinde "Wise ve Rundell (1994)" şeklinde gösterilir.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar**(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) IDC-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Metin içinde "Dünya Sağlık Örgütü (1992)" şeklinde gösterilir.

Kongre Bildirileri:

Kayır A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel yada poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O (1993). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi sağlık bilimleri Enstitüsü, 53-55.

Yazarı Editör Olan Yayınlar

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti., 52-61.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D ve ark. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol, (Baskıda).

Gazete Makalesi

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz 12.

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa;

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. Prevention& Treatment 3, Makale0001a. 20 Kasım 2000'de <http://Journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html> adresinden indirildi.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.

YAZAR İNDEKSİ

Yazar

Akyol A	2:83-100; 3:71-87
Argon G	1:39-52
Asgar Pour H	1:77-86; 2:27-36
Bağdatlı Aydın H	1:11-23
Bahadır Yılmaz E	3:1-12
Bal Yılmaz H	3:53-60
Baysan Arabacı L	2:49-66
Çalışkan Yılmaz M	3:61-70
Çam O	2:49-66; 3:89-109
Çeçen D	3:13-27
Çınar Ş	2:37-47
Çuhadar D	1: 25-38
Demir Korkmaz F	1:77-86; 2:27-36;
Ergül Ş	1:65-75
Ergun A	3:1-12
Er S	1:53-63
Ersun A	3:53-60
Eşer İ	1:1-10; 11-23
Gürkan A	1:87-97
Gürgün C	1:39-52
Kavlak O	1:53-63

Sayı- Sayfa

Yazar

Khorshid L	1:1-10
Korhan E	2:37-47
Nehir S	1:25-38; 3:89-109
Özbayır T	3:13-27
Özer S	1:39-52
Özkan S	2:67-82
Özgür G	1:25-38; 2:1-15
Öztekin D	2:101-109
Sarı D	1:1-10
Saruhan A	1:53-63
Savaşan A	2:1-15
Sevil Ü	1:53-63
Şen E	1:53-63
Şenolçelik S	3:29-38
Taşdemir N	3:39-52;3:29-38
Yapucu Güneş Ü	2:17-26
Yıldırım S	1:87-97
Yılmaz E	2:67-82
Yönt G	2:37-47
Yüksel S	2:101-109
Zaybak A	2:17-26

KONU İNDEKSİ

Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı
25(1): 77-86, 2010

Ameliyathane Hemşirelerinin Cerrahi El
Yıkama Uygulamalarının İncelenmesi
25(3): 39-52, 2010

Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hipertansiyon
Tanılı Hastalarda Sürekli Öfke ve Öfke Tazları
25(2): 1-15, 2010

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların
Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi
25(3): 13-27, 2010

Gebelerin Genital Hijyen Davranışlarının
Belirlenmesi
25(1): 53-63, 2010

Hemşirelerin ve Kansersiz Hastaların Ağrı
Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması
25(1); 11-23,2010

Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi
Bakım Kavramları Nerede? Ne Zaman? Nasıl?
25(1); 65-75; 2010

Hemşirelik Yüksekokulu Çoktan Seçmeli
Sınav Sorularının Analizi
25(2): 37-47, 2010

Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin
İncelenmesi
25(2). 17-26, 2010

Hastaların Cerrahi Girişim sonrası Abdominal
Distansiyona Yönelik Deneyimleri
25(3): 29-38, 2010

Hasta Çocuk ve Ebeveynlerinde Post-
Travmatik Stres Bozukluğu
25(3): 53-60,2010

Kanser Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının
Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri
25(1); 1-10,2010

Koroner Arter Bypass Graft Ameliyat Sonrası
Hastalara Verilen Direkt bakım Türü ve
Harcanan Zamanın İncelenmesi
25(2); 27-36,2010

Kapsül Endoskopide Hemşirenin Rolü
25(2): 101-109,2010

Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Algılanan
Sosyal Destek İle Umutsuzluk ve Ölüm
Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki
25(3): 1-12, 2010

Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda
Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu
25(3): 89-109, 2010

Öğrenci Hemşirelerin Genel sağlık Düzeyi,
Stresle Baş Etme Yöntemleri ve Etkileyen
Faktörler
25(2): 67-82,2010

Öğrenci Hemşirelerin Psikiyatri Hemşireliğini,
Ruhsal Hastalıklar ve Psikiyatri Hemşireliği
Eğitimi Değerlendirmeleri
25(2): 49-66, 2010

Pediyatrik Onkoloji Hastalarının Evde Fiziksel
Bakım Gereksinimleri
25(3): 61-70, 2010

Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan
Hemşirelerin Sosyal Destek Düzeylerini
Etkileyen Faktörler
25(1): 25-38, 2010

Psikososyal Açından Kanser ve Psikiyatri
Hemşiresinin Rolü
25(1): 87-97,2010

St Segment Yükselmesi Olmayan Akut
Koroner Sendromlarda Vücut Sıcaklığı
Değişikliklerinin Hasta Sonuçlarına Etkisi
25(1): 39-52,2010

Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma (YDP)
25(2): 83-100, 2010

Yetişkinlerde Ölüm Süreci ve Hemşirelik
Bakımı
25(3): 71-87,2010