

Cilt: 15, Sayı: 3, Temmuz 2022



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ELEKTRONİK DERGİSİ
DEUHFED**

**E-JOURNAL OF
DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

ISSN: 2149 - 0333

BU SAYIDA GÖREV ALAN HAKEMLER

Prof. Dr. Ayhan LASH	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe MEYDANLIOĞLU
Prof. Dr. Arzu TUNA	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe SARI
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN	Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül SAVCI
Prof. Dr. Dilek ÖZDEN	Dr. Öğr. Üyesi Bilge BAL ÖZKAPTAN
Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK	Dr. Öğr. Üyesi Derya KAYA ŞENOL
Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ
Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ	Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Prof. Dr. Hatice MERT	Dr. Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR
Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK	Dr. Öğr. Üyesi Figen EROL URSAVAŞ
Prof. Dr. Mualla YILMAZ	Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR
Prof. Dr. Özgül EROL	Dr. Öğr. Üyesi Hale TURHAN DAMAR
Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL	Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR
Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN	Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER
Doç. Dr. Altun BAKSİ	Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY
Doç. Dr. Aslı AKDENİZ KUDUBEŞ	Dr. Öğr. Üyesi Nevin USLU
Doç. Dr. Esra UĞUR	Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI
Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL	Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ERBAŞ
Doç. Dr. Figen İNCİ ARI	Dr. Öğr. Üyesi Remziye SEMERCİ
Doç. Dr. Güleğül MERMER	Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK
Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN	Dr. Öğr. Üyesi Sevde AKSU
Doç. Dr. Melike DİŞSİZ	Dr. Öğr. Üyesi Sevecen ÇELİK İNCE
Doç. Dr. Melike YÖNDER ERTEM	Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER
Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN	
Doç. Dr. Nurcan UYSAL	
Doç. Dr. Özlem CAN GÜRKAN	
Doç. Dr. Özlem CEYHAN	
Doç. Dr. Özlem UĞUR	
Doç. Dr. Seda PEHLİVAN	
Doç. Dr. Seher ÜNVER	
Doç. Dr. Sibel ÇOŞKUN	
Doç. Dr. Tülay YILMAZ	
Doç. Dr. Yeter DURGUN OZAN	

*İsimler önce unvan, sonrasında ise alfabetik sıralamaya göre yazılmıştır.

İçindekiler

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Tıp ve Hemşirelik İntörnlerrinin Hekim Hemşire Çatışma Nedenlerine ve Hemşirelik İmajına Yönelik Algıları

Cansu KOŞAR ŞAHİN, Sezgi ÇINAR PAKYÜZ, Özden DEDELİ ÇAYDAM, Bilgesu YURDAKUL, Özge ÇİÇEK, Enes Furkan ÇALI

Yaşam Sonu Bakımda İyi Ölüm Algısı: Lisansüstü Hemşirelik Öğrencileri Deneyimi

Pınar ZORBA BAHÇELİ, Derya ÇINAR, Nazan KILIÇ AKÇA

Anne Dostu Hastane Modeli ve Annelerin Doğum Memnuniyetleri

Zümrüt BİLGİN

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi

Nurten GÜLSÜM BAYRAK, Bahadır GENİŞ, Nermin GÜRHAN

Compassion Fatigue and Risk Factors in Nurses in The Covid-19 Pandemic

Esra USLU, Gülcan KENDİRKIRAN

Gebelikte Yaşanan Görsel ve Bedensel Değişikliklerin Postpartum Dönemdeki Bedeni Beğenme ve Psikolojik Yakınmalarla İlişkisi

Gamze FIŞKIN, Cansu IŞIK

Bütüncül Hemşirelik Bakımı İçin Metafor Analizi: Bir Puzzle Oluşturmak

Çiğdem KARDAŞ, Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile ilişkili Yaşam Kalitesinin ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Sevecen ÇELİK İNCE, Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN

Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Özgül KARAYURT, Aysin DURMAZ EDEER, Yaprak SARIGÖL ORDİN, Kübra YASAK, Eda AYTEN KANKAYA, Filiz ÖĞCE, Koray ATILA

Göğüs Cerrahisi Sonrası Tüp Torakostomi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeylerinin ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi

Sema Nur YAMAN ÇELİK, Aysin DURMAZ EDEER

Smoking Frequency of Nursing Students and the Extent to Which They Are Affected by the Warning Labels on Cigarette Packs

Erdal AKDENİZ, Selma ÖNCEL

Derleme Makaleler

Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Bilge ÖZDEMİR, Gülçin ÖZALP GERÇEKER

Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler Ve Hemşirelik Girişimleri

Zeynep KARAKUŞ, Zeynep ÖZER

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı

Gizem ÖZBUDAK, Öznur USTA YEŞİLBALKAN, Asiye AKYOL

Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Non-Farmakolojik Kanıt Temelli Uygulamalar

Füsun TERZİOĞLU, Dercan GENÇBAŞ, Handan BOZTEPE, Nilgün DOĞU, Canberk AKDENİZ, Buğse YÜCEER

Pamela G. Reed'in Öz Aşkınılık Kuramı Analiz ve Değerlendirmesi

Yelda KUBLAY, Saliha HALLAÇ

Hastalık Yönetiminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Büşra Nur TEMÜR, Nilgün AKSOY

Maternal Uyku Sorunlarının Obstetrik Sonuçlara Etkisi ve Bakım

Fulya GÖKDEMİR, Tülay YILMAZ

Çok değerli okuyucularımız,

Dergimizin 2022 yılı üçüncü sayısında bilimsel araştırma ve derleme makaleleri sizlerle paylaşmaktan memnuniyet ve gurur duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız 11 araştırma makalesi ve yedi derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Cansu KOŞAR ŞAHİN, Sezgi ÇINAR PAKYÜZ, Özden DEDELİ ÇAYDAM, Bilgesu YURDAKUL, Özge ÇİÇEK ve Enes Furkan ÇALI'nın "Tıp ve Hemşirelik İntörnlerrinin Hekim Hemşire Çatışma Nedenlerine ve Hemşirelik İmajına Yönelik Algılar" başlıklı tanımlayıcı kesitsel tipte tasarlanan araştırmasıdır. Araştırma 158 tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda, hemşirelik ve tıp intörn öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısının zayıf düzeyde olduğu, çatışma nedeni olarak tıp intörnlerrinin çalışma koşullarına odaklandığı, ancak hemşirelik intörnlerrinin hekim hemşire arasındaki meslek algısına ve iletişimden kaynaklanan problemlere odaklandığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinin yönetimine yol gösterici bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Pınar ZORBA BAHÇELİ, Derya ÇINAR ve Nazan KILIÇ AKÇA'nın "Yaşam Sonu Bakımda İyi Ölüm Algısı: Lisansüstü Hemşirelik Öğrencileri Deneyimi" isimli çalışmasıdır. Araştırma, nitel tasarımda, 17 lisansüstü hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, iyi ölümü gerçekleştirmek için kliniklerde hemşire sayılarının ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. İyi ölüm ilkelerini içeren derslerin hemşirelik müfredatına entegre edilmesi ve kliniklerde hemşirelerin iyi ölümü gerçekleştirebilmeleri için güçlendirici kurum içi politikaların izlenmesi önerilmiştir. Hemşirelik eğitimi ve yönetimine katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Zümrüt BİLGİN'in "Anne Dostu Hastane Modeli ve Annelerin Doğum Memnuniyetleri" başlıklı araştırmasıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, İstanbul'daki iki hastanenin doğum sonu kliniklerindeki 265 anne ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucuna göre, hastanenin anne dostu olup olmamasının doğum memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliğine veri sağlayıcı niteliktedir.

Dördüncü çalışma; Nurten GÜLSÜM BAYRAK, Bahadır GENİŞ ve Nermin GÜRHAN'ın "Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Retrospektif çalışma, 640 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Bipolar affektif tanılı hastalarda, tiroid hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıklarının şizofreni hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu, şizofreni hastalarında ise çoklu ilaç tedavisi ve depo antipsikotik ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alan yazına katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Esra USLU ve Gülcan KENDİRKIRAN'ın "Covid-19 Pandemisinde Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Risk Faktörleri" başlıklı çalışmasıdır. Kesitsel tipteki bu araştırma, Eskişehir'de bir hastanede çalışan 280 hemşire ile yapılmıştır. Pandemi döneminde haftada 48 saatten fazla çalışan, endişeli hemşirelerin merhamet yorgunluğunun hastalığa yakalanan bireylerden daha yüksek olduğu ve cinsiyeti, haftalık çalışma saatleri, mesleği ile ilgili düşünceleri, COVID-19 virüsü ile ilgili duygu ve deneyimlerin merhamet yorgunluğu risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin desteklenmesi gereken bir alandır.

Altıncı çalışma; Gamze FIŞKIN ve Cansu IŞIK'ın "Gebelikte Yaşanan Görsel ve Bedensel Değişikliklerin Postpartum Dönemdeki Bedeni Beğenme ve Psikolojik Yakınlıklarla İlişkisi" başlıklı araştırmasıdır. Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda postpartum 42 günü aşmamış 207 kadınla yürütülmüştür. Lohusaların depresif belirti göstermediği fakat orta düzeyde anksiyete, hafif düzeyde stres yaşadıkları bulunmuştur. Gebeliğin ilerleyen periyotlarından itibaren görsel/bedensel şikâyetleri olduğu fark edilen riskli grupların önceden tespit edilmesi ve postpartum süreçteki emosyonel sorunları önleme/tedavi etme programlarının geliştirilmesi önerilmiştir. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliğine katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Yedinci çalışma; Çiğdem KARDAŞ ve Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER'in "Bütüncül Hemşirelik Bakımı İçin Metafor Analizi: Bir Puzzle Oluşturmak" isimli çalışmasıdır. Çalışma, nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik desene 227 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Üretilen 106 metafordan dokuz kategori oluşturulmuş ve hemşirelerin bütüncül bakım algısıyla ilgili ağırlıklı olarak olumlu

metaforlara sahip olduğu saptanmıştır. Metaforlara ait her bir kategori için olumlu algıların desteklenerek geliştirilmesi, olumsuz algıların değiştirilebilmesi için stratejilerin planlanması önerilmiştir. Alan yazına ve uygulayıcılara katkı sağlayıcı niteliktedir.

Sekizinci çalışma; Sevecen ÇELİK İNCE ve Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN'in "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma makalesidir. Tanımlayıcı tipteki çalışma, amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilen 67 kronik ruhsal hastalığı olan bireyle yürütülmüştür. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesinin ve alışkanlıklarının yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelik bakımında dikkate alınması gereken bir çalışmadır.

Dokuzuncu çalışma; Özgül KARAYURT, Aylin DURMAZ EDEER, Yaprak SARIGÖL ORDİN, Kübra YASAK, Eda AYTEN KANKAYA, Filiz ÖĞCE ve Koray ATILA'nın "Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli çalışmadır. Kesitsel, tanımlayıcı ve kestirim tipi araştırmanın örneklemini bariatrik cerrahi yapılan 103 hasta oluşturmuştur. Hastaların yaşam kalitelerinin orta düzey ve öz-etkililiklerinin düşük düzeyde olduğu, hastalarda öz etkililiğin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı, bariatrik cerrahi sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası uzun dönem izlenmesi önerilmiştir.

Onuncu çalışma; Sema Nur YAMAN ÇELİK ve Aylin DURMAZ EDEER'in "Göğüs Cerrahisi Sonrası Tüp Torakostomi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeylerinin ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi" isimli araştırma makalesidir. Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda iki üniversite hastanesinde göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan 130 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası orta düzeyde ağrı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşadıkları, ağrı şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın arttığı bulunmuştur. Cerrahi hemşireliği alan yazınına ve uygulamalarına katkı sağlayıcı niteliktedir.

Onbirinci çalışma, Erdal AKDENİZ ve Selma ÖNCEL'in "Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklıkları ve Sigara Paketlerindeki Uyarı Etiketlerinden Ne Kadar Etkilendikleri" başlıklı derleme makalesidir. Araştırma kesitsel tasarımda 240 öğrenci ile yürütülmüştür. Sigara paketleri üzerindeki yazılı uyarıların etkisinin cinsiyete göre farklılık göstermediği, sigara içme durumu, ailede sigara içiciliği varlığı, sigara bağımlılık düzeyi ve sigara içme durumunun etkili olduğu saptanmıştır. Çocukluktan itibaren gençler üzerinde önleyici çalışmalar yapılmalı ve sigarayla ilgili gençlerde etkili olabilecek stratejiler geliştirilmelidir.

Onikinci çalışma, Bilge ÖZDEMİR ve Gülçin ÖZALP GERÇEKER'in "Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü" isimli derleme makalesidir. Bu derlemenin amacı kanser tedavisi alan çocuklara bakım veren hemşirelerin kemoterapiyle ilişkili periferik nöropati değerlendirmesindeki rolüne dikkat çekmektir. Kemoterapiye bağlı gelişen nöropatinin değerlendirilmesi yönünde geliştirilmesi gereken araçlar, araçların kullanımı sonrası hemşirenin uygulayacağı hemşirelik girişimlerinin tartışıldığı derleme, alan çalışmalarına katkı sağlayıcı niteliktedir.

Onüçüncü çalışma, Zeynep KARAKUŞ ve Zeynep ÖZER'in "Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler ve Hemşirelik Girişimleri" başlıklı derlemesidir. Derlemede, güncel kılavuzlarda kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde önerilen stratejilerin ve hemşirelik girişimlerinin sistematik aktarımı amaçlanmıştır. Kanserle ilişkili yorgunluğun diğer yaşanan sorunlar gibi hastalar açısından öneminin ve hemşirelik bakımının tartışıldığı derleme, hemşirelik uygulamalarına yol gösterici bir çalışmadır.

Ondördüncü çalışma, Gizem ÖZBUDAK, Öznur USTA YEŞİLBALKAN ve Asiye AKYOL'un "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı" isimli derlemesidir. Bu derlemenin amacı, malnütrisyonu ve malnütrisyon riski olan KOAH hastalarının belirlenmesi, malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin güncel alan yazın ve kılavuzlar eşliğinde açıklanmasıdır. Akciğer hastalıkları yaşayan tüm bireylerin malnütrisyon açısından da ele alınmasını ve hemşirelik uygulamalarını tartışan, hemşirelik uygulamalarına yol gösterici niteliktedir.

Onbeşinci çalışma, Füsün TERZİOĞLU, Dercan GENÇBAŞ, Handan BOZTEPE, Nilgün DOĞU, Canberk AKDENİZ ve Buğse YÜCEER'in "Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Non-Farmakolojik Kanıt Temelli Uygulamalar" isimli derleme makalesidir. Bu derlemede, sezaryen sonrası kaygı ve depresyona yönelik yapılan non-farmakolojik kanıt temelli uygulamalar tartışılmıştır. Sezaryen öncesi-sırası ve sonrası bakım uygulamalarında kritik rol ve sorumlulukları olan hemşirelerin bu kanıt temelli non-farmakolojik uygulamaları rutin bakım uygulamaları içerisine almaları önerilmiştir.

Onaltıncı çalışma; Yelda KUBLAY ve Saliha HALLAÇ'ın "Pamela G. Reed'in Öz Aşkınlık Kuramı Analiz ve Değerlendirmesi" başlıklı derlemesidir. Bu derleme makalede, hemşirelik kuramlarından Pamela G. Reed' in "Öz Aşkınlık Kuramı"nın analiz edilmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Alandaki boşluğu dolduracak, kuramın tanınmasını, anlaşılmasını ve kullanımını sağlayacak makalenin yararlı ve hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş modellerin oluşturulmasında katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

Onyedinci çalışma; Büşra Nur TEMÜR, Nilgün AKSOY'un "Hastalık Yönetiminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı" başlıklı derlemesidir. Bu derlemenin amacı, teknolojiyle birlikte gelişen dijital sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamak ve hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı bakış açısını geliştirmektir. Gelişen sağlık sistemi içinde hemşirelerin iyi düzeyde dijital sağlık okuryazarlığına sahip olmalarının gerekliliği tartışılmıştır.

Onsekizinci ve sonuncu çalışma; Fulya GÖKDEMİR, Tülay YILMAZ'ın "Maternal Uyku Sorunlarının Obstetrik Sonuçlara Etkisi ve Bakım" başlıklı derlemesidir. Bu derleme makalede, maternal uyku sorunlarının yol açabileceği farklı obstetrik komplikasyonlara neden olduğu ve sonucunda mortalite ve morbiditeye varan sorunların yaşanabileceği tartışılmıştır. Alan yazın bilgilerine dayalı olarak özellikle ebe ve hemşirelerin konuyla ilgili girişimlere odaklanması önerilmiştir.

Temmuz sayımızda, araştırma makaleleri ile alan yazına, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve tüm süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.







Mesleğimizin gelişimine katkı verecek emek verilen değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı diliyorum.

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Tıp ve Hemşirelik İntörnlerinin Hekim Hemşire Çatışma Nedenlerine ve Hemşirelik İmajına Yönelik Algıları

 Cansu KOŞAR ŞAHİN¹,  Sezgi ÇINAR PAKYÜZ²,  Özden DEDELİ ÇAYDAM³,  Bilgesu YURDAKUL⁴,
 Özge ÇİÇEK⁴,  Enes Furkan ÇALI⁴

¹ Araştırma Görevlisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa

² Prof. Dr., Emekli Öğretim Üyesi

³ Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa

⁴ Hemşirelik Öğrencisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa

Öz

Giriş: Çatışma sağlıklı iletişimin sürdürülmesini engelleyen bir etken niteliğindedir. Hekim ve hemşireler arasında etkin iletişim, ekip iş birliğinin sürdürülerek çatışmanın önlenmesini sağlayabilecek temel bir faktördür. Literatürde yer almamakla birlikte hekim ve hemşirelerin hemşirelik imajına yönelik algılarının da çatışmaya götürebileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak iki meslek grubunun çatışma nedenlerinin ve hemşirelik imajına yönelik algılarının saptanması önem taşımaktadır. **Amaç:** Bu araştırmanın amacı, tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencilerinin, hekim hemşire çatışma nedenlerine ve hemşirelik imajına yönelik algılarını karşılaştırarak değerlendirmektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Mart – Mayıs 2019 tarihleri arasında bir kamu üniversitesinin Tıp Fakültesi (n = 200) ve Hemşirelik (n = 182) Bölümü'nde öğrenim görmekte olan toplam 382 intörn öğrenci oluşturmuştur. Örneklemi dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 158 öğrenci oluşturmuştur. Veriler tanıtıcı özellikler formu, Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Örneklemde yer alan toplam 158 intörn öğrencinin %71,5'i (n = 113) hemşirelik, %28,5'i (n = 45) tıp fakültesi intörn öğrencilerinden oluşmuştur. Tıp intörnlerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği puan ortalaması 106.55 ± 1.50 iken, hemşirelik intörnlerinin 105.42 ± 1.10 olarak saptanmıştır. Hem hemşirelik hem de tıp intörn öğrencileri için hemşirelik mesleğine yönelik imajın zayıf düzeyde olduğu saptanmıştır. Tıp ve hemşirelik intörn grupları arasında Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği'nin Meslek Algısı (p = .000) ve İletişim (p = .000) alt boyutu puanları ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği'nin Mesleki Nitelik (p = .000), Çalışma Koşulları (p = .000), Cinsiyet (p = .000), Eğitim (p = .000) ve Dış Görünüm (p = .000) puanları açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelik bölümü intörnleri hekimin meslek algısı ve iletişime dayanan özelliklerini; tıp fakültesi intörnleri ise işlerin çok yoğun olması, dengesiz nöbet dağılımı, yoğun çalışma saatleri ile yetki ve sorumluluk dengesizliğini daha fazla çatışma nedeni olarak göstermiştir. **Sonuç:** Hemşirelik ve tıp intörn öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı zayıf düzeydedir. Çatışma nedeni olarak tıp intörnleri daha çok çalışma koşullarına odaklanırken, hemşirelik intörnlerinin hekim hemşire arasındaki meslek algısı ve iletişimden kaynaklanan problemleri çatışma nedeni olarak gördüğü saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doktora Eğitimi, Eğitim Programı, Hemşirelik Eğitimi.

Abstract

Perceptions of Medicine and Nursing Interns towards Physician-Nurse Conflict Causes and Nursing Image

Background: Conflict is a factor that hinders the continuation of healthy communication. Effective communication between physicians and nurses is a basic factor that can prevent conflict by maintaining team cooperation. Although not included in the literature, it is thought that the perceptions of physicians and nurses towards the image of nursing may also lead to conflict. Accordingly, it is important to determine the causes of conflict of the two professional groups and their perceptions towards the image of nursing. **Objectives:** The aim of this study is to compare and evaluate the perceptions of intern students of medical faculty and nursing department towards the causes of physician-nurse conflict and the image of nursing. **Methods:** The population of this descriptive and cross-sectional research was total of 382 intern students were studying in a public university of Faculty of Medicine (n = 200) and Nursing (n = 182) Departments between March and May 2019. The sample consisted of a total of 158 students who were interns in the medical faculty and nursing department of a public university and met the inclusion criteria. Data were collected with introductory features form, Scale of Doctor-Nurse Conflict Causes and Scale for Image of Nursing Profession. **Results:** %71.5 (n = 113) of the sample consisted of nursing, and %28.5 (n = 45) of medical intern students. While the mean Scale for Image of Nursing Profession score of medical interns was 106.55 ± 1.50, it was 105.42 ± 1.10 for nursing interns. It was determined that the image of the nursing profession was weak for both nursing and medical intern students. There was a significant difference between medical and nursing students in terms of professional perception (p = .000) and communication (p = .000) sub-dimension scores of Scale of Doctor-Nurse Conflict Causes and in terms of Scale for Image of Nursing Profession (p = .000), professional quality (p = .000), working conditions (p = .000), gender (p = .000), education (p = .000) and appearance (p = .000) mean scores. While nursing students showed the doctor's characteristics like professional perception and communication as a reason for more conflict; medical students have shown that unbalanced seizure distribution, intense working hours and the imbalance of authority. **Conclusion:** In the light of the findings, the image perception towards the nursing profession is weak in terms of nursing and medical intern students. While medical interns mostly focus on working conditions as the cause of conflict, it has been determined that nursing interns see the problems arising from the perception of profession and communication between the physician and nurse as the cause of conflict.

Key words: Conflict, Intern, Student, Doctor, Nurse.

Geliş Tarihi / Received: 19.01.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.03.2022

Correspondence Author: Cansu Koşar Şahin, Araştırma Görevlisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa. E-posta: cansukosar@hotmail.com

Cite This Article: Koşar Şahin C, Çınar Pakyüz S, Dedeli Çaydam Ö, Yurdakul B, Çiçek Ö, Çalı EF. Tıp ve Hemşirelik İntörnlerinin Hekim Hemşire Çatışma Nedenlerine ve Hemşirelik İmajına Yönelik Algıları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 258-269.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Kaliteli ve güvenilir hizmet sunumunun sağlanması için farklı uzmanlık alanlarına sahip sağlık profesyonellerinin bir arada iş birliği içinde çalışması beklenmektedir. Profesyonellerin bilgi ve değerleri veya hiyerarşik otorite arasındaki çatışma birçok organizasyonda görülmekle birlikte, hastanelerde görülmesi risk oluşturmaktadır (1-3). Literatürde yer alan çoğu araştırmada, etkin ekip çalışmasının; tıbbi hata sayısını azaltan, hasta güvenliğini arttıran (4, 5) ve düşük mortalite oranı (6) sağlayan en önemli faktörlerden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca etkin ekip çalışması yapıldığında, daha kapsamlı bakım planları üretildiği ve daha organize çalışılabildiği gösterilmiştir (7-9). Hekim-hemşire arasındaki iş birlikçi tutum, olumlu hasta sonuçlarının temel belirleyicisi olup, iş birliği içinde çalışmalarını, oluşabilecek çatışmaların çözümlenmesinde oldukça önemli olmaktadır (10). Bu durumda hekim-hemşire ilişkisinde olması gereken belli başlı öğeler, mesleki rollerin net olması, bireysel katkıların değerli olması, sağlık çıktısına ve hasta bakım kalitesine odaklı çalışılması, arada güven ilişkisinin olması, yaşanan problemlere rağmen profesyonelliğin devamı, bireysel farklılıkların üstesinden gelinmesi, ekipteki herhangi bir hekim ya da hemşirenin baskı altında hissetmediği, dışlanmadığı, zor durumda bırakılmadığı şartların sağlanması şeklindedir (2, 11). Ancak bireysel özellikler de göz önüne alındığında bu iki sağlık profesyoneli arasında bir takım çatışma kaynaklarının mevcut olması anlaşılabilir bir durumdur. Dinçel (2019), derlemesinde hekim ve hemşireler arasındaki temel çatışma nedenlerinin görev tanımlarının belirsizliği, iletişim sorunları, çalışma koşulları, hekimin kaba ve yıkıcı davranışları ile meslek algısı olduğunu belirtmiştir (12). Hemşirelik mesleğinde farklı ünvanlara sahip ve farklı eğitim düzeylerindeki kişilerin hemşire ünvanı adı altında çalıştırılıyor olması ve hekimin ekip içinde en uzun eğitim hayatına sahip olması nedeniyle ekip lideri anlayışıyla yetiştirilmesi iletişimi olumsuz etkilemektedir (13, 14). Buna ek olarak Türk toplumundaki hemşirelik imajının olumsuz olması da çatışma nedeni olabilmektedir. Ülkemizde hemşirelik mesleğinin hem toplum hem sağlık alanı öğrencileri hem de diğer sağlık personelleri tarafından algılanan genel imajı; hekimin yardımcısı olarak çalışan, tansiyon ölçüp enjeksiyon ve tedavi yapan, karmaşık duygu haline sahip olabilen sağlık personeli olması şeklindedir (15-19). Oysaki hemşireler sağlık ekibinin ana unsurlarındandır ve ekip içerisinde hasta ile en sık ve en uzun teması kuran, hasta bakım hizmetlerini planlayarak uygulayan, tedavi planını hatasız gerçekleştiren, ekip içi ve ekip hasta iletişiminin devamlılığını sağlayarak problem çözen yegane sağlık çalışanıdır ve bu kalıp yargılara sığmayacak kadar profesyonel bir mesleği yürütmektedir. Hemşirelik mesleğine yönelik bilişsel kestirmelere ve yargılamalara sahip bir toplumda yaşayan hekim ve hemşirelerin hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısının bu durumdan etkilenmemesi ve olası bir çatışma için zemin oluşturmaması mümkün görünmemektedir. Negatif algılar ve kalıp yargılamalar ekip içi iletişimde hatalara sebep olabilmektedir. Hekim hemşire iletişimi başarılı şekilde sürdürüldüğünde yanlış anlaşılmanın azaldığı, sorunların hasta yararına çözümlendiği, hataların azaldığı bir çalışma ortamı düşünülebilmektedir (18-20). Hekim hemşire iletişimini etkileyen bir diğer boyut ise hastane kökenli nedenlerdir. Kurumdaki yoğun çalışma saatleri, uygun bir bilgilendirme ve iletişim ağının olmaması, görev dağılımındaki dengesizlikler, çalışan sağlık personeli sayısındaki yetersizlikler bu nedenlerden bazılarını oluşturmaktadır (21).

Sağlık kurumlarının bu en temel ve mühim iki meslek grubu arasındaki iş birliği ve ekip çalışması, yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanmasında önem taşımaktadır. Bu tedavide bütünsel bir yaklaşımın sergilenmesini sağlamak ve hasta sonuçlarını iyileştirmektedir (22). Diğer taraftan bu mesleği gerçekleştirecek olan öğrenciler de toplumun bir üyesi olarak bu iki meslek grubuna yönelik gerek edinsel gerek gözlemsel bazı düşünce ve tutumlara sahiptir ve bu algıların birlikte çalışırken gerçekleştirecekleri iletişimi etkilemesi kuvvetle muhtemeldir. Glarean, Hupli, Talman ve Haavisto'nun (2017) derlemesinde, gençler hemşireliği zor çalışma koşulları olan, vardiyalı çalışan ve sınırlı düzeyde özerkliğe sahip bir meslek grubu olarak tanımlamışlardır. Hemşirelik eğitiminin gerekliliklerini ve hemşireliğin kariyer basamaklarını bilmediklerini ve toplumda hemşirelerin çok çalışan ve daha az entelektüel olan kibar ve şefkatli insanlar olarak görüldüğünü belirtmişlerdir (23). Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu nedenle bu iki mesleğe yeni adım atacak öğrencilerin çatışma nedenlerine ve çatışma potansiyeli oluşturduğu düşünüldüğünden hemşirelik imajına yönelik bakış açılarının saptanması önem taşımaktadır.

Amaç

Bu araştırmanın amacı, tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencilerinin, hekim hemşire çatışma nedenlerine ve hemşirelik imajına yönelik algılarını karşılaştırarak değerlendirmektir.

Bu çalışmada aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır:

- Tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencilerinin hemşirelik imajına yönelik algıları ne düzeydedir?
- Tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencilerinin hekim hemşire çatışma nedenlerine yönelik algıları nelerdir?
- Tıp fakültesi ve hemşirelik bölümü intörn öğrencileri arasında hemşirelik imajına ve hekim hemşire çatışma nedenlerine ilişkin algıları açısından anlamlı fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel yönetime göre gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma bir kamu üniversitesinin hemşirelik bölümü ve tıp fakültesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Mart – Mayıs 2019 tarihleri arasında bir kamu üniversitesinin tıp fakültesi (n = 200) ve hemşirelik bölümünde (n = 182) öğrenim görmekte olan toplam 382 intörn öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi; bir kamu üniversitesinin hemşirelik bölümünde (n = 113) ve tıp fakültesinde (n = 45) öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 158 intörn öğrenci oluşturmuştur. Evrenin %41.36'sına (n = 158) ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; araştırmanın yapıldığı kamu üniversitesinde öğrenim görme, araştırmada yer almasını kısıtlayacak herhangi bir iletişim engeli bulunmama (görme, işitme), Türkçe konuşup anlayabilme ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme şeklinde

belirlenmiştir. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmayıp araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formunda araştırmaya katılacak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, hekim veya hemşire yakını olma durumu olmak üzere toplam dört soru) yer verilmiştir (17, 21, 24).

Hekim – Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği (HHÇÖ)

Manisalı ve Yıldırım (2013) tarafından geliştirilen bu ölçek hekim ve hemşire arasındaki çatışma nedenlerinin incelendiği 40 sorudan oluşan beşli likert yapıda olan (“tamamen katılıyorum” 5 puan, “katılıyorum” 4 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “hiç katılmıyorum” 1 puan) bir ölçektir. Üç alt boyuttan (Meslek algısı-17 madde, Çalışma Koşulları-13 madde, İletişim-9 madde) oluşmaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınan puanlar azaldıkça çatışma durumu artmaktadır. Meslek algısı alt boyutunda hekim ve hemşirenin karşılıklı meslek algısı ve hastanedeki işleyişin meslek algısına ilişkin tarafı; Çalışma Koşulları alt boyutunda çatışmanın çalışma koşullarından kaynaklanan noktaları ve iletişim alt boyutunda hekim-hemşire arasındaki iletişim problemlerinden kaynaklanan çatışma nedenleri değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .93 olup, alt boyut güvenilirlik katsayıları sırasıyla Meslek Algısı .93; Çalışma Koşulları .76; İletişim .81’dir (24). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısının .94; alt boyutların ise, Meslek Algısının .87; Çalışma Koşullarının .85 ve İletişim Alt Boyutunun .86 olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği (HMYİÖ)

Dost ve Bahçecik tarafından 2014 yılında geliştirilmiş, altı faktör (Mesleki Nitelikler-11 madde, Çalışma Koşulları-10 madde, Cinsiyet-8 madde, Eğitim-5 madde, Mesleki Statü- 5 madde ve Dış Görünüm-3 madde) ve 42 maddeden oluşan beşli likert tipte bir ölçektir. Mesleki nitelik alt boyutunda hemşirelik mesleğinin niteliği ve bu mesleği gerçekleştirmek için gereken beceriler değerlendirilirken, Çalışma Koşulları alt boyutunda iş yükü, ücret ve çalışma saatleri gibi çalışma koşulları değerlendirilmekte; Cinsiyet alt boyutunda hemşirelik mesleğindeki kadın ve erkek rolüne ilişkin farklılıklar incelenirken; Eğitim alt boyutunda hemşirelikte eğitim düzeyinin önemi ele alınmakta; Mesleki Statü alt boyutunda hemşireliğin toplum tarafından algılanma şekli incelenmekte ve Dış Görünüm alt boyutunda ise hemşirelerin gülümseme, kibar ve bakımlı olma durumları değerlendirilmektedir. Ölçeğin ters puanlanan maddeleri bulunmaktadır. Ölçek derecelendirmesi ve puanlaması “Hiç Katılmıyorum: 1”, “Katılmıyorum: 2”, “Kararsızım: 3”, “Katılıyorum: 4” ve “Tamamen Katılıyorum: 5” iken, ölçekte yer alan ters maddeler “Hiç Katılmıyorum: 5”, “Katılmıyorum: 4”, “Kararsızım: 3”, “Katılıyorum: 2” ve “Tamamen Katılıyorum: 1” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan 42 - 210 arasında değişmektedir. Toplam puan 42 - 75 ise çok zayıf, 76 - 109 ise zayıf, 110 - 143 ise orta, 144 - 177 ise iyi ve 178 - 210 ise çok iyi imaj algısının olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan puan artıkça imaj algısı olumlu olmaktadır. Dost ve Bahçecik’in çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .88 olarak belirtilmiş ve hemşirelik imajına yönelik algıyı belirlemede yeterli olduğu bildirilmiştir (25). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .94, alt boyutların ise; Mesleki Nitelikler .93, Çalışma Koşulları .86, Cinsiyet .86, Eğitim .84, Mesleki Statü .81 ve Dış Görünüm .89 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences 15 kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularında tanıtıcı bilgilerin ve hekim hemşire çatışma nedenleri ölçeği maddelerinin sayı ve yüzde dağılımları ve frekansları verilmiş, örneklemin hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği ve hekim hemşire çatışma nedenleri ölçeği ile ölçek alt boyutları puan ortalaması olarak gösterilmiştir.

Normal dağılıma uyan parametrik verilerde iki grup arasındaki farkın analizi bağımsız gruplarda t- testi ile, normal dağılıma uymayan non-parametrik verilerde iki grup arasındaki farkın analizi Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için bir kamu üniversitesi sağlık bilimleri etik kurulu (Tarih: 13.02.2019, sayı: 20.478.486), sağlık bilimleri fakültesi (Tarih: 19/02/2019, sayı: 25179258-051.99) ve tıp fakültesinden (Tarih: 20.02.2019, sayı: 23685492-605.01) yazılı izinler alınmıştır. Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği izinleri mail yoluyla alınmıştır. Veri toplama aşamasında, araştırma kapsamına alınacak öğrencilere araştırmanın konusu ve amacı anlatılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Veri toplama sürecince, araştırmacılar tarafından öğrencilere tanıtıcı özellikler formu, HHÇÖ ve HMYİÖ verilerle dikkatli şekilde doldurmaları istenmiştir. Araştırma insan ögesi içerdiğinden Helsinki Deklerasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmada yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular**Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular****Tablo 1. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Bölümü İntörn Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N = 158)**

	Hemşirelik Bölümü İntörn (n = 113)		Tıp Fakültesi İntörn (n = 45)		
	Ort. ± SS		Ort. ± SS		
Yaş (yıl)	22.05 ± 1.04		24.08 ± 0.90		
	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	83	73.5	27	60
	Erkek	30	26.5	18	40
Hekim yakını olan	Evet	59	52.2	-	-
	Hayır	54	47.8	-	-
Hemşire yakını olan	Evet	-	-	20	44.4
	Hayır	-	-	25	55.6

Örneklem grubunun %71.5'ini (n = 113) hemşirelik, %28.5'ini (n = 45) tıp fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması 22.05±1.04 iken tıp fakültesi öğrencilerinin 24.08 ± .90 olarak belirlenmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %73.5'ini, tıp fakültesi öğrencilerinin %60'ını kadınlar oluşturmuştur. Hemşirelik öğrencisi olup hekim yakını olan (%52.2) öğrenci yüzdesinin, tıp fakültesi öğrencisi olup hemşire yakını olan (%44.4) öğrenci yüzdesinden daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular**Tablo 2. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Bölümü İntörn Öğrencilerinin Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 158)**

Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği Alt Boyutları		Ort. ± SS	Min-maks.	Ölçekler ve Alt Boyutların Puan Aralıkları	t	p
Meslek Algısı	Tıp İntörn	46.88 ± 1.05	34 - 64	17 - 85	0.034	.000
	Hemşirelik İntörn	35.84 ± 1.02	17 - 78			
Çalışma Koşulları	Tıp İntörn	33.62 ± 0.66	24 - 45	13 - 65	0.575	.404
	Hemşirelik İntörn	33.00 ± 0.38	22 - 46			
İletişim	Tıp İntörn	23.35 ± 0.67	10 - 36	9 - 45	0.094	.000
	Hemşirelik İntörn	16.99 ± 0.54	9 - 38			
Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği ve Alt Boyutları						
HMYİÖ	Tıp İntörn	106.55 ± 1.50	85 - 125	42 - 210	0.212	.571
	Hemşirelik İntörn	105.42 ± 1.10	82 - 144			
Mesleki Nitelik	Tıp İntörn	25.75 ± 0.79	15 - 41	11 - 55	0.653	.000
	Hemşirelik İntörn	19.28 ± 0.50	14 - 41			
Çalışma Koşulları	Tıp İntörn	28.13 ± 0.61	18 - 37	10 - 50	0.006	.000
	Hemşirelik İntörn	33.19 ± 0.29	25 - 42			
Cinsiyet	Tıp İntörn	18.97 ± 0.65	8 - 30	8 - 40	0.013	.000
	Hemşirelik İntörn	23.91 ± 0.57	12 - 36			
Eğitim	Tıp İntörn	12.60 ± 0.46	8 - 21	5 - 25	0.076	.000
	Hemşirelik İntörn	10.53 ± 0.24	8 - 21			
Mesleki Statü	Tıp İntörn	11.86 ± 0.46	5 - 21	5 - 25	0.016	.739
	Hemşirelik İntörn	12.11 ± 0.42	5 - 25			
Dış Görünüm	Tıp İntörn	9.22 ± 0.43	3 - 15	3 - 15	0.472	.000
	Hemşirelik İntörn	6.48 ± 0.28	3 - 15			

Tıp intörnlerinin Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği Meslek Algısı, Çalışma Koşulları ve İletişim alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; 46.88 ± 1.05 , $33.62 \pm .66$ ve $23.35 \pm .67$; hemşirelik intörnlerinin ise, 35.84 ± 1.02 , $33.00 \pm .38$ ve $16.99 \pm .54$ olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tıp ve hemşirelik intörnleri arasında Çatışma Nedenleri Ölçeği Meslek Algısı ($p = .000$) ve İletişim ($p = .000$) alt boyutu puan ortalamaları açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Tıp intörnlerinin Meslek Algısı ve İletişim puanlarının hemşirelik intörnlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tıp intörnlerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği, Mesleki Nitelik, Çalışma Koşulları, Cinsiyet, Eğitim, Mesleki Statü ve Dış Görünüm alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; 106.55 ± 1.50 , $25.75 \pm .79$, $28.13 \pm .61$, $18.97 \pm .65$, $12.60 \pm .46$, $11.86 \pm .46$ ve $9.22 \pm .43$; hemşirelik intörnlerinin ise, 105.42 ± 1.10 , $19.28 \pm .50$, $33.19 \pm .29$, $23.91 \pm .57$, $10.53 \pm .24$, $12.11 \pm .42$ ve $6.48 \pm .28$ olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tıp ve Hemşirelik intörnleri arasında Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği'nin Mesleki Nitelik ($p = .000$), Çalışma Koşulları ($p = .000$), Cinsiyet ($p = .000$), Eğitim ($p = .000$) ve Dış Görünüm ($p = .000$) puan ortalamaları açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Tıp intörnlerinin Mesleki Nitelik, Eğitim ve Dış Görünüm puanlarının hemşirelik intörnlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelik intörnlerinin ise; Çalışma Koşulları ve Cinsiyet alt boyut puan ortalamalarının tıp intörnlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Tıp Fakültesi İntörn Öğrencilerine Göre Hekim-Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği En Sık İşaretlenen Maddeler (n = 45)

Hekim – Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği Alt Boyutları	(Tamamen katılıyorum + katılıyorum) %	Ort. ± SS
Meslek Algısı Alt Boyutu		
Hastanede işlerin çok yoğun olmasının yol açtığı stres çatışma nedenidir.	93.3	1.71 ± .81
Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.	91.1	1.75 ± .82
Kurumda fazla çalışma süreleri bir çatışma nedenidir.	91.1	1.68 ± .97
Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	91.1	1.86 ± .81
Kurumdaki hemşire sayısının yetersiz oluşu ekip içerisinde iletişim kopukluğuna neden olur.	75.5	2.13 ± .94
Çalışma Koşulları Alt Boyutu		
Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.	88.9	1.75 ± .85
Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	88.9	1.88 ± .71
Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma nedenidir.	86.6	1.82 ± .71
Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.	82.2	1.93 ± .88
Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.	80	1.91 ± .76
İletişim Alt Boyutu		
Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya neden olmaktadır.	91.1	1.66 ± .70
Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma nedenidir.	64.4	2.20 ± .94
Hemşirenin kendisini mesleki açıdan yetersiz görmesi, hekimlerle sorun yaşamamasına neden olur (Sorun hemşirenin psikolojik yapısından kaynaklanıyor).	60	2.42 ± 1.01
Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamaları ilişkileri gerginleştirir.	57.8	2.68 ± 1.14

Hekim-hemşire çatışma nedenleri ölçeğinde tıp fakültesi intörn öğrencilerinin çatışma nedeni olarak en sık; hastanede işlerin yoğun olmasının yol açtığı stresi, nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmamasını, kurumda fazla çalışma sürelerini, hastanedeki yetki ve sorumluluk dengesizliğini, kurumdaki hemşire sayısının yetersizliğini, kişiler arası ayrımcılık yapılmasını, hastanede iyi bir koordinasyon sisteminin olmamasını, kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanmasını, hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğunun olmasını, hekim-hemşire ve yönetim-hemşire arasındaki iletişim yetersizliğini, hemşirenin kendini mesleki açıdan yetersiz görmesini ve hekimlerin yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamasını gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelik Bölümü İntörn Öğrencilerine Göre Hekim – Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği En Sık İşaretlenen Maddeler (n = 113)

Hekim – Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği Alt Boyutları	(Tamamen katılıyorum + katılıyorum) %	Ort. ± SS
Meslek Algısı Alt Boyutu		
Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmaları ilişkileri gerginleştirir.	88.5	1.67 ± .82
Tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı bir biçimde iletilmemesi mesleki ilişkileri zedeler.	88.5	1.70 ± .89
Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.	85	1.74 ± .94
Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	83.2	1.82 ± .91
Hekimlerin, ekip içindeki statülerini yüksek görmeleri anlaşmazlıkları artırır.	82.3	1.73 ± .91
Çalışma Koşulları Alt Boyutu		
Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.	91.2	1.68 ± .72
Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller	89,4	1.53 ± .79
Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.	89.4	1.65 ± .82
Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma nedenidir.	89.3	1.69 ± .76
Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	87.6	1.74 ± .83
İletişim Alt Boyutu		
Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya neden olmaktadır.	92.97	1.61 ± .64
Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma nedenidir.	90.3	1.69 ± .71
Hekimin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hemşirelerle sorun yaşanmasına sebep olur	87.6	1.71 ± .70
Hemşirenin iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz kalması hekimlerle sorun yaşanmasına sebep olur	84	1.87 ± .80
Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmaması ilişkileri gerginleştirir	81.4	1.82 ± .96

Hekim – hemşire çatışma nedenleri ölçeğinin en sık işaretlenen maddelerine bakıldığında; hemşirelik intörn öğrencileri çatışma nedeni olarak en sık; hekimlerin meslek algısına ilişkin problemleri, hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayanarak amir gibi davranmalarını, tıbbi istemlerin zamanında ve yazılı olarak iletilmemesini, hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmamasını, hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliğini, hekimlerin ekip içindeki statülerini yüksek görmelerini, hemşire-hekim arasında çalışma uyumsuzluğunun olmasını, kişiler arası ayrımcılık yapılmasını, kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanmasını, hastanede iyi bir koordinasyon sisteminin olmamasını, hekim-hemşire ve hemşire-yönetim arasındaki iletişim yetersizliğini, hekim ve hemşirenin ayrı ayrı iletişim becerilerini kullanma açısından yetersiz oluşunu ve hekimlerin yeni başlayan hemşirelere hoşgörülü yaklaşmamasını ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelik ve Tıp İntörnlerrinin En Sık İşaretlediği Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği Ortak Maddeler

Hekim – Hemşire Çatışma Nedenleri Ölçeği	Hemşirelik İntörn n = 113		Tıp İntörn n = 45	
	(Tamamen katılıyorum + katılıyorum) %	Ort. ± SS	(Tamamen katılıyorum + katılıyorum) %	Ort. ± SS
Hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması bir çatışma sebebidir.	85	1.74 ± .94	91.1	1.87 ± 1.00
Hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliği hemşire-hekim arasında çatışma nedenidir.	83.2	1.82 ± .91	91.1	2.00 ± 1.03
Kişiler arası ayrımcılık yapılması bir çatışma nedenidir.	89.4	1.65 ± .82	88.9	1.70 ± .89
Hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmaması hemşire- hekim arasında çatışma nedenidir.	87.6	1.74 ± .83	88.9	1.93 ± .86
Kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanması çatışma nedenidir.	89.4	1.69 ± .76	86.7	1.79 ± .87
Hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğun olması çatışmaya yol açmaktadır.	91.2	1.68 ± .72	82.2	1.91 ± .91
Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliği, çatışmaya neden olmaktadır.	92.9	1.61 ± .64	91.1	1.60 ± .67
Hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmaması çatışma nedenidir.	90.3	1.69 ± .76	64.4	1.97 ± .86
Hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmaları ilişkileri gerginleştirir	81.4	1.82 ± .96	62.2	2.12 ± 1.14
Hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanması çatışmayı engeller.	89.4	1.53 ± .79	80	1.77 ± .95

Çatışma nedeni olarak hemşirelik intörnlerinin en sık işaretlediği 15 maddeden, tıp intörnlerinin ise en sık işaretlediği 14 maddeden 10'unun ortak olduğu saptanmıştır. Hem tıp hem de hemşirelik intörn öğrencileri ortak şekilde; hastanede nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmamasını, hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliğini, kişiler arası ayrımcılık yapılmasını, hastanede iyi bir koordinasyon (iletişim, toplantı) sisteminin olmamasını, kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanmasını, hemşireler ile hekimler arasında çalışma uyumsuzluğunun olmasını, hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim yetersizliğini, hemşireler ve yönetim arasında etkin ve iki yönlü bir iletişimin olmamasını ve hekimlerin, yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamasını çatışma nedenleri olarak gösterirken; hemşire-hekim arasında etkin bir takım çalışması uygulanmasının ise çatışmayı engellediğini ortak şekilde belirttikleri saptanmıştır (Tablo 5).

Tartışma

Sağlık profesyonelleri arasında iş birliğinin gerekli olmasının temel nedeni, tüm sağlık profesyonellerinin ortak amacının hastalara kaliteli bakım sunmak olmasıdır. Hekim ve hemşirelerin her birinin kendi uzmanlık alanlarında farklı görevleri vardır, ancak bu görevlerin tümünün odağında hastanın sağlığına kavuşması yer almaktadır (26). Hekim ve hemşire ilişkilerinin pozitif olması durumunda; çatışmaların hasta yararına olacak şekilde çözümlendiği ve hasta bakımının etkin ve rahat sürdürüldüğü gözlemlenmiş olmakla birlikte, bu iki meslek grubunun ilişkisinin zayıf olması durumunda çatışmaların etkin bir şekilde çözümlenmediği görülmüştür. Bu durumda hasta bakımı konusunda önemli sorunların ortaya çıkma ihtimali oluşmaktadır (27). Bu nedenlerle bu mesleklere adım atmaya çok az zamanları olan hemşirelik ve tıp intörn öğrencilerinin hekim hemşire çatışma nedenlerine yönelik düşüncelerinin bilinmesi çatışmaları önlemek açısından önemli hale gelmektedir. Bu bağlamda çatışma nedenleri ölçeğine intörn öğrenciler tarafından verilen yanıtları sadece puan olarak değerlendirmenin yüzeysel kalacağı; madde bazında tartışarak devam etmenin bu araştırmanın amacına daha iyi hizmet edeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada çatışma nedenleri ölçek puanlarına göre hemşirelik intörn öğrencilerinin meslek algısı ve iletişimden kaynaklanan boyutları tıp intörnlerine göre daha fazla çatışma nedeni olarak gördüğü saptanmıştır. Bu bulgular ışığında tıp ve hemşirelik intörnlerinin öncelikli çatışma nedenlerinin farklı olduğu görülmektedir. En sık işaretleme yapılan maddeler de içerik olarak bunu destekler niteliktedir. Bu durum; araştırmanın yapıldığı hastanede hemşirelik intörünü olarak uygulama yapılan kliniklerde daha çok hekimin meslek algısı ve iletişim problemlerinden kaynaklanan çatışma ortamlarının oluştuğunu; tıp intörnlerinin uygulama yaptığı kliniklerde ise daha çok iş yoğunluğu, dengesiz nöbet dağılımları, fazla çalışma süreleri ve hastanedeki yetki ve sorumluluk dengesizliği gibi hastane ile ilgili konularda çatışma yaşandığını ortaya koymaktadır. Birebir hekim ve hemşire preseptörlerle çalışılan bu uygulamalarda intörneri çalışma ortamından, rol modelleri ile etkileşimden, sağlık ekibiyle kurdukları iletişim ve şahit oldukları iletişim hatalarından bağımsız düşünmek mümkün olmadığından bu sonuç şaşırtıcı olmamaktadır (15, 18, 19). Onan, Işık Andsoy ve Görücü'nün (2019), ameliyathanede çalışan hekim ve hemşirelerin yaşadıkları iletişim problemlerini inceledikleri araştırmalarında da hemşireler, hekim ve hemşirelerin iletişim sorunu yaşama ve yıkıcı davranışlara maruz kalarak etkilenme durumlarını hekimlere göre daha fazla ifade etmişlerdir (28). Manisalı ve Yıldırım'ın (2013) çalışmasında da hekimler; hastanede resmi işlerin yoğun olması, kişiler arası ayrımcılık yapılması, ortak bilimsel ve sosyal toplantıların az olması gibi nedenlerle daha çok çatışma yaşadıklarını belirtmişlerdir (24). Dinçel (2019) ise çalışmasında hekim ve hemşireler arasındaki temel çatışma nedenlerinin ortak şekilde görev tanımlarının belirsizliği, iletişim sorunları, çalışma koşulları, hekimin kaba ve yıkıcı davranışları ile meslek algısı olduğunu belirtmiştir (29). Görüldüğü üzere literatürde yer alan çatışma nedenlerinin araştırma bulgularımıza benzeyen ve ayrılan tarafları bulunmaktadır. Bu farklılaşmanın örnekleme yer alan sağlık ekibinin çalıştığı kurum, kurum içi işleyiş, çalışılan birim ve hatta ekip dinamikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hem hemşirelik hem de tıp intörneri madde bazında kendi meslek gruplarına yönelik sadece bir maddeyi çatışma nedeni olarak belirtirken, her iki grubun da ortak şekilde hekimlerin yeni başlayan hemşirelerin deneyimsizliklerine hoşgörülü yaklaşmamasını çatışma nedeni olarak ifade ettiği saptanmıştır. Akyürek, Özer, Argon ve Conk'un (2005), araştırmalarında da benzer şekilde; hemşirelerin %57.1'inin, beş yıl ve altında hemşirelik deneyimine sahip olan hemşirelerin ise %84.9'unun yıkıcı hekim davranışına tanık olduklarını veya böyle bir davranış deneyimlediklerini belirtmişlerdir (30). Öztürk ve ark. (2016), çalışmalarında işe yeni başlayan hemşirelerin çoğunluğunun, hekimlerin kendilerini amir olarak ve daha üstün görmesini ve hemşirelerin görev ve faaliyetlerini basit olarak değerlendirmesini çatışma nedeni olarak belirtmişlerdir (31). Olajide, Asuzu ve Obembe'nin (2015), hekim ve hemşirelerde çatışma konularını incelediği çalışmada, hekimler için otonomi ve güç isteğinin, hemşireler için ise daha etkili ve söz geçirebilir olma isteğinin çatışmaya götüren nedenler olduğunu belirtmişlerdir (32). Literatür ile araştırma bulgularımızın bu madde bazında benzeştiği görülmektedir. Bu çalışmada her iki meslek grubu için de ortak şekilde saptanan bu çatışma nedeninin, araştırmanın yapıldığı kurumun çalışma şekli, iç dinamikleri ve işleyişi de göz önünde bulundurularak, hemşireler açısından hastanedeki oryantasyon programlarının yetersizliğinden, yeni başlayan hemşirelerin preseptör olmadan çalışma ortamında yalnız bırakılmaları veya erken dönemde gece nöbetine dahil edilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma bulgularına göre hemşirelik intörn öğrencilerinin hekimden kaynaklanan çatışma nedenleri dışında hastane ve çalışma koşullarına ilişkin en sık; kişiler arası ayrımcılık yapılmasını, hastanede iyi bir koordinasyon sisteminin olmamasını, nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmamasını, hastanede yetki ve sorumluluk dengesizliğini ve kurumda ekip çalışmasının yetersiz uygulanmasını çatışma nedeni olarak belirttikleri saptanmıştır. Literatürdeki araştırmalar da bu açıdan bulgularımız ile benzerlik taşımaktadır. Manisalı ve Yıldırım'ın (2013) çalışmasında da hemşireler en çok meslek algısını oluşturan nedenlerden dolayı olmakla birlikte, ekip çalışmasının uygulanmasındaki yetersizlikler, tıbbi malzemenin ihtiyacı karşılamaması, hekim-hemşire arasında etkin bir takım çalışmasının sağlanamaması, işyeri fiziksel koşullarının uygun olmaması şeklindeki konularda hekimlerle çatışma yaşadıklarını ifade etmişlerdir (24). İntepeler ve Harmancı (2011) cerrahi birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde çatışma nedenlerini inceledikleri araştırmalarında, araştırma bulgularımıza benzer şekilde, her iki meslek grubunun da görev, yetki ve sorumluluklardaki belirsizlik ve aşırı iş yükü altında çalışmayı çatışma nedeni olarak gösterdiklerini

belirtmişlerdir (21). Bu çalışmada saptanan bu bulgu ise hemşirelik intörnlerinin uygulama yaptıkları kliniklerde hekim kaynaklı nedenlerden sonra en sık hastanedeki yönetsel problemleri ve çalışma koşullarından kaynaklı nedenleri çatışma nedeni olarak gözlemlemiş olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmada iki grup da ortak şekilde etkin bir takım çalışması uygulanmasının çatışmayı engelleyeceğini ifade etmiştir. Bu bulgu; çatışma önleme açısından literatürdeki diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Çakıcı (2020), çalışmada hemşirelerin işbirliği puan ortalamasının hekimlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ve işbirliğine hekimlerden daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir (22). İntepeler ve Harmancı da (2011) çalışmalarında hemşirelerin çatışma çözme beceri puan ortalamalarının hekimlerden daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (21). Bu durumun çalışmamızda intörn öğrencilerin görüşlerinin yer alması ve öğrencilerin henüz primer klinik ve hasta sorumluluğu almamış ve buna bağlı herhangi bir çatışma deneyimi yaşamamış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısının çatışma nedeni olduğuna dair herhangi bir bulguya rastlanmamakla birlikte algısal farklılıkların çatışma nedeni oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ortaya çıkan hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği puan ortalamalarına göre; hem hemşirelik hem de tıp intörn öğrencileri için hemşirelik mesleğine yönelik imajın zayıf düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışmadaki İmaj ölçeği alt boyut puanlarına göre, tıp intörnlerinin hemşirelik mesleğini yücelten mesleki değerler, hemşirelik eğitiminin önemi ve bilimselliği ile hemşirelerin dış görünüşleri konusunda hemşirelik intörnlerine göre daha olumlu algı ve düşüncelere sahip olduğunu; hemşirelik intörnlerinin ise çalışma koşulları ve cinsiyet açısından tıp intörnlerine göre daha olumlu algı ve düşüncelere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Burada hemşirelik imajının olası çatışma nedeni olabileceğini düşündüğümüz tarafı ise tıp intörnleri açısından hemşirelik mesleğinde erkeklerin lehine olumlu algının olduğunu gösteren şekilde cinsiyet alt boyut puanının ve hemşireliğin iş tanımının yeterli olmaması gibi şartları değerlendiren çalışma koşulları alt boyut puanının düşük olmasıdır. Hemşirelik intörnleri açısından ise hemşirelik mesleğinin değerini yansıtan mesleki nitelik alt boyutundan düşük alınması, hemşirelik eğitim düzeyi farklılıkları ve hemşirelik öğrencilerinin hemşirelerin dış görünümünde kibar, nazik ve güler yüzlü olma konusunda eksikliklerin olduğunu düşünmelerinin olası çatışma nedenlerini oluşturabileceği düşünülmektedir.

Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelik mesleği ve rollerine yönelik algıların değişiklik gösterdiği görülmüştür. Bakalis, Mastrogianni, Melista ve Kiekkas'ın (2015) lise ve hemşirelik öğrencileri ile hemşirelerde yürüttüğü çalışmada çoğu lise öğrencisinin hemşireliği bir bilim olarak bildiğini, hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun, mesleği iş güvenliğinden dolayı tercih ettiğini; hemşirelerin ise bu mesleğin kariyer fırsatları olduğunu, sosyal tanınma sunduğunu ve iş güvenliği sağladığını belirtmişlerdir (33). Bir sistematik derlemede beş araştırmanın bulgularına göre, hemşireliğin bir meslek olarak olumlu algılandığı belirtilmiştir (34). Gençlerin hemşirelik mesleğine yönelik algılarının incelendiği başka bir sistematik derlemede ise tersi şekilde, gençler hemşireliği kötü çalışma koşulları olan, nöbetli çalışan, sınırlı otonomisi olan bir meslek olarak tanımlarken, hemşireliğin toplumdaki statüsünü düşük olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (23). Bahreyn'de birinci sınıfa yeni başlayan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin hemşirelik mesleğine yönelik olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu ifade edilmiştir (35). Türk toplumuna bakıldığında ise; hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısının hem toplum hem sağlık profesyonelleri hem de hemşirelik öğrencileri açısından olumsuz olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (19, 36, 37). Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar'ın yaptığı çalışmada Türk toplumundaki hemşirelik imajının olumsuz olduğu belirtilmiştir (19). Cıvci ve Şener (2012) de çalışmalarında "toplumumuzun olumsuz hemşirelik imajına sahip" olduğu görüşünün dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu tarafından da benimsendiğini saptamışlardır (36). Tan ve ark. (2015), çalışmalarında öğrencilerin büyük kısmının hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının olumsuz olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (37). Bu çalışmada da imaj algısının hem hemşirelik hem de tıp intörnleri açısından düşük düzeyde olması bunu destekler niteliktedir. Ayrıca bu çalışma için önemli olan; saptanan düşük hemşirelik imajı algısının çatışma nedeni olma potansiyelidir. Bu olumsuz algının değiştirilmesi hekim hemşire çatışmasını azaltmada rolü olması açısından önem taşımaktadır. Bu durumda hemşirelik imajı algısının iyileştirilmesinin çatışmayı azaltabileceği düşünülmektedir. Ancak bunun için hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısının hekim hemşire çatışma nedenleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tıp intörnü sayısının hemşirelik intörn sayısına göre az olması nedeniyle intörn öğrenci sayıları birbirine yakın değildir. Bu durum araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı da tek kurumda ve ilde yapılmış olmasıdır. Farklı özellikteki kurumlarda (örn: vakıf üniversiteleri), farklı illerde (özellikle İstanbul gibi öğrencilerin farklı kurumlarda, farklı bakım standartlarında ve farklı hemşire örnekleri ile iletişimde oldukları bölgelerde) yapılması farklı sonuçlar doğurabilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırma bulgularımıza göre hem hemşirelik hem de tıp intörn öğrencileri için hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı zayıf düzeydedir. Her iki grup da çoğunlukla ortak şekilde hastanedeki çalışma koşulları ve iletişime ilişkin faktörleri çatışma nedeni olarak göstermiştir. İki grubun birbirinden ayrıldığı taraf hemşirelik intörnleri hekimin meslek algısı ve iletişime dayanan özelliklerini daha fazla çatışma nedeni olarak görürken; tıp intörnlerinin daha çok çalışma koşullarına ilişkin; hastanede işlerin yoğun olması, nöbetlerin dengeli bir şekilde dağıtılmaması, fazla çalışma süreleri gibi konuları çatışma nedeni olarak görme eğiliminde olmasıdır. Bu sonuçlar ışığında hekim hemşire çatışma nedenlerinin özellikle meslek algısı ve iletişimden kaynaklanan boyutlarını çözümleyebilmek için öncelikle grupların kendi içinde ayrı ayrı çalıştığı, sonrasında her iki öğrenci grubunun bir araya getirildiği senaryolar ve canlandırmalar ile işlenen iletişim laboratuvarlarına müfredatlarda yer verilmesine gereksinimin olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmalarda kullanılan senaryoların özellikle mesleki uygulamalar esnasında en sık karşılaşılan iletişim hatalarından seçilerek yapılandırılması ve altta yatan algısal faktörlere odaklanması yarar sağlayabilecektir.

Bilgilendirme

Literatür taraması yapılarak araştırma konusunun belirlenmesi süreci BY, ÖÇ, EFÇ ve SÇP; araştırma planlamasının yapılması, etik kurul ve kurum izinlerinin alınması süreci CKŞ, araştırma verilerinin SPSS girişi BY, ÖÇ ve EFÇ; bulguların analizi CKŞ ve ÖDÇ, bulguların yorumlanması, kaynak tarama ve tartışmanın yazılması CKŞ ve SÇP tarafından yürütülmüştür. Çalışmanın yürütülebilmesi için bir kamu üniversitesinin sağlık bilimleri etik kurulundan (Tarih: 13.02.2019, sayı: 20.478.486), ve araştırmanın yürütüldüğü tıp fakültesi (Tarih: 20.02.2019, sayı: 23685492-605.01) ve hemşirelik (Tarih: 19/02/2019, sayı: 25179258-051.99) bölümlerinden yazılı izin alınmıştır. Tüm yazarlar önemli katkılarda bulunmuştur ve tüm yazarlar makalenin içeriği konusunda hemfikirdir. Yazarlar çıkar çatışmasıyla sonuçlanan hiçbir finansal destek veya ilişki beyan etmemektedir. Bu çalışma sırasında herhangi bir kurum ve kuruluştan, maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır. Yazarlar, araştırma ekibi olarak çalışmaya katılan tüm öğrencilere ve uygulama izni veren tüm kurumlara teşekkürlerini sunmaktadır.

Kaynaklar

1. Mirjam K, Corinna L, Sonja B, Lars R, Christian M, Linda Z et al. Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *J Health Organ Manag.* 2016;30(2):227-243.
2. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist.* 2018;73(4):433-450.
3. Schmutz JB, Meier L, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;9(9):1-16.
4. Çelik A, Karaca, A. Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2017; 14(4), 254-263.
5. Hellyar M, Madani C, Yeaman S, O'Connor K, Kerr KM, Davidson JE. Case study investigation decreases burnout while improving interprofessional teamwork, nurse satisfaction, and patient safety. *Critical Care Nursing Quarterly.* 2019; 42(1): 96-105.
6. Çıraklı Ü, Çelik Y, Beylik U. Etkili ekip çalışmasının sağıktaki önemi ve faydaları: Bir literatür çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 2015; 2(3): 140-146.
7. Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Medical care.* 2015; 53(4): 16-30.
8. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *Journal of health organization and management.* 2013; 27(1): 134-142.
9. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of clinical nursing.* 2014; 23(19-20): 2968-2979.
10. Dingley C, Daugherty K, Derieg MK, et al. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008: 1-8.
11. Bosch B, Mansell H. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacist Journal.* 2015;148(4):176-179.
12. Dinçel YM. Çalışma ortamlarında hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri ve çatışmaların yönetimi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2019;3(6):256-265.
13. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: A survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice.* 2017;6:1-7.
14. Eraslan P, Beyazıt Gülhan Y. Hekimler ve hemşirelerde iş birliğine yönelik tutumun değerlendirilmesi: Kesitsel bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2020;3(7):393-401.
15. Çelik AS, Türkan Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *Florence Nightingale J Nurs.* 2013;21(3):147-153.
16. Özdelikara A, Mumcu Boğa N, Çayan N. Hemşirelik öğrencilerine ve sağık alanı dışındaki öğrencilere göre hemşirelik imajı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2015;5(2):1-5.
17. Kızılıcak Özkan Z, Ünver S, Avcıbaşı İM, Semerci R, Yıldız Fındık Ü. Bir grup hemşirelik öğrencisinin mesleğe yönelik imaj algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2017;19(1):38-47.
18. Eyikara E, Eyüboğlu G, Göçmen Baykara Z. Hemşirelik mesleğinin gazetelere yansması: on beş yıllık değişim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019;22(1):41-48.
19. Kaynar Şimşek A, Ecevit Alpar Ş. Toplumun hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı: Sistematik derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi.* 2019;2(1):32-46.
20. Abaoğlu H, Cesim MB, Kars S, Ake S. Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin interdisipliner ekip çalışmasına bakışının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2018;5(2):67-76.
21. Seren İntepeler Ş, Kader Harmancı A. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşire ve hekimlerin çatışma nedenleri, çatışma çözme becerileri ile kullandıkları stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2011;8(2):38-43.
22. Çakıcı N. Hekim hemşire işbirliği ve iş doyumunu arasındaki ilişki. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi.* 2020;9(2):175-180.
23. Glarean N, Hupli M, Talman K, Haavisto E. Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Educ Today.* 2017;57:95-102.
24. Manısalı A. Hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik programı yayınlanmamış yüksek lisans tezi. (Danışman: Yıldırım A). İstanbul, 2013.
25. Dost A, Bahçecik N. Hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği geliştirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing. Hemşirelik akademik araştırma dergisi.* 2015;1(2):51-59.
26. Hee Lee Y, Ahn D, Moon J, Han K. Perception of interprofessional conflicts and interprofessional education by doctors and nurses. *Korean Journal of Medical Education.* 2014; 26(4): 257-264.
27. Koohestani, HR, Baghcheghi N. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2009; 27(1): 66-74.
28. Onan N, Işık Andsoy I, Görücü R. Ameliyathanede çalışan hekim ve hemşirelerin iletişimde yaşadıkları sorunlar ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi [online].* 2019;4(1):24-36. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/628269>. 22 Şubat 2021.
29. Dinçel YM. Çalışma ortamlarında hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri ve çatışmaların yönetimi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2019;3(6):256-265.

30. İnce S. Hekim davranışlarının hemşirelerin stresle başatme durumları üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2014; 16(2): 41-53.
31. Öztürk H, Şule K, Serin G, Bayrak B, Balık T, Demirbağ B. Hastanelerde işe yeni başlayan hemşirelerin sorunları. Acıbedem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 4:189-201.
32. Olajide AT, Asuzu MC, Obembe TA. Doctor-nurse conflict in nigerian hospitals: causes and modes of expression. Br J Med Med Res. 2015;9(10):1-12.
33. Bakalis NA, Mastrogianni E, Melista E, Kiekkas P. The image and profile of the nursing profession in Greece: Attitudes of high school students, nursing students and nurses. Int J Nurs Clin Pract. 2015;2(125):1-4.
34. Sreeja Nageshwar V. Public perception of nursing as a profession. International Journal For Research in Applied Sciences and Biotechnology. 2018;5(5):15-19.
35. Mohamed SH, Sabri AM. Bahraini nursing students' perceptions of the nursing profession as a career of choice. International Journal of Nursing Education. 2016;8(4):18-23.
36. Cıvci H, Şener E. Hemşire adaylarının mesleki güdülenme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. [online]. 2012;5(4):142-149. <https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4625/civci.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 22 Şubat 2021.
37. Tan M, Polat H, Şahin Z. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2011;4(2):67-78.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Yaşam Sonu Bakımda İyi Ölüm Algısı: Lisansüstü Hemşirelik Öğrencileri Deneyimi

 Pinar ZORBA BAHÇELİ¹,  Derya ÇINAR²,  Nazan KILIÇ AKÇA³

¹Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

²Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

³Doç. Dr., İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Giriş: Hayatı tehdit eden hastalıklarda, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran yaklaşım olarak tanımlanan yaşam sonu bakımın temel hedeflerinden birisi iyi ölümdür. **Amaç:** Araştırma, yaşam sonu bakımında çalışan lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm algısına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Araştırma, nitel tipte tasarlandı. Veriler, 10 Ekim-10 Kasım 2020 tarihleri arasında yaşam sonu bakımında aktif olarak çalışan 17 lisansüstü hemşirelik öğrencileri ile odak grup görüşme yöntemiyle online çevrimiçi toplandı. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmada lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 27.94 ± 3.39 , %59'unun kadın ve mesleki deneyim süresinin beş buçuk yıl olduğu tespit edildi. Öğrencilerin tamamı iyi ölüm kavramına ilişkin mesleki eğitim almadıklarını ifade ettiler. Çalışmada üç ana tema elde edildi. Lisansüstü hemşirelik öğrencileri genç hastaların ölümünden etkilenmelerine rağmen mesleki deneyim süreleri arttıkça duyarsızlaştıklarını belirttiler. Öğrenciler iyi ölümü; ağrısız-acısız, sevdikleri ile son ana kadar vedalaşma, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınma, tercih ettiği yerde olma ve bakım yükü oluşturmama olarak tanımladılar. **Sonuç:** Araştırma sonucunda, öğrenciler iyi ölümü; ağrısız-acısız, sevdikleri ile son ana kadar vedalaşma, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınma, tercih ettiği yerde olma ve bakım yükü oluşturmama olarak tanımladıklarını ancak iyi ölümü gerçekleştirmek için kliniklerde hemşire sayılarının ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade ettiler. İyi ölüm ilkelerini içeren derslerin hemşirelik müfredatına entegre edilmesi ve kliniklerde hemşirelerin iyi ölümü gerçekleştirebilmeleri için güçlendirici kurum içi politikaların izlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: İyi Ölüm, Algı, Hemşirelik, Öğrenci, Deneyim

Abstract

Good Death Perception in End-of-Life Care: Nursing Students Experience

Background: One of the main goals of end-of-life care, which is defined as an approach that improves the quality of life of patients and their families in life-threatening diseases, is good death. **Objectives:** The study was carried out to determine the views of postgraduate nursing students working in end-of-life care on the perception of good death. **Methods:** The study was designed in qualitative type. Data were collected online through focus group interview method with 17 postgraduate nursing students actively working in end-of-life care between 10 October and 10 November 2020. In order to collect the data of the research, an introductory information form containing the socio-demographic characteristics of the students and a semi-structured interview form were used. **Results:** In the study, it was determined that the average age of postgraduate nursing students was 27.94 ± 3.39 , 59% of them were women and the professional experience was five and a half years. All of the students stated that they did not receive vocational training on the concept of good death. Postgraduate nursing students indicated that although they are affected by the death of young patients, they become desensitized as their professional experience increases. Students identified good death; painless, saying goodbye to their loved ones until the last moment, avoiding unnecessary medical intervention, being in the preferred place and not creating a burden of care. **Conclusion:** As a result of the study, students described good death; painless, saying goodbye to their loved ones until the last moment, avoiding unnecessary medical intervention, being in the preferred place and not creating a burden of care, but it was determined that nurse numbers in the clinics and levels of knowledge were insufficient to achieve a good death. It can be recommended to integrate the courses that include the principles of good death into the nursing syllabus and to follow empowering in-house policies so that nurses can achieve good death in clinics.

Key Words: Good Death, Perception, Nursing, Student, Experience

Geliş Tarihi / Received: 26.08.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.04.2022

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. +90(553)4872550 E-posta: pinarzorba85@gmail.com

Cite This Article: Zorba Bahçeli P, Çınar D, Kılıç Akça N. Yaşam Sonu Bakımda İyi Ölüm Algısı: Lisansüstü Hemşirelik Öğrencileri Deneyimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 270-278.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Yaşam sonu bakım ihtiyacı; teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki hızlı gelişmelere, beklenen yaşam süresinin ve yaşlı popülasyonunun artmasına bağlı olarak bakım gerektiren kronik ve dejeneratif hastalık insidansı ile birlikte son on yılda artmıştır (1). Yaşam sonu bakımda, tedavi seçeneklerinin azalması, hastalık sürecinin ilerlemesi ve semptom kontrolünün yetersiz kalması nedeniyle hastalarda karmaşık sorunlar ortaya çıkabilmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) palyatif bakımın bir parçası olan yaşam sonu bakımı; yaşamı tehdit eden hastalıklarda, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım olarak tanımlamakla birlikte bu sürecin multidisipliner olduğunu vurgulamaktadır (3). Hasta ve aileleri ile daha fazla zaman geçiren hemşireler, yaşam sonu bakımda ölmekte olan hastalarla sıklıkla karşılaşabilen ve onlara ölüm sürecinde bakım veren önemli sağlık profesyonelleridir (4). Yaşam sonu bakımda, hastanın semptom yönetiminin ve fiziksel bakımının sağlanmasının yanında, hastanın duyu durumunun anlaşılması ve yönetilmesi, hastanın özerkliğinin korunması, ailenin kayıp ve yas sürecine hazırlanması, hastanın etik ve ahlaki değerlerine uygun saygın bir ölüm yaşaması amaçlanmaktadır (5,6). Bu nedenle hemşireler, ölüm sürecindeki hastaların huzurlu, saygın ve iyi ölüm yaşamalarını sağlamak için gerekli bakımları verebilmelidirler (7). İyi ölümün evrensel bir tanımı olmamakla birlikte; bireyin özerkliğinin tanındığı, tedavi seçenekleri hakkında karar verebildiği, duyu yönetiminin sağlandığı, ağrı ve diğer semptomların yönetildiği, bireyin ve ailenin dini ritüellerine uygun, bakım yükü oluşturmeyen, zamanında, doğal, mahremiyete saygılı ve sevdikleri ile vedalaşma için yeterli zamanın olduğu ölüm olarak kabul edilmektedir (8,9). İyi ölüm, bireysel ve kültürel etmenlere göre zaman içerisinde değişim gösteren dinamik bir kavram olup, temel bir insan hakkıdır (10,11). Hemşireler, yaşam sonu bakımda ölmekte olan hastalara sürekli bakım verseler de, her ölüm özeldir ve birbirine benzerlik göstermemektedir. Bakımını gerçekleştirdikleri her bir hastanın ölümü hemşireleri duygusal anlamda zorlayabilmektedir (12,13). Bu nedenle hemşirelerin ölüm sürecindeki hasta bakımına ilişkin algılarının ve farkındalıklarının artması, iyi ölüm kavramının onlar için neyi ifade ettiğini bilmeleri, hemşirelik bakımı ve uygulamalarına iyi ölüm sürecini nasıl yansıtabileceklerini öğrenmeleri gerekmektedir.

Ulusal literatürde az sayıda çalışma iyi ölüm kavramına odaklanmış olup (7,13-17), hemşirelerin iyi ölüm algısını inceleyen mevcut çalışmalar da genellikle nicel tipte yer almaktadır (14,15,17). Ancak hemşirelerin, iyi ölüm kavramına yönelik yaşam deneyimlerini, algılarını, tutum ve davranışlarını derinlemesine inceleyen ve öznel olarak ifade etmelerine olanak sunan nitel çalışmalara gereksinim vardır. İyi ölüm kavramını inceleyen çalışmamızın, nitel tipte yapılmış olması nedeniyle dikkat çekmesi ve yeni araştırmalar yapmak için literatüre yol gösterici olması açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu anlayıştan yola çıkarak bu araştırma, ölümü yaklaşan hastaya yaşam sonu bakım veren lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm algısına yönelik görüş ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, nitel yöntemlerden fenomenolojik (olgu bilim) desen metodolojisinde tasarlandı. Nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen; bir olgu ile ilgili bireysel deneyimlerin gerçek doğasını anlamayı ve bu deneyimlerin yüklediği anlamı ortaya çıkarmayı amaçlayan nitel bir tasarımıdır (18,19). Bu bağlamda, fenomenolojinin öznel deneyimlere yoğunlaşması, özgün olarak betimlenmesi ve yorumlanmasına fırsat sunması nedeniyle bu araştırmada yaşam sonu bakım deneyimi olan lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm algısına ilişkin görüş ve deneyimlerinin betimlenmesi amaçlandı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, bir üniversitenin lisansüstü eğitim enstitüsüne kayıtlı olan ve yaşam sonu bakım ünitelerinde hemşire olarak çalışan öğrenciler ile 10 Ekim- 10 Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir üniversitenin 2020-2021 eğitim yılında aktif olarak öğrenim gören 27 lisansüstü hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Fenomenolojik çalışmalarda örneklem büyüklüğünü belirlemede belirli bir olgu ile ilgili deneyimleri olan kişilerden detaylı bilgi edinilmesi için veri doygunluğuna ve yeterliliğine ulaşmak esastır. Katılımcıların araştırılan olguya yönelik deneyimlere sahip bireylerden seçilmesine örneklem stratejisi olarak ölçüt temelli örneklem ile ulaşılabilir (18). Bu araştırmanın tasarımına uygun olarak amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt temelli örneklem yöntemi kullanıldı. Öğrencilerin yaşam sonu bakımda aktif olarak çalışıyor olması örneklem ölçütü olarak belirlendi. Örneklem ölçütlerine uygun 21 öğrenci e-posta yoluyla araştırmaya davet edildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve internet erişimine sahip 17 lisansüstü hemşirelik öğrencisi örnekleme oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgiler Formu: Formda, lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin yaş, cinsiyet, meslek yılı, ailesinin yaşadığı bölge ve öğrenim gördüğü lisansüstü hemşirelik alanı ile ilgili sosyo-demografik bilgileri içeren beş soru yer aldı (5,8,10).

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Bu form, lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm kavramına ilişkin görüşlerini paylaşmaları ve detaylı olarak bilgi elde etmeyi sağlamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (20-23). Aynı zamanda, üç araştırmacının ölümü yaklaşan hastalara yaşam sonu bakım verme deneyimi ve "iyi ölüm" ile ilgili mevcut bilimsel çalışmaları olması formdaki soruların hazırlanmasında katkı sağladı. Öğrencilerin iyi ölüm kavramına ilişkin algıları, tanımlamaları, yaklaşımları, talepleri, beklentileri, tutum- davranışları ve yaşadıkları deneyimleri ortaya çıkarmak için yönlendirme içermeyen açık uçlu sorular görüşme formunun temelini oluşturdu. Görüşmeyi derinleştirmek ve verileri zenginleştirmek amacıyla görüşme sırasında elde edilen bilginin detaylı olarak açıklanmasına olanak sağlayan sondaj sorular da kullanıldı (18). Görüşme sürecinden önce görüşme sorularının içerik değerlendirmesi için uzman ve öğrenci görüşleri alındı. Görüşme soruları, araştırmacılar tarafından bağımsız ve nitel araştırma deneyimine sahip iki hemşire akademisyen tarafından incelendi. Aynı zamanda soruların açık ve anlaşılır olması ile ilgili olarak hedef lisansüstü hemşirelik öğrencileri arasından belirlenen ve

örneklem dışında tutulan üç kişi ile pilot çalışma yapıldı. Araştırma konusuna uygunluğu açısından değerlendirilen sorular geribildirimler doğrultusunda revize edildi.

Veri Toplama Yöntemi

Nitel araştırmalarda veri toplama yöntemlerinden biri olan odak grup görüşmesi, grup içi etkileşim ve grup dinamiğinden yararlanarak katılımcılardan detaylı ve zengin bilgi akışı sağlar (24). Bu araştırmada lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm olgusuna yönelik algı ve deneyimlerini derinlemesine ortaya çıkarmak için odak grup görüşme yöntemi ile araştırma verileri elde edildi. Araştırmanın yapıldığı dönemde pandemi koşullarına bağlı kısıtlılıklar nedeniyle görüşmeler çevrim içi ortamda senkronize gerçekleştirildi. Yenilikçi bir veri toplama yöntemi olan çevrim içi veri toplama yöntemi, katılımcılara fiziksel kısıtlılıkları kaldıran, yer ve zaman esnekliği sağlayan avantajlar sunar. Araştırmacı açısından da ulaşım kolaylığı ve zaman verimliliği yaratır (18). Görüşme öncesinde lisansüstü hemşirelik öğrencilerine bir ile 20 arasında kendilerine bir numara seçmeleri istendi. Öğrencilerin hastanelerde aktif olarak çalışması, pandemi sürecinde yoğun çalışma koşulları ve fazla sayıda nöbet tutmaları nedeniyle görüşmeler katılımcılar için uygun bir tarih ve saatte yapıldı. Birinci görüşmede sekiz, ikinci görüşmede dokuz lisansüstü hemşirelik öğrencileri ile iki farklı oturum şeklinde yürütüldü. Görüşmelerde yanlılığı önlemek amacıyla bir araştırmacı görüşmeyi yaparken diğeri gözlemci olarak görüşmelere katıldı. Görüşmenin başında öğrencilere araştırmanın amaç, gerekçe ve yöntemini içeren araştırma yönergesi açıklandı. Lisansüstü hemşirelik öğrencilerine, görüşmeler sırasında bilgisayar ortamında ses kaydı yapılacağı bilgisi verildi ve her birinden sözlü onam alındı. Öğrencilerden görüşme sırasında kendi seçtikleri numarayı söyleyerek söz almaları istendi. Görüşmede öncelikle tanıtıcı bilgiler formu dolduruldu. Daha sonra yarı yapılandırılmış görüşme formundaki açık uçlu sorularla oturumlar başlatıldı. Görüşmelerde lisansüstü hemşirelik öğrencileri sırayla söz aldı ve soruları yanıtlaması için her birine zaman tanındı. Literatürde nitel çalışmalarda verilerin tekrarlamaya başlamasının veri doygunluğuna ulaşıldığını göstermesi nedeniyle görüşmelerin sonlandırılabilceği belirtilmektedir (18,24). Bu nedenle araştırmada oturumlar sırasında veriler tekrarlamaya başladığında, veri doygunluğuna ulaşıldığı öngörüldüğü için görüşmeler sonlandırıldı. Oturumların her biri ortalama olarak iki saat sürdü.

Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmaya dahil edilen lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine ait nicel verileri; kategorik değişkenler (cinsiyet, ailesinin yaşadığı bölge ve öğrenim gördüğü lisansüstü hemşirelik alanı) için sayı (n), yüzde (%), sürekli değişkenler (yaş ve meslek yılı) için ortalama değerleri hesaplandı.

Nitel araştırmalarda verileri analiz ederken büyük orandaki ham verileri azaltarak özünü anlamaya ve dikkat çekici örüntüleri fark ederek ortak anlam çıkarmaya odaklanılır (25). Nitel veri analizinde veri azaltımı, veri gösterimi ve sonuç çıkarma/doğrulama süreçleri takip edilir (26,27). Bu süreçte verilerin kaydedilmesi, yazılı metin haline getirilmesi, kodlanması ve temalara ayrılması aşamaları uygulanır. Fenomolojik çalışmalarda, görüşme kayıtlarında tekrarlayan ifadeleri ve ortak kavramları kategorize etmek, aralarındaki ilişki kurmak ve yorumlamak için tematik analiz yöntemi sıklıkla tercih edilir (18,26). Bu araştırma verilerinin analizinde tematik analiz yöntemi uygulandı. Tematik analiz aşamalarında Microsoft Office Word 2010 kelime işlemci programından yararlanıldı (Şekil 1). Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları deşifre edilerek yazılı olarak dokümanite edildi. Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin özgün ifadeleri üzerinde hiçbir değişiklik ve düzeltme yapılmadan bilgisayar ortamında yazıya dönüştürüldü ve öğrenci teyidi alındı. Katılımcıların ifadeleri, gizliliğin sağlanmasında “öğrenci” yi sembolize ettiği için “Ö” olarak kodlandı ve her bir katılımcı kodunun yanına öğrencilerin seçtikleri numaralar verildi (Ö1, Ö2, Ö3... gibi). Her bir araştırmacı tarafından lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin ifadelerinin yer aldığı dokümanlar bağımsız olarak tekrar tekrar okunarak değerlendirildi. Özellikle sık tekrarlayan ifadeler taşıdıkları anlam yüküne göre gruplandırma yapılarak kodlama yapıldı. Araştırmacıların kodlamaları karşılaştırıldı, farklı kodlamalar tartışıldı ve kodlayıcılar arası uzlaşma sağlandı. Tümevarımsal olarak elde edilen kodlar birleştirilerek kategoriler oluşturuldu ve kategoriler bir araya getirilerek temalar elde edildi. Araştırmada yanlılığı elimine etmek için görüşmelerin yazılı metinleri, elde edilen kodlamalar, kategoriler ve temalar araştırmacılarından bağımsız iki akademisyenden uzman görüşü alındı. Uzman görüşleri ile araştırmacıların elde ettikleri veri analizleri karşılaştırıldı. Araştırmacılar ile uzman görüşleri arasında ortak görüş birliği sağlandı.

Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda inanılabilirlik ve sonuçların doğruluğunu kontrol etmek için inandırıcılık, aktarılabirlik, güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik ölçütleri literatürde altın standart olarak kabul edilir (28). Bu araştırmanın yapılandırılması, uygulanması ve yorumlanması aşamalarında geçerlik ve güvenilirlik ölçütlerinin sağlanmasına özen gösterildi. Araştırmanın örneklem seçimi, veri toplama, analiz etme süreçleri ve elde edilen bulgular ayrıntılı olarak açıklandı. Araştırmada veri toplama araçlarının hazırlanmasında literatürden yararlanılarak tutarlılık sağlandı. Yarı yapılandırılmış görüşme formu uzmanlar tarafından incelendi ve önerileri doğrultusunda revize edildi. Görüşme öncesinde soruların anlaşılabilirliğini test etmek için örneklem dışındaki lisansüstü hemşirelik öğrencileri ile pilot çalışma yapıldı. Görüşmelerin ses kayıtları yazılı metne dönüştürüldükten sonra öğrencilerin teyidi alındı ve üç araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelendi. Görüşme metni lisansüstü hemşirelik öğrencileriyle paylaşarak güvenilirliği ve doğruluğu için katılımcı teyidi alındı. Tematik analiz sürecinin her aşamasında araştırmacılar bir araya gelerek kodların, kategorilerin ve temaların anlamlı bir bütün olup olmadığını inceleyerek bulguların tutarlılığı sağlandı. Ayrıca verilerin analizinde güvenilirliği sağlamak için araştırmacılarından bağımsız iki uzman görüşü alındı. Çalışmanın her aşamasında araştırmacılar önce bağımsız değerlendirme yaptı, sonra elde ettikleri bulguları birlikte tartışarak görüş birliğine vardılar.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan izin alındı (Karar No: 2020/26). Araştırma ve yayın etiğine uyuldu. Araştırmaya dahil edilen lisansüstü hemşirelik öğrencilerinden araştırmaya gönüllü olarak katılmaları ve görüşmelerde ses kaydının alınması için bilgilendirilmiş onamları alındı. Görüşme sırasında ve

görüşme kayıtlarının kodlanmasında öğrencilerin kendi seçtikleri sembolik numaralar kullanılarak kimlik bilgilerinin gizliliği sağlandı. Ayrıca öğrencilerin deşifre olmaması için çevrimiçi görüşme ortamında görüntü kaydı alınmadı.

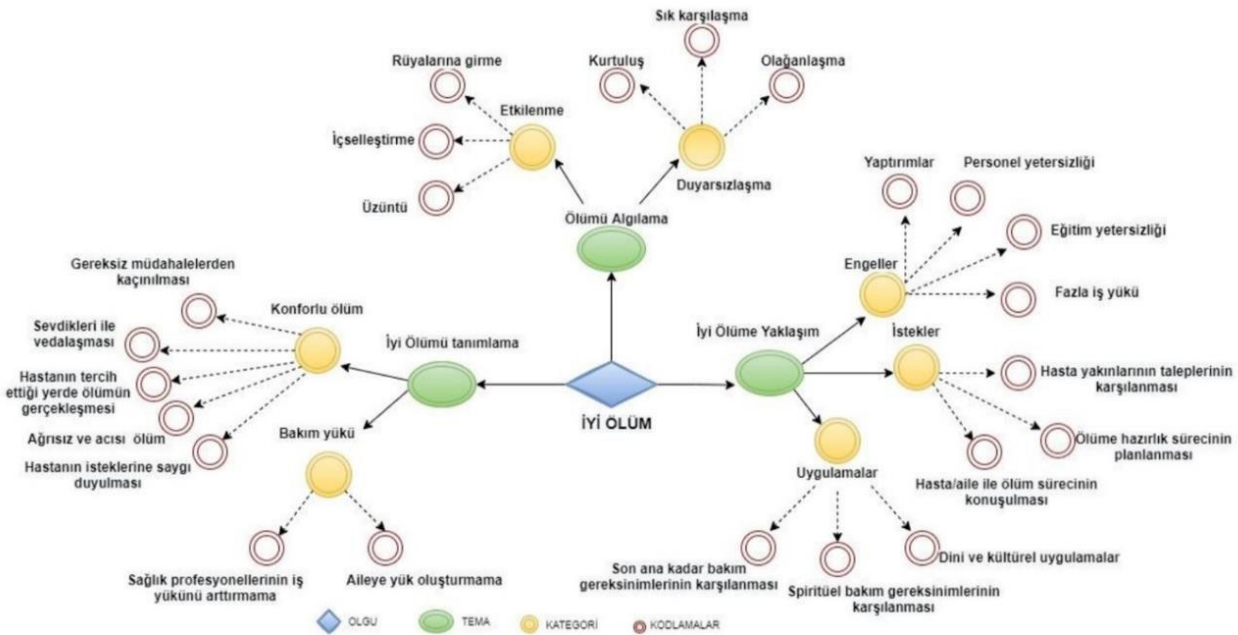
Bulgular

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı ve mesleki özellikleri

Araştırmaya dahil edilen lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin bazı tanıtıcı özelliklerine göre katılımcıların %59' unun (n=10) kadın, yaş ortalamalarının 27.94 ± 3.39 (min:23, max:34) olduğu ve %70.6' sının (n=12) ailesinin Ege bölgesinde yaşadığı belirlendi. Öğrencilerin mesleki özellikleri incelendiğinde meslek deneyim süresinin beş buçuk yıl olduğu saptandı. Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin %100'ü (n=17) meslek yaşantıları ve hemşirelik eğitimi boyunca iyi ölüm kavramına ilişkin herhangi bir mesleki eğitim almadıklarını ifade ettiler.

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm algısına yönelik görüş ve deneyimleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesine göre lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm algısına yönelik görüş ve deneyimlerine ilişkin ifadelerin tematik analiz bulguları Şekil 1.'de gösterildi. Tematik analizde 3 ana tema ve alt kategorileri belirlendi.



Şekil 1. Araştırma verilerinin tematik analiz bulguları

Tema 1. Ölümü algılama

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin, ölmek üzere olan veya ölümü gerçekleşen hastalarla karşılaştıklarındaki duyguları ve ölüme yönelik algıları incelendiğinde; duygu ve deneyimlerine göre anlam yüklü ifadeler kodlandığında etkilenme ve duyarsızlaşma kategorileri oluşturuldu.

Etkilenme

Lisansüstü hemşirelik öğrencileri genç hastaların ölümünden çok fazla etkilendiklerini (n=17) ve bu hastaların rüyalarına girdiklerini belirttiler. Hemşirelerin uzun süre hastaya bakım vermesi, hastanın yaşının genç olması ve ani ölümün gerçekleşmesini üzüntüyle karşıladıklarını (n=5) ve bu durumu içselleştirdiklerini (n=12) bildirdiler.

"...haftada en az bir iki kere ex durumu ile karşılaşıyorum...terminal dönemdeki hastanın ölme süreci ile genç hastanın ölme süreci arasında farklılık hissediyorum. Terminal dönemdeki hastayı kaybettiğimizde daha kolay adapte olabiliyorum ama genç hastayı kaybettiğimizde çok etkileniyorum. Kendi yaşam amacımı sorgulamaya başlıyorum". (23 numaralı öğrenci, 28 yaşında, kadın)

"... Ben daha çok etkileniyorum açıkçası hatta uzun zaman rüyalarımın girdiği oluyor hastaların, genç kaybettiğimiz zaman... Çok etkilenmişim ben... Genç olanlarda daha çok duygusal üzüntüm vardı. Yaşlılarda pek yoktu...". (16 numaralı öğrenci, 34 yaşında, kadın)

Duyarsızlaşma

Lisansüstü hemşirelik öğrencileri, yaşlı hastalar için ölümü kurtuluş olarak gördüklerini (n=5), yaşlı ve geri dönüşümü olmayan hastalığı olan bireylerin ölümünü içselleştirmediklerini (n=12) ifade ettiler. Bunun yanı sıra mesleklerinin ilk yıllarında bu durumu yönetemediklerini düşünürken, mesleki deneyimleri arttıkça ve ölüm olgusu ile çok sık karşılaştıkça ölümü rutin olarak gördüklerini (n=11) ve artık ölüm olgusuna bir materyal gibi baktıklarını (n=6) bildirdiler.

"Çok sıklıkla gördüğümüz için sanırım üzüntü acı veya stres gibi şeyler yaşamıyorum. Hastanın genel durumuna da bağlı. Eğer hasta belli bir yaşın üzerindeyse, çok fazla kronik hastalığı varsa artık kurtuldu olarak bakıyorum... Doğum kadar normal karşılıyorum". (15 numaralı öğrenci, 28 yaşında, kadın)

“...mesleğe devam etmekte çok zorlanıyordum ama sanırım yıl geçtikçe işe devam etmeniz daha kolay oluyor...Terminal dönemdeki hastayı kaybettiğimizde daha kolay adapte olabiliyorum”. (23 numaralı öğrenci, 28 yaşında, kadın)

“...yoğun bakımda devam ettiğim süreç içerisinde sonlara doğru biraz daha alıştığımı, biraz daha materyal gibi baktığımı fark ettim. Yine 24 saatlik nöbetlerde ilerleyen saatlerde hastayı kaybettiğimizde, yine beklediğiniz bir hasta ise bazen insan emeğe üzülmediğini hissediyor. Çok fazla uğraşıyorsunuz ve döndüremiyorsunuz. Tüm çabalar boşa gidiyor. Üzüntü, evet o kadar bakım sonunda sonuç görememenin verdiği bir üzüntü var. Sekonder olarak can kaybına üzüntü geliyor...”. (24 numaralı öğrenci, 28 yaşında, erkek)

Tema 2. İyi ölümü tanımlama

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin, ölmek üzere olan hastalarına yaşam sonu bakım verirken iyi ölüme yüklediği anlamdan yola çıkarak konforlu ölüm ve bakım yükü kategorileri elde edildi.

Konforlu ölüm

İyi ölümü tanımlarken öğrenciler sıklıkla ağrısız ve acısız olması (n=16), son ana kadar sevdikleri ile vedalaşması (n=17), gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınılması (n=13), hastanın tercih ettiği yerde ölümün gerçekleşmesi (n=16) ve hastanın isteklerine saygı duyulması (n=12) gerektiğini vurguladılar.

“...Bakım olarak hemşirelik bakımını en üst seviyede tuttuğumuzda, hastanın yanında olmasını istediği kişiler yanında olduğunda, acı çekmediğinde diyemiyorum çünkü ölüm sırasında acı çekilip çekilmediğini bilemiyoruz, bu şekilde. Yakınları sevdikleri yanında, bakım kalitesi yüksek bir şekilde ölümü iyi ölüm olarak düşünüyorum”. (22 numaralı öğrenci, 26 yaşında, kadın)

“...Hastalığın şiddetine ve hasta yakınlarının sosyokültürel olarak ölüme yaklaşımlarına göre bence değişiyor bu süreç...terminal dönemdeki hastalar evde ölmesinin daha iyi olacağı hasta grubu oluyor. Bu hastalar içinde hastanede ölüm daha acı çekirici bir şey oluyor...Ölümün olacağını biliyorlar ve erken kabul etmiş oluyorlar. Bu yüzden evde ölümü tercih ediyorlar. Yani kabullenmeleri olduğu için. İnkâr etmedikleri için...Yani hastanın sosyokültürel yapısı ve psikolojik yapısına göre değiştiğini düşünüyorum”. (22 numaralı öğrenci, 26 yaşında, kadın)

“Aslında bence gereksiz stresin yaşanmadığı, kişinin daha değerli hissettiği, çünkü belki en sevdiklerine, hoşçakal demek istediklerine bir fırsat taniyan, ağrının belki acının, travmanın, tedavi yönüyle yani birtakım müdahalelere maruz kalınmadığı bir yaşam süreci gibi düşünüyorum... Belki bir damar yolu açılmasını istemiyor, kan gönderilmesini istemiyor, bir hortum yutmak istemiyor onun tabiriyle bir tüp boğazına sokulsun istemiyor. Ne istiyor? Sevdiklerini yanında istiyor, belki eşinin elini tutmasını istiyor, sadece ağrı kesici almak istiyor, acısı dinsic istiyor ve son anda vedalaşmak istiyor. Bence en güzeli de bu”. (8 numaralı öğrenci, 27 yaşında, kadın)

Bakım yükü

Lisansüstü hemşirelik öğrencileri iyi ölümü sağlık profesyonellerine iş yükü (n=5) ve aile bireylerine de bakım yükü (n=7) oluşturmama olarak tanımladıklarını belirttiler.

“...İyi ölümü ben iki boyutlu düşünüyorum. Bir kendim için, ikincisi hasta profili açısından. Kendim için; aileye bakım yükü oluşturmama ve ağrı çekmeme olarak düşünüyorum. Yani muhtaç olmadan bu süreci tamamlamak... aslında benim iyi ölüm denildiğinde aklıma gelen ilk şey ötanazi. Ama ülkemizde yasal değil, tartışmalı süreç. Hem kendim için hem de bazı hastalar için bu durum olabilir diye düşünüyorum. İyi ölümle bunu paralel görüyorum...Yoğun bakımların doluluk oranına baktığımızda bakım yükü oluşturduğunu düşünüyorum. Bakım yükü gibi düşünüyorum, ağrısı yoksa evde vefat etmeli. Hasta da istiyorsa bunu”. (24 numaralı öğrenci, 28 yaşında, erkek)

“...günümüz şartlarında, yoğun bakımda çalışan birçok arkadaşımız var, yoğun bakımda hasta özellikle pre-ex hasta bakma sayımızın 4'e çıktığını görmekteyiz. Uluslararası standartların tam 2 katı bu. Uluslararası standartlar da 1 ya da 2 hasta bakılırken biz 4 hasta bakıyoruz. Bu yüzden gerekli bakım verilmediğinden dolayı hasta iyi ölümü yaşayamıyor. Gerekli bakımı veremiyoruz”. (3 numaralı öğrenci, 29 yaşında, erkek)

Tema 3. İyi ölüme yaklaşım

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin “iyi ölüme yaklaşım” temasına ilişkin deneyimleri ve görüşleri incelendiğinde; engeller, istekler ve uygulamalar olarak kategoriler oluşturuldu.

Engeller

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakımdaki hastalarının iyi ölümün bileşenlerini yerine getirememeleri ile ilgili olarak; çalıştıkları birimlerde personel sayısındaki yetersizlik nedeniyle fazla iş yükü (n=11) ve iyi ölüm kavramına ilişkin bilgi eksikliği (n= 6) gibi engellerle karşılaştıklarını bildirdiler.

“Sayısal olarak yeterli olmadığımızdan dolayı yapamadığımızı düşünüyorum. Yeterli ekipman ve kişi sayısı olsaydı hastalarda iyi ölümü gerçekleştirebileceğimizi inanıyorum”. (3 numaralı öğrenci, 29 yaşında, erkek)

“...her ne kadar sayı olarak artış olsa bile insanlara profesyonel olarak nerde, nasıl davranacağımı bilmeden doğru yaklaşımı gösterebileceğinden ben çok emin değilim. Yeterli sayı olduktan ve yeterli eğitim alındıktan sonra istenilen noktaya gelinebileceğini düşünüyorum...”. (11 numaralı öğrenci, 25 yaşında, erkek)

“...Evet klinik tecrübe önemli. Ama bence burada kilit nokta bizim sadece kendi işlerimizi yapmamız. Biz hemşireler maalesef ki yeri geliyor teknik personelin, yeri geliyor bakım personelinin, yeri geliyor hekimin, yeri geliyor diyetisyenin iş yükününde sırtımıza yüklemiş durumdayız ya da bize yüklenmiş durumda. Sadece kendi işimizi yapıyor olsak ve gereksiz alternatif yüklerden kurtulsak sonuna kadar iyi yapabileceğimizi düşünüyorum...”. (8 numaralı öğrenci, 27 yaşında, erkek)

İstekler

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakımdaki hastalarının iyi ölüm bileşenlerine ilişkin isteklerini; hasta ve ailesi ile ölüm sürecinin konuşulması ve planlanması (n=17), hasta ve ailesinin sürece ilişkin taleplerinin karşılanması (n=12) olarak belirttiler.

"...Kimi hastalar semptomlarının azalması ya da olmaması şeklinde bir ölüm, kimisi de dini ritüellerini yerine getirmek istiyor. Çünkü ölümün biraz daha ilahi bir boyutu var inananlar için. Belki kendilerini daha iyi hissettireceği için ailelerin de dini ritüelleri istediklerini düşünüyorum ben". (11 numaralı öğrenci, 25 yaşında, erkek)

"Yoğun bakımda çalışıyorum çoğu zaman hastalarımızın bilinci olmuyor. Ama yakınlarının taleplerini yerine getirebildiğimiz ölçüde yerine getiriyoruz...Elimizden geleni ve yoğun bakım şatlarında yapılabilecek olanları. Tabi ki yanlarında bulunmak istiyorlar ama şu an zaten COVID dolayısıyla herhangi bir ziyaretçi kabul etmediğimiz için kesinlikle şu an yanlarına kimseyi almıyoruz...". (13 numaralı öğrenci, 33 yaşında, kadın)

"...yakınlarıyla bu süreç konuşulmalı, hatta sürecin nasıl işleyeceği konusunda da bilgi verilmeli aslında ama bunun yapılmadığını görüyoruz. 11 yıldır bu mesleği yapıyorum ve 11 yıldır hiç yapıldığını görmedim. Sadece her an her şey olabilir gibi yuvarlak cevaplarla geçiştiriyoruz. Onun dışında süreç hakkında bilgi vermiyoruz, neler olabileceği hakkında bilgi vermiyoruz. Bu bilgilendirmeyi yapan hekim tarafı oluyor ama onlarda bunu yapmıyor zaten. Hastayla zaten hiç konuşulmuyor. Hastanın burada hiç etkisi yokmuş gibi, sanki onu yaşayan o değilmiş gibi... Ama yoğun bakımda biz çok yapmıyoruz çünkü bilinci kapalı hastalarımızın, bilinci açık olduğu zaman zaten anlatıyoruz...Ama yakınları yeteri kadar bilgilendirilmiyor. Kesinlikle bilgilendirilmeliler ve bu süreci daha kolay atatabilirler en azından". (13 numaralı öğrenci, 33 yaşında, kadın)

Uygulamalar

Öğrenciler yaşam sonu bakımdaki hastalarının son ana kadar hemşirelik bakımını ve spiritüel gereksinimlerini optimum düzeyde karşılamaya çalıştıklarını (n=13) bu süreçte hasta yakınlarının dini ve kültürel uygulamalarıyla (dua, muska, okunmuş zezem suyu, okunmuş pirinç gibi) (n=12) karşılaştıklarını bildirdiler.

"...biz hemşire olarak belki ağrısını, acısını, bakımını, insanın hak ettiği her şeyi en iyi şekilde yerine getirmeye çalışıyoruz. Aslında o yatakta yatarken bile başından tırnağının ucuna kadar her türlü bakımı yapıp, her türlü temizliğini yapıp... çoğu zaman hep şöyle düşünüyorum, o yatakta kendi annemiz, babamız düşünelim. Nasıl bakım almalarını istiyorsak bizde o şekilde bakım vermeye çalışıyoruz. Tabi bu arada tıbbi olarak yapılması gerekenleri istenen şekilde yapmaya çalışıyoruz. En ağrısız ve en acısız şekilde ölmelerini sağlıyoruz diyebilirim". (8 numaralı öğrenci, 27 yaşında, kadın)

"Başına dua asmak isteyenler oluyor. Kimi başına su koyun ölüm anına susayacak su başında dursun... Araştırmadım doğruluğunu ama böyle bir inanış vardı. Müzik dinlemek isteyenler oluyor. Sürekli dinlediği bir radyo varmış hastanın, eski tip radyolardan, bu radyoyu başına koyun çalsın dedikleri oluyor. Onları da yaptık. Başında dua okumak isteyenler oluyordu onlara izin veriyorduk...". (13 numaralı öğrenci, 33 yaşında, kadın)

"Ben de muska verildiğine, okunmuş su, zezem verildiğine şahit oldum. Bunların hepsi talep edildi. Ben uygun olduğunu düşünüyorum çünkü hayatlarının son aşamasında hastaların yakınları tarafından verilen şeyler hastalara destek olabilecek şeyler öyle düşünüyorlar. Ben de doğru olduğunu düşünüyorum. İnsanın inancı çok kuvvetli çünkü. Eğer zarar verecek bir şey değilse, zezem suyunu belki içiremeyiz ama NG den yıkama yaparken verebiliriz. Ağız içini silebiliriz. En azından rahatlatmak için bence çok uygun ve yapılabilir. Muskada enfeksiyon riski yoksa en azından poşet eldivene bile koyulup hastanın yanına koyulabilir diye düşünüyorum. Ben öyle yapıyordum. Bence çok uygun". (15 numaralı öğrenci, 28 yaşında, kadın)

Tartışma

Yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan hemşireler bireylerin yaşamını tehdit eden ciddi sorunlarla ve bunun sonucu olarak da ölümle sıklıkla yüz yüze gelmektedir (29). Hemşireler yaşamı koruma ve geliştirme amacına ters düşen ölüm sürecinde farklı duygular yaşamaktadırlar (30). Bu çalışmada yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin ölmek üzere olan veya ölümü gerçekleşen hastalarla karşılaştıklarındaki duyguları ve ölüme yönelik algıları incelendi. Öğrenciler genç hastaların ani ölümlerinin kendilerini çok fazla etkilediğini ve bu durumu içselleştirdiklerini hatta rüyalarına bile girdiklerini belirtirken, çalışma süreleri arttıkça ölüme karşı duyarsızlaştıklarını ve yaşlı hastalar için ölümü kurtuluş olarak gördüklerini ifade ettiler. Ayrıca lisansüstü hemşirelik öğrencileri mesleklerinin ilk yıllarında bu durumu yönetemediklerini, mesleki deneyimleri arttıkça ve ölümle çok sık karşılaştıkça yaşamın bir parçası olarak da gördüklerini bildirdiler. Hemşirelerin çalışma ortamlarındaki aşırı iş yükleri nedeniyle kendilerini yetersiz hissettikleri, duygusal tükenme yaşadıkları ve ölüme karşı duyarsızlaştıkları belirtilmektedir (31). Menekli ve Fadıoğlu'nun yaptıkları çalışmada (32) ise hemşirelerin yarından fazlasının sık sık ölümle karşılaştıkları ve ölümü kaçınılmaz bir sonuç olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Literatürde yaşam sonu bakımda hastalarla en çok bir arada olan ve duygusal bağ kuran hemşirelerin, hastalarını kaybettiklerinde bu durumu içselleştirdikleri, duygusal ve psikolojik açıdan etkilendiği belirtilmektedir (21,33). Zheng ve ark. (34) mesleki deneyimleri yetersiz olan genç hemşirelerin, hastalarının ölümünden daha fazla etkilendiklerini ve yaşam sonu dönemde olan hastaya bakım vermek istemediklerini bildirmişlerdir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Yaşam sonu bakımın en önemli hedeflerinden biri iyi ölüm'dür (35). Araştırmamızda da yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin, iyi ölümü sırasıyla; ağrısız ve acısız olması, son anında sevdikleri ile birlikte olması ve vedalaşması, gereksiz tıbbi müdahale yapılmaması, hastanın isteklerine saygı duyulması ve istediği yerde ölmesi olarak tanımlamışlardır. Literatürde iyi ölüm; ağrı ve semptom yönetimi, ölüme hazırlık veya yaşamı tamamlama duygusuna erişme, birey veya ailenin karar verme otonomisi, kişiliğe saygı, sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven, bakım yükünde azalma, tedavi seçenekleri hakkında karar verebilme ve holistik yaklaşımları içeren kavram olarak yer almaktadır (36). Kastbom ve ark.(2017) yaptığı çalışmada iyi ölümü; "ölüm farkındalığı", "ölüme hazırlık", "fiziksel ve psikolojik konfor" ve "aile ile iyi ilişkiler" olarak ifade etmişlerdir (11). Bir başka çalışmada ise Haishan ve ark. (37) hemşirelerin iyi ölümü bireyin özerkliğine saygı, ölüme hazırlanma, daha az acı çekme, kendi ölüm kararını kendi verebilme, doğal yollarla herhangi bir müdahale olmadan sevdikleriyle

vedalaşmak ve yarım kalan işlerini tamamlamak şeklinde tanımladıklarını belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılan lisansüstü hemşirelik öğrencileri aynı zamanda iyi ölümü sağlık profesyonellerine iş yükü (n=5) ve aile bireylerine de bakım yükü (n=7) oluşturmama olarak ifade ettiler. Hemşirelerinde dahil edildiği yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleriyle yapılan çalışmalarda (9,37,38) iyi ölümü aileye ve sağlık profesyonellerine bakım yükü oluşturmamak olarak bildirmişlerdir. Bu bulgular doğrultusunda ortaya çıkan sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda lisansüstü hemşireler yaşam sonu bakımdaki hastalarının iyi ölümün bileşenlerini yerine getirememeleri ile ilgili olarak; çalıştıkları birimlerde personel sayısındaki yetersizlik nedeniyle fazla iş yükü ve iyi ölüm kavramına ilişkin bilgi eksikliği gibi engellerle karşılaştıklarını bildirdiler. Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler fiziksel ve duygusal iş yükü yaşamaktadır. Yaşam sonu bakım ünitelerinde hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hemşirelerin sadece tıbbi tedavi ve standart hasta bakımını yapmalarına imkan sağlamaktadır. Bu durum hemşirelerin hastalara ve ailelerine yeterli zaman ayırarak iyi ölüm bileşenleri doğrultusunda bakım vermelerini engellemektedir (12,31,39). Temel hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma yönelik uygulamaların ve mezuniyet sonrası çalışan hemşirelere iyi ölüm bileşenlerine ilişkin hizmet içi eğitimlerin yetersiz verilmesi hemşirelerin iyi ölüm algılarını olumsuz etkilemektedir (40). Araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde yapılan çalışmalarda; hemşirelerin yaşam sonu bakım ünitelerindeki hastalara bakım vermenin personel sayısındaki ve bu konudaki eğitim yetersizliklerinden dolayı güçlük yaşadığı ve hemşirelerin anksiyete düzeylerini arttırdığı ifade edilmiştir (5,30,41,42). Literatürde yaşam sonu bakım ünitelerindeki hemşirelerin iyi ölüme ilişkin bakım vermeyi etkileyen faktörlerden birisinin eğitim olduğu vurgulanmaktadır. Yaşam sonu bakım hakkında yeterli eğitim alan hemşirelerin ölümü kabullenici davranış gösterdikleri ve iyi ölüm bileşenleri kapsamında bakım verebildikleri bildirilmektedir (17,43,44).

İyi ölüm, kültürden kültüre değişebilen bir kavramdır (13). İyi ölüm, toplumlarda özellikle ölmekte olan bireyin, sağlık profesyonellerinin ve ailenin ölüme ilişkin algı ve tutumları doğrultusunda oluşmaktadır (45). Yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan lisansüstü hemşirelik öğrencileri hastaların iyi ölüm bileşenlerine ilişkin isteklerini; hasta ve ailesi ile ölüm sürecinin konuşulması, planlanması ve sürece ilişkin taleplerinin karşılanması olarak belirttiler. Öğrenciler yaşam sonu bakımdaki hastalarının son ana kadar hemşirelik bakımını ve spiritüel gereksinimlerini optimum düzeyde karşılamaya çalıştıklarını bu süreçte hasta yakınlarının dini ve kültürel uygulamalarıyla (dua, muska, okunmuş zezem suyu, okunmuş pirinç gibi) karşılaştıklarını ifade ettiler. Yapılan çalışmalarda hasta ve hasta yakınıyla ölüm sürecinin konuşulması, huzurlu ölüm-spiritüel gereksinimlerin karşılanması ve bakımın yaşamın son anına kadar sürdürülmesi gerektiği bildirilmektedir (17,37,46,47). Ölüm, bireysel bir deneyim olmakla birlikte, kişisel, sosyal, kültürel ve dini değerlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, hastaya verilecek hemşirelik bakımı bütüncül olmalı ve hastanın ailesi de bakımın içine dahil edilmelidir (48). Araştırmamızda ortaya konulduğu gibi kültürümüzde önemli olan dua etme, kuran okuma, zezem suyu ve okunmuş pirinç verme gibi hastanın ve ailesinin spiritüel gereksinimleri karşılanmalıdır. İyi ölüm bileşenlerinin karşılanması konusunda spiritüel gereksinimleri içeren çalışmaların yetersiz olduğu tespit edilmiş olup, bu konuda çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın göz önünde bulundurulması gereken bazı kısıtlımları vardır. İlk olarak, çalışma yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan lisansüstü hemşirelik öğrencileriyle COVID-19 pandemisi nedeniyle çevrimiçi gerçekleştirildi. Katılımcıların beden dili kullanımları ve grup içi dinamikleri değerlendirilemedi. İkincisi, öğrencilerin tamamı Müslümandı bu nedenle diğer klinik birimlerde çalışan ve farklı dinlere mensup hemşirelerin iyi ölüm algıları farklılık gösterebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Yaşam sonu bakımda önemli bir rol oynayan bütüncül bakım, hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımının kapsamı, hastaları ve ailelerini ölüm sürecinde bakıma hazırlamayı, semptomları kontrol etmeyi ve hastaya iyi bir ölüm sağlamayı içermektedir. Yaşam sonu bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iyi ölüm ve ilkelerine ilişkin algıları verdikleri bakımın kalitesini etkileyebilir. Araştırmamızda lisansüstü hemşirelik öğrencileri, genç, ani olarak gerçekleşen ve uzun süre bakım verdikleri hastaların ölümünden etkilendiklerini; mesleki yıl arttıkça, yaşlı ve geri dönüşü olmayan hastaların ölümüne ise duyarsız kaldıklarını ifade ettiler. Lisansüstü hemşirelik öğrencileri iyi ölümü; ağrısız-acısız, sevdikleri ile son ana kadar vedalaşma, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınma, tercih ettiği yerde ve bakım yükü oluşturmama olarak tanımladılar. Hemşireler, iyi ölümü gerçekleştirebilmek için kliniklerdeki hemşire sayılarının yetersiz ve iyi ölüm konusunda da bilgi eksikliklerinin olduğunu belirttiler. Ayrıca araştırmamızda lisansüstü hemşirelik öğrencileri, hasta ve ailesi ile ölüm sürecinin konuşulması, sürece yönelik hasta ve ailesinin taleplerinin ve spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini bildirdiler. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yaşam sonu bakımda çalışan hemşirelerin yaşadığı zorluklara ilişkin farkındalık ve duyarlılık kazanması için güçlendirici politikaların izlenmesi, iyi ölüme ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttıracak kurum içi eğitimlerin verilmesi, iyi ölüm ilkelerini içeren derslerin hemşirelik müfredatına entegre edilmesi, iyi ölüme ilişkin farklı kliniklerde çalışan sağlık personelinin, hasta ve ailesinin görüşlerinin değerlendirildiği nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme


Çalışmaya katılmayı kabul eden lisansüstü hemşirelik öğrencilerimize teşekkür ederiz. Çalışma konsepti/Tasarımı: PZB, DÇ, NKA; Veri toplama/Veri işleme: PZB, DÇ; Veri analizi ve yorumlama: PZB, DÇ; Yazı taslağı: PZB, DÇ, NKA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: PZB, DÇ; Son onay ve sorumluluk: PZB, DÇ, NKA; Teknik ve malzeme desteği: Süpervizyon: PZB, DÇ. Bu çalışma için girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan izin alınmıştır (Karar No: 2020/26). Herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı ve finansal destek alınmadığı yazarlar tarafından beyan edilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Ginebra: WHO; 2015 [Erişim tarihi: 06.11.2020]. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
2. Bahar Z, Beser A, Ersin F, Kissal A, Aydoğdu NG. Traditional and religious death practices in western Turkey. *Asian Nurs Res* 2012;(6):107-114. Doi: 10.1016/j.anr.2012.08.003
3. World Health Organization, 2018. WHO definition of palliative care. [Erişim tarihi: 09.11.2020] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Karadag E, Kilic SP, Ugur O, Akyol MA. Attitudes of nurses in Turkey toward care of dying individual and the associated religious and cultural factors. *J Relig Health* 2019; 58(1): 303-316. Doi: 10.1007/s10943-018-0657-4
5. Karbasia C, Pacheco E, Bullb C, Evanson C, Chaboyerd W. Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. *Nurse Educ Today* 2018; 71:60-74. Doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.007
6. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens, R.G. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):288-296. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009
7. Uğur Ö, Fadiloğlu Ç. İyi ölüm ve yapılandırılması. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 10(1):55-62.
8. Cain CL, McCleskey S. Expanded definitions of the 'good death'? Race, ethnicity and medical aid in dying. *Social Health Illn* 2019 Jul;41(6):1175-1191. Doi: 10.1111/1467-9566.12903.
9. Vanderveken L, Schoenmakers B, Lepeleire JD. A better understanding of the concept "a good death": How do healthcare providers define a good death? *Am J Geriatr Psychiatry* 2019;27(5):463-471. Doi: 10.1016/j.jagp.2018.12.017
10. Cottrell L, Duggleby W. The good death: An integrative literature review. *Palliat Support Care* 2016;14(6):686-712. Doi: 10.1017/S1478951515001285
11. Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Support Care Cancer* 2017;25(3):933-939. Doi: 10.1007/s00520-016-3483-9
12. İnci F, Öz F. Palliative care and death anxiety. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012;4(2):178-187.
13. Yorulmaz DS, Karadeniz, H. Terminal dönem ve iyi ölüm sürecinde hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(2):134-138.
14. Damak N, Kumsar AK. Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve iyi ölüme yönelik algıları. *SAUHSD* 2020;3(1):1-14.
15. Menekli T, Dolu S, Coşkun Ö, Torun M. Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;24(1):84-94. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.775855>
16. Fadiloğlu Ç, Aksu T. İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013;29:1-15.
17. Demir A, Sançar B, Yazgan EÖ, Özcan S, Duyan V. Intensive care and oncology nurses' perceptions and experiences with 'futile medical care' and 'principles of good death'. *Turkish Journal of Geriatrics* 2017;20(2):116-124.
18. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Fourth edition. Los Angeles, USA: Sage; 2018:41- 64.
19. Öztürk EÇ, Can Z, Çam HH, Karasu, F. Hemşirelik araştırmalarında nitel çalışmaların önemi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;9(4):396-401.
20. Upasen R, Thanasilp S. Death acceptance from a Thai Buddhist perspective: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2020 Dec;49:101833. Doi: 10.1016/j.ejon.2020.101833
21. Ay F, Gençtürk, N. Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21(3):164-171. <https://doi.org/10.17672/fnhd.11950>
22. Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran, M. How intensive care nurses perceive good death. *Death Stud* Nov-Dec 2018;42(10):667-672. Doi: 10.1080/07481187.2018
23. Meffert C, Stöbel U, Körner M, Becker G. Perceptions of a good death among German medical students. *Death Stud* Jan-Jun 2015;39(1-5):307-315. Doi: 10.1080/07481187.2014.951496
24. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz, E. Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. *Kuramsal Egitimbilim* 2011;4(1):95-107.
25. Patton MQ. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. 3. Baskıdan çeviri. Bütün, M, Demir SB. Ankara: Pegem Akademi;2018:431-540.
26. Çelik H, Başer NB, Kılıç HNM. Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *ENAD* 2020;8(1):379-406. <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.8c.1s.16m>
27. Miles MB, Huberman AM. Genişletilmiş bir kaynak kitap: Nitel veri analizi 4. Baskı. Akbaba SA, Ersoy A. Ankara: Pegem Akademi;2021:10-12.
28. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *DEUHFED* 2016;9(1):23-28.
29. Jang SK, Park WH, Kim HI, Chang SO. Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2019;52:3-8. Doi: 10.1016/j.iccn.2018.09.007
30. Cevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nurs* 2013;36(6):58-65. Doi: 10.1097/NCC.0b013e318276924c
31. Kekeç D, Tan M. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *OTSBD* 2021;6(1):64-72.
32. Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(4):222-228.

33. Henoch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Sundler AJ, Strang S. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs* 2014;37(1):1-11. Doi: 10.1097/NCC.0b013e318279106b
34. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How new graduate nurses experience patient death: a systematic review and qualitative metasynthesis. *Int J Nurs Stud* 2016;53:320-330. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013
35. Chindaprasirt J, Wongtirawit N, Limpawattana P, Srinonprosert V, Manjavong M, Chotmongkol V. et al. Perception of a "good death" in Thai patients with cancer and their relatives. *Heliyon* 2019;5(7):e02067. Doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02067
36. Cagle JG, Pek J, Clifford M, Zimmerman S, Canada T. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. *Support Care Cancer* 2015;23(3):809-818. Doi: 10.1007/s00520-014-2404-z
37. Haishan H, Hongjuan L, Tieying Z, Xuemei P. Preference of Chinese general public and health care providers for a good death. *Nurs Ethics* 2015;22(2):217-227. Doi: 10.1177/0969733014524760
38. Morita T, Oyama Y, Cheng SY, Suh SY, Koh SJ, Kim HS. et al. Palliative care physicians' attitudes toward patient autonomy and a good death in East Asian countries. *J Pain Symptom Manage* 2015;50(2):190-199. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.020
39. Vellani S, Boscart V, Escrig-Pinol A, Cumal A, Krassikova A, Sidani S. et al. Complexity of nurse practitioners' role in facilitating a dignified death for long-term care home residents during the COVID-19 pandemic. *J Pers Med* 2021;11(5):433. Doi: 10.3390/jpm11050433.
40. Gillan PC, Jeong S, van der Riet P. Embodied good deaths and disembodied bad deaths: Undergraduate nursing students narratives of experience. *Nurs Educ Today* 2021;97:104674. Doi: 10.1016/j.nedt.2020.104674.
41. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, Mcdermott F, Hood K et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. *Australas Emerg Nurs J* 2013;16(4):152-159. Doi: 10.1016/j.aenj.2013.08.001
42. Edo- Gual M, Tomás- Sábado J, Bardallo- Porras D, Monforte- Royo C. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *J Clin Nurs* 2014;23(23-24):3501-3512. Doi: 10.1111/jocn.12602
43. Kisvetrová H, Školoudík D, Joanovič E, Konečná J, Mikšová Z. Dying care interventions in the intensive care unit. *J Nurs Scholarsh* 2016;48(2):139-146. Doi: 10.1111/jnu.12191
44. Chochinov HM, Johnston W, McClement SE, Hack TF, Dufault B, Enns M et al. Dignity and distress towards the end of life across four non-cancer populations. *PLoS One* 2016;11(1):e0147607. Doi: 10.1371/journal.pone.0147607
45. Rainsford S, MacLeod RD, Glasgow NJ, Phillips CB, Wiles RB, Wilson DM. Rural end-of-life care from the experiences and perspectives of patients and family caregivers: A systematic literature review. *Palliat Med* 2017;31(10):895-912. Doi: 10.1177/0269216316685234
46. Şahin DS, Önal Ö, İnanç, BB. Attitudes of nurses working emergency and intensive care units toward good death and death anxiety. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2017;8(suppl 2):75-79. <https://doi.org/10.4328/JCAM.4949>
47. Kinghorn P, Coast J. Assessing the capability to experience a 'good death': A qualitative study to directly elicit expert views on a new supportive care measure grounded in Sen's capability approach. *PLoS One* 2018;13(2):e0193181. Doi: 10.1371/journal.pone.0193181
48. Aşiret GD, Yılmaz CK, Gökşin İ. Relationship between the nursing students' attitudes towards spiritual care and the principles of a good death. *Perspect Psychiatr Care* 2020;56(4):913-919. Doi: 10.1111/ppc.12511

Anne Dostu Hastane Modeli ve Annelerin Doğum Memnuniyetleri

 Zümrüt BİLGİN¹

¹Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt Bilgin, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Annelerin doğum memnuniyeti anne ve yenidoğan sağlığı açısından önemlidir. **Amaç:** Bu çalışmada, anne dostu olan ve olmayan hastanelerde doğuma ilişkin uygulamalar ve annelerin doğum memnuniyetlerinin belirlenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Çalışma Nisan 2019 - Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul'daki iki hastanenin doğum sonu kliniklerinde gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemini 265 anne oluşturdu. Çalışmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Doğum Memnuniyet Ölçeği" kullanılarak toplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alındı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan annelerin %58.5'i 25-34 yaş aralığında, %36.5'i lise mezunu, %82.3'ünün çalışmadığı belirlendi. Annelerin %21.5'inin ilk gebeliği, %32.1'inin ilk doğumuydu. Çalışmada anne dostu hastanede doğum yapanlarda, anne dostu olmayan hastanede doğum yapanlara göre doğumda hareket kısıtlaması ve besin alımı kısıtlaması oranları daha düşükken; indüksiyon, amniyotomi fundus kompresyonu, epizyotomi ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması oranları daha yüksekti ve gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p < .05$). Doğum memnuniyet ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p > .05$). **Sonuç:** Hastanenin anne dostu olup olmaması doğum memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmanın devlete bağlı hastanelerde ve büyük örnekleme yapılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Anne Dostu, Anne Dostu Modeli, Doğum, Doğum Memnuniyeti.

Abstract

Mother Friendly Hospital Model and Birth Satisfaction of Mothers

Introduction: Birth satisfaction of mothers is important for maternal and newborn health. **Objective:** In this study, it was aimed to determine the practices related to childbirth in mother-friendly and non-mother-friendly hospitals and the birth satisfaction of mothers. **Method:** The study was conducted between April 2019 and December 2019 in the postpartum clinics of two hospitals in Istanbul. The sample of the study consisted of 265 mothers. The data of the study were collected using the "Introductory Information Form" and the "Birth Satisfaction Scale". Statistical significance level was taken as $p < .05$. **Results:** It was determined that 58.5% of the mothers who participated in the study were between the ages of 25-34, 36.5% were high school graduates, and 82.3% were not working. The first pregnancy of 21.5% of the mothers was the first birth of 32.1%. In the study, the rates of movement restriction and food intake restriction at birth were lower in those who gave birth in a mother-friendly hospital compared to those who gave birth in a non-mother-friendly hospital; the rates of induction, amniotomy fundus compression, episiotomy and meeting physical needs were higher and there was a significant difference between the groups ($p < .05$). There was no difference between the groups in terms of birth satisfaction scale mean scores ($p > .05$). **Conclusion:** It was determined that whether the hospital was mother-friendly or not did not affect birth satisfaction. It is recommended that the study be conducted in state hospitals and with a large sample.

Keywords: Mother Friend, Mother Friendly Model, Birth, Birth Satisfaction.

Geliş Tarihi / Received: 08.03.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.04.2022

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt Bilgin, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.
Telefon: 02167775700 E-posta: zumrutbilgin45@gmail.com

Cite This Article: Bilgin Z. Anne Dostu Hastane Modeli ve Annelerin Doğum Memnuniyetleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 279-288.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Doğum kadın için doğal fizyolojik bir süreç olmasına karşın, günümüzde doğumların çoğu hastane ortamında gerçekleşmektedir. Hastane ortamlarında gerçekleştirilen doğumlarda anneler daha fazla tıbbi girişime maruz kalmaktadır. Doğumda uygulanan girişimler annelerin doğum memnuniyetlerini etkilemektedir. Bu gerekçelerle Amerika Birleşik Devletlerinde “Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu (AHGK)” (The Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) 1996 yılında “Anne Dostu Hastane” kavramını gündeme getirmiştir (1,2). Anne-dostu hastane uygulamaları ile anne ve yenidoğanın iyilik halinin, anne-bebek bağlanmasının ve annelerin doğum memnuniyetlerinin artırılması hedeflenmiştir (3).

Doğal doğuma gerekmedikçe müdahale edilmemesi doğumun temel felsefesidir. Ancak son yıllarda doğum yönetimine ilişkin bilginin giderek artması, doğumda daha fazla girişimin uygulanmasına yol açmıştır. Bu durum annelerin doğumdaki deneyimlerini ve memnuniyetlerini negatif yönde etkilemiştir (4). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics-FIGO), her kadının olumlu bir doğum deneyimini hak ettiğini deklare etmiştir. Bu gerekçelerle FIGO, Güvenli Annelik ve Yenidoğan Sağlığı (Maternal and Neonatal Health Safety-SMNH) komitesi, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ)/Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (BMÇYF) (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund-WHO/UNICEF)’un Bebek Dostu Girişimi’ne benzer olan “Anne Dostu” kriterlerini geliştirmek için bir süreç başlatmıştır. Ayrıca Uluslararası Pediatri Birliği (International Association of Pediatrics-IPA), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM), White Ribbon Alliance (WRA) ve DSÖ’ünde içinde olduğu çalışma grupları, bir sağlık kurumunun “Anne ve Bebek Dostu” olarak onaylanması için kriterler geliştirmiştir (4-6). Son yıllarda Avrupa ülkelerindeki pek çok hastaneye anne dostu hastane unvanı verilmiştir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı ise 2010 yılında “Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri”ni hayata geçirmek üzere değerlendirme basamakları oluşturmuştur. Oluşturulan ulusal anne dostu hastane kriterlerini karşılayan hastanelere “Anne Dostu Hastane” unvanı verilmiştir (7,8). Manisa pilot il seçilmiş, ilk “Anne Dostu Hastane” unvanı 2015 yılında Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesine verilmiştir. Ülkemiz 2020 yılı verilerine göre, devlete bağlı hastanelerden 77 tanesi Anne Dostu Hastane unvanı almıştır (8).

Anne dostu hastane kavramı, doğumda kanıta dayalı yaklaşımları içermekte ve benimsemektedir (9). Anne dostu hastane kriterleri doğumun kendiliğinden başlamasını, doğum boyunca annenin hareket özgürlüğünün olmasını, anneye duygusal ve fiziksel destek verilmesini, mahremiyetin korunmasını, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmasını, doğum sonrası anne ve bebeğinin bir arada kalmasını destekler (8,10). Ayrıca doğumda uygulanan gereksiz girişimler doğal doğum sürecini bozmakta ve doğumdaki müdahale oranlarını artırmaktadır. Son yıllarda doğumda uygulanan girişimlerdeki (epizyotomi, indüksiyon uygulaması vb.) ve sezaryen oranlarındaki artış “Anne Dostu Hastane” kavramının modelinin/unvanının yeniden gündeme gelmesine ve bu kavramın ön plana çıkmasına neden olmuştur. Anne dostu hastane kavramının temel felsefesi doğumda uygulanan girişimleri azaltmaktır. Anne dostu hastanelerde %10 veya daha az indüksiyon, %20 veya daha az epizyotomi (hedef %5 veya daha az), devlet hastanelerinde %10 veya daha az sezaryen, üçüncü basamak (yüksek riskli) hastanelerde %15 veya daha az sezaryen gerçekleştiği belirtilmiştir. Ayrıca anne-dostu kriterlerine dayalı bakımın, anne-bebek sağlığını ve annelerin doğumdan duydukları memnuniyeti pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (11,12).

Doğum memnuniyeti annelerin doğum öncesinde, doğum sırasında ve sonrasında süreçte beklentilerinin karşılanma durumu ile ilişkilidir (7,11). Oikawa ve ark. (2014) kadınların doğum memnuniyetlerinin doğum algısından etkilendiğini belirtmektedir (13). Çeşitli faktörler (annelerin sosyo-demografik özellikleri, kişisel beklentileri, karar verme sürecine katılımı, doğum sırasında destek, doğumda uygulanan girişimler ve medikal müdahaleler vb.) doğum deneyimini etkileyebilmektedir. Doğumda annelerin mahremiyetine saygı gösterilmesi, istediği bireyin doğumuna eşlik etmesi, ağrının azaltılmasında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, yenidoğanla erken ten temasının sağlanması doğum memnuniyetini pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (7,11,14). Ancak doğum sırasında genellikle annelerin istemediği kısıtlamaların ve müdahalelerin (besin, hareket ve pozisyon kısıtlaması, epizyotomi, indüksiyon, fetal monitörizasyon, amniyotomi, vakum gibi tıbbi müdahalelerin) doğum memnuniyetini negatif yönde etkilediği bilinmektedir (7,11). Deluca ve Lobel (2014) doğumda kontrol beklentisi ihlalinin düşük doğum memnuniyeti ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Doğum sürecinde annelerin kendini güvende hissetmesi, yeterli doğum desteğinin sağlanması, daha az girişimin uygulanmasının annelerin doğum memnuniyetlerini arttırdığı ve anneliğe uyumlarını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (15).

Anne dostu hastane uygulamalarının annelerin doğum memnuniyetlerini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı anne dostu hastane modeli-unvanı ile bakım verilmesini önermesine karşın, pek çok anne doğumda hala rutin girişimsel müdahalelere maruz kalmaktadır. Hastane, doğum merkezi veya evde doğum hizmeti sağlayıcıları AHGK’nin “Anne Dostu” doğum hizmeti vizyonunu yürütmek için Anne Dostu Bakımın On Adımının yerine getirilmesinin önemini bilmelidir (2,11). Doğumda annenin daha az desteklenmesine karşın, daha fazla müdahalenin uygulanması annelerin memnuniyetlerini negatif yönde etkilemektedir. Bu nedenle anne dostu modeli-unvanının annelerin doğum memnuniyetlerine etkisinin belirlenmesi önemlidir. Literatürde anne dostu ilgili derleme makalelere ulaşılmasına karşın, anne dostu olmayan ve olan hastanelerde doğum yapan annelerin memnuniyetlerini belirleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bazı hastaneler anne dostu hastane unvanına sahip olmasına karşın, pek çok anneye doğum eylemi sırasında gereksiz kısıtlama veya rutin girişim uygulanmakta olup, bu durum annelerin doğum memnuniyetlerini etkilemektedir.

Amaç

Bu araştırmanın amacı, anne dostu olan ve olmayan hastanelerde doğuma ilişkin uygulamaları ve annelerin doğum memnuniyetlerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- Anne dostu ve anne dostu olmayan hastanede doğum yapanlara uygulanan kısıtlama ve müdahaleler arasında fark var mıdır?
- Anne dostu ve anne dostu olmayan hastanede doğum yapanların doğumdaki bakıma ilişkin görüşleri arasında fark var mıdır?
- Doğum memnuniyeti algısı açısından çalışma grupları arasında fark var mıdır?

- Grupların doğumda kısıtlama, müdahale ve bakım konusundaki görüşleri ile DME puan ortalamaları arasında bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı karşılaştırmalı tipte bir araştırma olarak planmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul il merkezinde sağlık hizmeti veren iki kadın doğum hastanesinde Nisan 2019 -Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanelerdeki, kadın doğum hekimi sayısı iki-beş kişi arasında değişmektedir. Hekimler, kendi sorumluluklarındaki doğumları yönetmekte ve yaptırmaktadır. Ayrıca her doğum kliniğinde en az bir ebe çalışmaktadır. Kadınların doğum beklentilerinin-isteklerinin karşılanacağı pozitif doğum deneyimleyeceği ve bakımdan memnun kalacağı düşüncesiyle özel hastaneleri tercih ettiği bilinmektedir. Bu durum her iki kurumun özel hastane olarak seçilmesinde etkili olmuştur.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde hastaneye başvuran ve doğum yapan tüm anneler oluşturmuştur. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden 265 anne ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın örnekleme büyüklüğünün hesaplanması için G-Power 3.1 istatistik programı ile A priori güç analizi yapılmıştır. Etki büyüklüğü $d=.40$ anlam düzeyi $\alpha=.05$, testin gücü $1-\beta=.80$ olarak çift kuyruklu hipotez yöntemine göre hesaplanmıştır. Toplam örnekleme 200 kişi (her bir grup için 100) olarak belirlenmiştir. Ancak veri %10 veri kaybı düşünülerek daha fazla anne çalışmaya alınmış ve toplam 265 annenin verileri değerlendirilmiştir. Çalışma bittiğinde Post hoc güç analizi yapılmış etki büyüklüğü $d=.37$, $\alpha=.05$, Birinci grup=145, İkinci grup=120 alındığında araştırmanın gücü $1-\beta=.84$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri: Çalışmaya 18-45 yaş arasında olan, en az ilkokul mezunu olan, Türkçe konuşan ve yazan, tekil gebeliği olan, normal vajinal yolla doğum yapan, anne ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan gönüllü anneler dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri: Örnekleme alınma kriterlerine uymayanlar, sezaryen veya forseps ya da vakumla doğum yapanlar, doğum sonu dönemde kendi ve bebeğinde herhangi bir komplikasyon gelişenler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (1,2,3,7,11) ve “Doğum Memnuniyet Ölçeği” kullanılarak (16) toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bilgi formunda annelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir algısı, sosyal destek algısı, gebelikte eğitim ve danışmanlık alma vb., doğumda uygulanan girişimler ve doğum memnuniyetlerini değerlendirmeye yönelik toplamda 36 soru yer almaktadır.

Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ): Ölçek, Hollins Martin ve Fleming tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Likert tipi 30 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çoşar ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki on iki madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 30-150 puan arasında değişmektedir. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir (4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29. maddeler). Madde puanlarının ters çevrilmesinde “1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” yerine “5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanır. Ölçekten alınan puan arttıkça doğumdan memnuniyet artmaktadır. Ölçekte üç ana tema belirlenmiştir: Bakım kalitesi (ev değerlendirmesi, doğum ortamı, yeterli destek ve sağlık personeli ile iletişim); kadınların kişisel özellikleri (doğumla baş etme yeteneği, kontrol duygusu, doğum için hazırlanma, bebekle iletişim); doğum sürecinde deneyimlenmiş stres (doğum sürecinde sıkıntı yaşama, doğumda yaralanma, yeterli tıbbi bakım almış olma algısı, tıbbi müdahaleler, ağrı deneyimi, uzamış doğum ve bebeğin sağlığı) şeklindedir. DMÖ iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach’s alfa güvenilirlik katsayısı .62’dir (16). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı .78 olarak saptanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Doğum Memnuniyet Ölçeği” kullanılarak Nisan 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında haftada bir-üç gün hastanelere gidilerek yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anneler, bilgilendirilmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olanlardan yazılı onam alındıktan sonra formlar uygulanmıştır. Annelerin formları doldurması 10-15 dakika sürmüştür. Formu bitiren anneler, bilemedikleri ya da emin olmadıkları sorular konusunda bilgilendirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Annelerin bireysel, obstetrik ve sosyo-demografik özellikleri (yaşı, eğitim düzeyi, gebelik ve doğum sayısı vb.), doğum şekli ve doğumda uygulanan girişimlere ilişkin sorulardır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Doğum memnuniyet ölçeği ve annelerin doğum memnuniyetidir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Science Version 21.0 demo (SPSS 21) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Annelerin tanıtıcı özellikleri, doğuma yönelik ve anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüşleri tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik), aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Anne-dostu doğum uygulamaları görüş puanı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde öncelikle normal dağılıma uygunluğa Kolmogorow-Smirnov testi ile bakılmış ve test sonuçlarına göre verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Daha sonra iki grup arasındaki farkın değerlendirilmesinde Ki-kare testi, T-testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (Tarih: 03.01.2019), çalışmanın yapıldığı hastanelerden izin, araştırmaya gönüllü katılan annelerden sözlü onamlar alınmıştır. Doğum Memnuniyet Ölçeği

(DMÖ) için yazılı izinler alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın maddi/manevi herhangi bir zarar verme riski olmadığı açıklanmıştır. Makalede araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Tablo 1. Grupların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	Grup 1 (n=145)		Grup 2 (n=120)		Toplam (n=265)		Test	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş (Yıl)								
^a 18-24	53	36.6	23	19.2	76	28.7		.003
^b 25-34	79	54.5	76	63.3	155	58.5	11.527	***Fark:
^c 35-45	13	9.0	21	17.5	34	12.8		a ile b, a ile c
Eğitim Düzeyi								
^a İlkokul	34	23.4	20	16.7	54	20.4		
^b Ortaokul	40	27.6	21	17.5	61	23.0		.000
^c Lise	61	42.1	36	30.0	97	36.6	34.487	***Fark:
^d Üniversite ve üzeri	10	6.9	43	35.8	53	20.0		a ile d
Sürekli Bir İşte Çalışma Durumu								
Çalışıyor	14	9.7	37	30.8	51	19.2	18.949	.000
Çalışmıyor	131	90.3	83	69.2	214	80.8		
Gelir Algısı								
Gelir giderden yüksek	9	6.2	18	15.0	27	10.2		
Gelir gidere denk	121	83.4	91	75.8	212	80.0	5.552	.062
Gelir giderden düşük	15	10.3	11	9.2	26	9.8		
Sosyal Destek Algısı (Eş, aile vb.)								
Yeterli	127	87.6	117	97.5	244	92.1	8.844	.003
Yetersiz	18	12.4	3	2.5	21	7.9		
Gebelikte Eğitim-Danışmanlık Alma								
Evet	10	6.9	18	15.0	28	10.6	3.746	.053
Hayır	135	93.1	102	85.0	237	89.4		

*X²: Ki-kare analizi uygulanmıştır, p < .05, **Grup 1: Anne dostu unvanı olmayan hastane, **Grup 2: Anne dostu unvanı olan hastane, ***Post-Hoc Test Bonferroni.

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamaları 28.29 ± 5.13 yıldır. Anne dostu unvanı olmayan hastane grubundaki annelerin yaş ortalaması 27.33±5.14 yıl, anne unvanı olan hastane grubundaki annelerin yaş 29.45±4.89 yıldır. Çalışmada annelerin %21.5'inin ilk gebeliği, %3.4'ünün isteğe bağlı düşük yaptığı, %32.1'inin ilk doğumu, %10.6'sının gebeliğinde eğitim-danışmanlık aldığı, %21.5'inin doğum yapmak istediği hastaneyi önceden ziyaret ettiği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin %12.8'i 35-45 yaş aralığında, %20'si üniversite ve üzeri eğitim aldığı, %19.2'si sürekli bir işte çalıştığı, %10.2'sinin geliri giderinden yüksek olduğu, %7.9'u sosyal desteğini yetersiz algıladığı, %10.6'sının gebelikte eğitim ve danışmanlık aldığı saptanmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, sürekli bir işte çalışma ve sosyal destek algısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken (p < .05), gelir algısı, gebelikte eğitim ve danışmanlık alma açısından gruplar arasında fark gözlenmemiştir (p > .05, Tablo 1).

Tablo 2. Anne dostu ve anne dostu olmayan hastanede doğum yapanlara uygulanan kısıtlama ve müdahalelerin dağılımlarının karşılaştırılması

Girişimlere İlişkin Görüşler	Grup 1 (n=145)		Grup 2 (n=120)		Test	p
	n	%	n	%		
Doğumda Hareket Kısıtlanması						
Evet	116	80	12	10.0	128.843	.000
Hayır	29	20.0	108	90.0		
Doğumda Besin Alımının Kısıtlanması						
Evet	123	84.8	85	70.8	7.617	.006
Hayır	22	15.2	35	29.2		
Travayda Girişim Uygulanması (İndüksiyon, Amniyotomi vb.)						
Evet	80	55.2	107	89.2	36.532	.000
Hayır	65	44.8	13	10.8		
Doğumda Fundal Bası Uygulanması						
Evet	20	13.8	92	76.7	106.371	.000
Hayır	125	86.2	28	23.3		
Epizyotomi Uygulanması						
Evet	59	40.7	85	70.8	24.046	.000
Hayır	86	59.3	35	29.2		

*X²: Ki-kare analizi uygulanmıştır, p<.05, **Grup 1: Anne dostu unvanı olmayan hastane, **Grup 2: Anne dostu unvanı olan hastane.

Çalışmada anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapanlara (Grup 1) göre, anne dostu unvanı olan hastanede (Grup 2) doğum yapan annelerde doğum sürecinde hareket kısıtlanması ve besin alımı kısıtlanması oranları daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .05$, Tablo 2).

Çalışmada travayda girişim uygulanması (indüksiyon, amniyotomi vb.), doğumda fundal bası, epizyotomi uygulanma oranları karşılaştırıldığında; anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapanlara göre, anne dostu unvanı olan hastanede doğum yapanlarda oranlar daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .05$, Tablo 2).

Tablo 3. Anne dostu ve anne dostu olmayan hastanede doğum yapanların doğum bakımına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Bakıma İlişkin Görüşler	Grup 1 (n=145)		Grup 2 (n=120)		Test	
	n	%	n	%	X ²	p*
Doğum Sürecinde Sosyal Destek Alma						
^a Destek İstemedi	65	44.8	48	40.0	22.648	.000 ***Fark: a ile b
^b Eş Desteği Alan	57	39.3	24	20.0		
^c Anneler/Arkadaş/Doula/Doğum Koçu	23	15.9	48	40.0		
Doğumda Fiziksel Gereksinimin Karşılanması						
Evet	139	95.9	120	100.0	5.061	.024
Hayır	6	4.1	0	0.0		
Doğumda Mahremiyete Özen Gösterilmesi						
Evet	142	97.9	118	98.3	0.057	.811
Hayır	3	2.1	2	1.7		
Doğumda Kültürel Değerlerine-İnançlarına Duyarlı Bakım Alma						
Evet	134	92.4	120	100.0	9.462	.002
Hayır	11	7.6	0	0.0		
Doğumda Kendini Güvende Hissetme						
Evet	111	76.6	109	90.8	8.514	.004
Hayır	34	23.4	11	9.2		
Doğum Korkusu Yaşama						
Evet	88	60.7	91	75.8	6.869	.009
Hayır	57	39.3	29	24.2		
Doğumdan Hemen Sonra Emzirme						
Evet	5	3.4	25	20.8	18.074	.000
Hayır	140	96.6	95	79.2		
Kendinin/Bebeğinin Bakımında Kendine Yeterli Hissetme						
Evet	134	92.4	117	97.5	2.454	.117
Hayır	11	7.6	3	2.5		
Doğum Memnuniyet Algısı						
Evet	144	99.3	119	99.2	0.018	.893
Hayır	1	0.7	1	0.8		

*X²: Ki-kare analizi uygulanmıştır, $p < .05$, **Grup 1: Anne dostu unvanı olmayan hastane, **Grup 2: Anne dostu unvanı olan hastane.

Çalışmada annelerin doğumda doğum sürecinde sosyal destek alma, fiziksel gereksinimlerin karşılanması, kültürel değerlerine-inançlarına duyarlı bakım alması, doğumda kendilerini güvende hissetmesi, doğumdan hemen sonra emzirme oranları karşılaştırıldığında; anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapanlara göre, anne dostu unvanı olan hastanede doğum yapanlarda oranlar daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p < .05$, Tablo 3). Anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapanlara göre, anne dostu hastanede doğum yapanlarda doğum korkusu oranı daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .05$, Tablo 3).

Çalışmada annelerin doğumunda mahremiyetine özen gösterilmesi, kendinin/bebeğinin bakımında kendine yeterli hissetme oranları karşılaştırıldığında; anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapanlar göre, anne dostu unvanı olan hastanede doğum yapanlarda oranlar daha yüksek olmasına karşın, gruplar arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir ($p > .05$). Annelerin doğum memnuniyet algısı karşılaştırıldığında çalışma grupları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 3).

Tablo 4. Grupların doğumda uygulanan kısıtlama, müdahale ve bakıma ilişkin görüşlerinin DMÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Doğuma İlişkin Görüşler	Grup 1 (n=145)			Grup 2 (n=120)		
	n	X±SS	Test ve p	n	X±SS	Test ve p
Hareket Kısıtlanması						
Evet	116	107.22±10.70	t=0.128	12	100.58±17.68	t=1.883
Hayır	29	107.51±12.45	p= .899	108	108.00±12.35	p= .062
Besin Kısıtlanması						
Evet	123	106.86±10.93	t=1.087	85	105.35±13.05	t=2.622
Hayır	22	109.63±11.50	p= .279	35	111.88±12.12	p= .011*
Travayda Girişim (İndüksiyon, Amniyotomi vb.) Uygulanması						
Evet	80	104.50±11.12	t=3.540	107	107.12±12.84	t=0.327
Hayır	65	110.70±9.96	p= .001*	13	108.38±15.43	p= .744
Fiziksel Gereksinimlerin Karşlanması						
Evet	139	107.07±11.19	t=2.794	120	107.25±13.08	-
Hayır	6	112.00±3.63	p= .019*	0	-	-
Doğumda Kültürel Değerlerine-İnançlarına Duyarlı Bakım Alma						
Evet	134	107.20±11.36	t=0.280	120	107.25±13.08	-
Hayır	11	108.18±5.67	p= .780	0	-	-
Doğumda Sosyal Destek (Eş, Aile, Doğum Koçu) Alma						
Evet	80	105.35±11.61	t=2.420	72	106.34±14.50	t=0.934
Hayır	65	109.66±9.83	p= .017*	48	108.62±10.60	p= .352
Fundal Bası Uygulanması						
Evet	20	98.55±9.83	t=4.231	92	106.13±12.81	t=1.726
Hayır	125	108.68±10.59	p= .000*	28	110.96±13.49	p= .087
Epizyotomi Uygulanması						
Evet	59	101.00±11.35	t=6.095	85	106.76± 13.21	t=0.642
Hayır	86	111.59±8.48	p= .000*	35	108.45±12.86	p= .522
Doğum Memnuniyet Algısı						
Evet	144	107.48±10.79	t=2.723	119	107.45±12.96	t=1.802
Hayır	1	78.00±00.00	p= .007*	1	84.00±00.00	p= .074
Grupların Doğum Memnuniyet Algısının Ölçek Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması						
Grup 1	145	107.28±11.02	t=0.016			
Grup 2	120	107.25±13.08	p= .987			

*t: Independent Samples Test, p < .05, **Grup 1: Anne dostu unvanı olmayan hastane, **Grup 2: Anne dostu unvanı olan hastane, ***DMÖ: Doğum memnuniyet ölçeği.

Çalışmada anne dostu olmayan bir hastanede doğum yapan annelerin doğumda uygulanan kısıtlama, müdahale ve bakıma ilişkin görüşleri doğum doyumu ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırıldığında: Travayda girişim uygulananların puan ortalaması 104.50 ± 11.12, uygulanmayanların puan ortalaması 110.70 ± 9.96 (p= .001); fiziksel gereksinimlerin karşılanmalarının puan ortalaması 107.07 ± 11.19, karşılanmayanların puan ortalaması 112.00 ± 3.63 (p= .019); doğumda sosyal destek alanların puan ortalaması 105.35 ± 11.61, almayanların puan ortalaması 109.66 ± 9.83 (p= .017); fundal bası uygulananların puan ortalaması 98.55±9.83, uygulanmayanların puan ortalaması 108.68 ± 10.59 (p= .000); epizyotomi uygulananların puan ortalaması 101.00 ± 11.35, uygulanmayanların puan ortalaması 111.59 ± 8.48 (p= .000); doğumdan memnun olanların puan ortalaması 107.48 ± 10.79, memnun olmayanların puan ortalaması 78.00 ± 00.00 (p= .007) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < .05, Tablo 4).

Çalışmada anne dostu unvanı olan hastanede doğum yapan annelerin doğumda besin kısıtlanması doğum memnuniyeti ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırıldığında: doğumda besin kısıtlanması yapılanların puan ortalaması 105.35 ± 13.05, kısıtlanma yapılmayanların puan ortalaması 111.88 ± 12.12 (p = .011) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p < .05, Tablo 4).

Anne dostu unvanı olmayan hastanede doğumda hareket kısıtlanması (t= 0.128, p = .899), besin kısıtlanması (t = 1.087, p = .279), doğumda kültürel değerlerine-inançlarına duyarlı bakım alma (t = 0.280, p = .780) ile doğum memnuniyeti ölçeği puan ortalaması arasında ilişki bulunmamıştır (p > .05, Tablo 4).

Anne dostu unvanı olan hastanede doğumda hareket kısıtlanması (t = 1.883, p = .062), travayda girişim (indüksiyon, amniyotomi vb.) uygulanması (t = 0.327, p = .744), doğumda sosyal destek (eş, aile, doğum koçu) alma (t = 0.934, p = .352), fundal bası uygulanması (t = 1.726, p = .087) epizyotomi uygulanması (t = 0.642, p = .087) doğum memnuniyet algısı (t = 1.802, p = .074) ile doğum memnuniyeti ölçeği puan ortalaması arasında ilişki bulunmamıştır (p > .05, Tablo 4).

Çalışma gruplarının doğum memnuniyet algısı doğum memnuniyeti ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırıldığında: Anne dostu unvanı olmayan hastanede doğum yapan annelerin ölçek puan ortalaması 107.28 ± 11.02, anne dostu unvanı olan hastanede

doğum yapan annelerin ölçek puan ortalaması 107.25 ± 13.08 olarak belirlenmiş olup, gruplar arasında istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 4). Bu çalışmada, anne dostu unvanı olmayan gruptakilerin doğum memnuniyet ölçeğinden elde ettiği en düşük puan 66, en yüksek puan 127; anne dostu unvanı olan gruptakilerin ölçek puanı ise en düşük 76 puan, en yüksek 138 puan olarak belirlenmiştir. Tüm annelerin doğum memnuniyet ölçeği puan ortalaması 107.27 ± 11.97 olarak saptanmıştır.

Tartışma

Anne dostu olan ve olmayan hastanelerde doğuma ilişkin uygulamalar ve annelerin doğum memnuniyetleri ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışma sonucuna göre anne dostu unvanı olmayan hastanelere göre, anne dostu unvanı olan hastanelerde doğum yapan annelerin 35-45 yaş aralığında olma, üniversite ve üstü mezunu olma, sürekli bir işte çalışma, geliri giderinden yüksek olma, gebelikte eğitim ve danışmanlık alma oranları daha yüksek bulunmuştur. Çıktak Bilgin ve ark. (2018) annelerin %40.6'nın 30-45 yaş aralığında, % 16.8'sinin yüksek okul mezunu, % 24.5'inin çalıştığını saptamışlardır (14). Çalışmanın bu bulgusu Çıktak Bilgin ve ark. (2018) sonuçlarından farklılık göstermesinde, çalışmanın tasarımından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. Bu çalışmada grupların hastane tercihlerinde özellikle eğitim düzeyinin ve gelir düzeyinin etkili olduğu düşünülmüştür.

Ülkemizdeki pek çok hastanede doğum sürecindeki kadınların yeme-içmeleri ve hareketleri kısıtlanmaktadır. Bu çalışmada anne dostu unvanı olmayan hastaneye göre anne dostu unvanı olan hastanedeki annelerin hareket kısıtlaması ve besin kısıtlaması oranı daha düşük bulunmuştur. Doğumda kadının yürümesini ya da ayakta durmasını engelleyen bir sorun olmadığı sürece doğumda kadına hareket-yürüme serbestliği tanınması ve oral sıvı alımının kısıtlamaması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca doğumda hareket serbestliğinin doğum süresini kısalttığı ve bakım memnuniyetlerini artırdığı belirtilmiştir. Ancak doğumda ağızdan sıvı ve besin alımı sınırlandırılmasının, annelerde açlık ve susuzluk hissine, dehidratasyona, müdahaleli doğuma ve doğum memnuniyetsizliğine neden olduğu belirtilmektedir (18-20). Akyıldız ve ark. (2021) doğumun birinci evresinde hareket ve oral alımın kısıtlamasının yaygın olarak kullanıldığını (21); Daskın ve ark. (2020) kadınların çoğunun doğum sırasında hareketsiz kaldığını, tamamında ise yeme içmesinin kısıtlandığını belirtmiştir (22). Singata (2019) ise rutin parenteral sıvı desteğinin maternal rahatsızlığı artırırken, maternal aktiviteyi azalttığını öne sürmüştür (20). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hastanelerde doğum yapan kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların %60'ının doğum sürecinde su içmediği, %80'inin hiçbir şey yemediği, dörtte birinin ise doğum ağrısı sırasında yürüdükleri belirtilmiştir (23). Bu çalışmada anne dostu unvanı olmayan hastanenin bulguları literatürle benzerlik gösterirken, anne dostu hastanede sonuçlar daha düşük bulunmuştur. Kanıtı dayalı olmayan ve doğumlarda yaygın olarak uygulanan kısıtlayıcı müdahale sıklığının azalmasında anne dostu hastane modeli etkili olmuştur. Bu sonuç hareket ve sıvı kısıtlamasının nedenlerini inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermiştir.

Çalışmada doğum sürecinde anne dostu unvanı olmayan hastaneye göre anne dostu unvanı olan hastanede doğumda indüksiyon, amniyotomi, fundal bası ve epizyotomi uygulanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Anne dostu hastane bileşenleri arasında, doğumda rutin girişimlerin (doğumda intravenöz infüzyon, yapay amniyotomi, sürekli elektronik fetal monitörizasyon, vb.) gerekmedikçe uygulanmaması gerektiği bildirilmektedir (19,22). Akyıldız ve ark. (2021) oral beslenme kısıtlanmasının doğumda epizyotomi, fundal bası gibi girişimleri artırdığını (21); Dahlen ve ark. (2012) doğumdaki müdahale oranının devlet hastanesine kıyasla özel hastanede daha yüksek olduğunu belirtmiştir (24). Li ve ark. (2015) standart antenatal eğitim alan kadınlara göre, anne dostu doğum modeli doğrultusunda antenatal eğitim alan kadınların rutin lavman, intravenöz sıvı desteği, oral alım kısıtlaması, amniyotomi, sürekli fetal monitörizasyon ve epizyotomi gibi uygulamaları daha az tercih ettiklerini saptamıştır (25). Girişimsel uygulamalar açısından anne dostu hastane grubunun bulguları Dahlen ve ark. (2012) özel hastanenin doğum bulguları ile benzerlik gösterirken (24), Li ve ark. (2015) arkadaşlarının sonuçları ise anne dostu unvanı olmayan hastane grubunun bulguları ile benzerlik göstermiştir (25). Doğumda rutin bakımın ayrılmaz bir parçası haline gelen birçok müdahalenin klinik protokollerle, hekimin ve diğer sağlık uzmanlarının tercihleriyle ve annelerin talepleriyle-beklentileriyle ilişkili olabileceği, öte yandan doğum uygulanan bir müdahalenin diğer bir müdahalenin nedeni olabileceği bilinmektedir.

Çalışmada anne dostu unvanı olmayan hastaneye göre, anne dostu unvanı olan hastanede annelerin sosyal destek algısı, annelerin doğum sürecindeki fiziksel gereksinimlerinin karşılanması, kültürel değerlerine-inançlarına duyarlı bakım alması, doğumda kendini güvende hissetmesi, doğumdan hemen sonra emzirme oranları daha yüksek bulunmasına karşın, doğum korkusu oranı daha yüksek bulunmuştur. Doğum sürecindeki tüm kadınların sürekli olarak desteklenmesi, mahremiyetlerinin korunması ve kültürel değerlerine saygı gösterilmesi gerektiği belirtilmektedir (26,27). Anne dostu hastane kavramında anne adaylarının doğum sırasında bir yakını tarafından desteklenmesi önerilmektedir (19,22). Ülkemizde "Anne dostu hastane programı ile birlikte, annelere doğumda sosyal destek sağlanmaya başlanmış, yapılan çalışmalarda doğum süresince verilen desteğin ilk emzirme zamanını, anne ve yenidoğan sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (3,28). Yapılan bir çalışmada doğumda verilen desteğin spontan vajinal doğumun artmasıyla, sezaryen doğum ve enstrümantal vajinal doğumun azalmayla ilişkili bulunmuştur (26). Steel ve ark (2015) eğitilmiş doğum destekçilerinin annelere çok boyutlu yararları olduğunu (29); Wang ve ark. (2018) destekleyici bakımın doğum süresini önemli ölçüde etkilediğini (30); Bollol ve ark. doğumda verilen sosyal desteğin doğum sürelerini kısalttığını ve annenin kendini iyi hissetmesini sağlayarak doğum memnuniyetlerini arttırdığını belirtmektedir (31). Yapılan çalışmalarda kadınların yarısından fazlasının doğumdan korktuğu, doğum sürecinin kötü geçmesinin, ağrının şiddetli algılanmasının, doğumda indüksiyon ve epizyotomi gibi müdahalelerin doğum korkusuna neden olduğu belirtilmiştir (32,33). Anne dostu hastane grubundaki annelerin doğumda fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması, kültürel değerlerine duyarlı bakım almasına bağlı olarak kendini güvende hissetmesi, ilk otuz dakika içindeki emzirme oranlarını da etkilemiş olup, çalışmadaki bu sonuç annelerin ebe ve hemşireler tarafından daha fazla desteklenmiş olabileceği şeklinde

yorumlanmıştır. Bu çalışma grubunun daha fazla girişimsel müdahaleye maruz kalması doğum korkusu ile ilişkilendirilmiş olup, bu sonuç literatürle benzerlik göstermiştir (22,32,33).

Çalışmada anne dostu unvanına sahip olmayan hastanede doğum yapan annelerde travayda girişim uygulanması (indüksiyon, amniyotomi vb.), doğumda fiziksel gereksinimlerin karşılanması, doğumda sosyal destek (eş, aile, doğum koçu) alınması, fundal bası uygulanması, epizyotomi uygulanması, doğumdan memnun olması ile doğum memnuniyet ölçeği puan ortalaması arasında fark gözlenmişken, anne dostu unvanı olan hastanede ise travayda besin kısıtlanmasıyla doğum memnuniyet ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunmuştur. Daskın ve ark. (2020) kadınların yarısından fazlasının sağlık personelinin kısmen destekleyici bakım aldığını, yarıya yakınına epizyotomi, fundal bası uygulandığını belirlemiş olup, girişimler kadınların doğum memnuniyetinin azalmasına neden olmuştur (22). Akyıldız ve ark. (2021) doğumun birinci evresindeki kadınlara oksitosin indüksiyonu (%79,9), amniyotomi (%49,7), lavman (%44,1), hareketin kısıtlanması (%56,8), oral alımın kısıtlanmasının (%18,6) yaygın kullanıldığını (21); Çalik ve ark. (2018) doğumda yüksek oranda uygulanan müdahalelerin kadınların doğum deneyimlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (34). Leal ve ark. (2014) doğum sürecinde vajinal doğum yapan kadınların %37'sine fundal bası ve %56'sına epizyotomi uygulandığını belirtmiştir (35). Chalmers ve Dzakpasu (2015) kadınların %75'i hiçbir müdahalede bulunmazken, %46.4'ü sekiz veya daha fazlanın müdahaleye maruz kaldığını, daha az müdahalenin, doğum deneyimi ve genel memnuniyet düzeyini negatif yönde etkilediğini (36); Hamm ve ark. (2019) ve Weeks ve ark. (2017) doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanan ve destek verilmeyen kadınların doğum memnuniyetlerinin azaldığını belirtmiştir (37,38). ABD'de yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %80'ine damar yolu açıldığı, %55'inin doğumunun pitosinle hızlandırıldığı, aynı çalışmada kadınların yalnızca %15'inin doğum sırasında herhangi bir şey yediği ve yalnızca %40'ının birşeyler içtiği bildirilmiştir (20). Doğumda kadınlara yeme içme fırsatı verilmesinin doğum memnuniyet oranlarını arttırdığı gösterilmiştir (39). Tayvanda anne dostu olan özel bir hastane ile çeşitli doğum merkezlerinde doğum yapan kadınların katıldığı bir çalışmada, anne dostu olan hastanede bakım alan annelere daha az indüksiyon uygulanırken, hasta memnuniyet skorlarının ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir (25). Yapılan başka bir çalışmada doğum memnuniyeti oranlarının ülkelere göre değişiklik gösterdiği (Avustralya'da %82, Güney Afrika'da %52, Etiyopya'da %88, Eritre'de %21 ve İran'da %63), memnuniyet sonuçlarındaki farklılıkların değerlendirme yönteminden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (40). Bu sonuç, anne dostu bileşenlerinden çok, doğumda kısıtlama ve müdahalelerin yaygın olarak kullanılmasının doğum memnuniyet ölçeği puan ortalamasını etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

Doğum memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık ve çok boyutlu bir değişkendir. Doğuma ilişkin memnuniyeti artırmak için, annelerin fiziksel ve duygusal yönden desteklenmesi, müdahaleli doğumların azaltılması, doğumda ebe ve hemşire desteğinin artırılmasının faydalı olacağı bilinmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça annelerin doğum memnuniyetleri artmaktadır. Bu çalışmada çalışma gruplarının doğum memnuniyetleri benzerlik göstermiştir. İmtihal Adnan ve ark. (2020) hane halkı geliri ile doğum memnuniyeti arasında önemli ölçüde ilişki olduğunu belirtirken (41); Kılıç ve Topuz (2015) devlet ve üniversite hastanesine göre özel hastanenin hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğunu, ancak hastaların eğitim düzeyinin memnuniyetlerini etkilemediğini belirtmiştir (42). Çalik ve ark. (2018) annelerin memnuniyet puanlarını ortalamalarını düşük bulmuştur (34). Hodnett ve ark. (2013) bireysel beklentilerin, sağlık profesyonellerinin sağladığı desteğin, bakımı veren ile bakımı alanlar arasındaki iletişimin, annelerin doğumda karar verme sürecine dahil olmalarının doğum memnuniyetini etkilediğini belirtmiştir. Ayrıca annelerin mahremiyetlerine saygı gösterilmesi, istediği bir kişinin doğumuna eşlik etmesi, yenidoğanla erken ten temasının sağlanmasının annelerin memnuniyetini etkilediği saptanmıştır (39). Tayvan'da yapılan bir çalışmada anne dostu doğum modelinin uygulanabilir ve yararlı olup olmadığını değerlendirmek için, daha fazla kanıt temelli çalışma yapılması gerektiği bildirilmiştir (23). Annelerin doğum yapacağı hastaneyi bilerek-isteyerek seçmesi doğum memnuniyetlerini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür. Annelerin doğum memnuniyetinde anne dostu kavramından daha çok, doğum yönetimindeki yaklaşımlar/girişimler ve annelerin doğumdaki beklentilerinin karşılanması etkili olmuştur.

Kısıtlılık

Çalışmanın sonuçları, çalışmanın yapıldığı yer ve çalışmaya gönüllü olarak katılan annelerin verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmada anne dostu unvanı olmayan hastaneye göre, anne dostu unvanı olan hastanede doğumdaki kısıtlayıcı uygulama oranları daha düşük bulunurken; doğumda girişimsel müdahalelerin uygulanması (indüksiyon, amniyotomi vb.), annelerin fiziksel gereksinimlerinin karşılanması, kültürel değerlerine-inançlarına duyarlı bakım verilmesi, yenidoğanın ilk otuz dakika içinde emzirilmesi oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada annelerin doğum memnuniyet algısı ve doğum memnuniyet ölçeği puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel fark olmadığı gözlenmiştir. Anne dostu modeli-unvanın doğum memnuniyetinde tek belirleyici faktör olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Anne dostu olan ve olmayan hastanelerde doğum yapan annelerin doğum memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, doğumda kanıta dayalı olmayan kısıtlamaların ve müdahalelerin en aza indirilmesi, büyük örneklemli nicel ve nitel çalışmalar yapılması önerilir. Bu doğrultuda ebeler/hemşireler tarafından intrapartum dönemde annelerin ihtiyaçları değerlendirilerek, bakım ihtiyaç ve beklentileri karşılanarak annelerin memnuniyetinin artırılması hedeflenmelidir.

Bilgilendirme

Yazar(lar) katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/Kavram: ZB; tasarım: ZB; denetleme/danışmanlık: ZB; veri toplama ve işleme: ZB; analiz ve yorum: ZB; kaynak taraması: ZB; makalenin yazımı: ZB; eleştirel düşünme: ZB; araştırmanın bütçesi: ZB. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırma bütçesi, araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Yazar(lar) arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğum araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkim yoktur. Araştırmanın yapılabilmesi için girişimsel olmayan etik kuruldan izin alınmıştır (03.01.2019 tarihli ve 8 sayılı karar). Teşekkür: Yazar araştırmaya katılan tüm annelere teşekkür eder.

Kaynaklar

1. The Coalition for Improving Maternity Services. The mother-friendly childbirth initiative. The first consensus initiative of the coalition for improving maternity services. *J Nurse Midwifery* 1997;59-63. [https://doi.org/10.1016/S0091-182\(96\)00133-4](https://doi.org/10.1016/S0091-182(96)00133-4). 15 Şubat 2019.
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet* 2015;128(2):95-99. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>. 15 Şubat 2019.
3. Erbaydar N. Mother-friendly hospital programme of Turkey: national intervention to improve the quality of maternity services. *East Mediterr Health J* 2021;27(2):202-210.
4. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_rhr_14.23_eng.%20pdf;jsessionid=439B520E8CC642C4B7DDF00A50230929?sequence=1. 15 Şubat 2019.
5. Davis-Floyd R, Pascali-Bonaro D, Leslie MS, Ponce de Leon RG. The international mother baby child birth initiative: working to create optimal maternity care worldwide. *Int J Childbirth* 2011;1(3):196-212.
6. White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2011. https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf 23 Eylül 2019.
7. İldan Çalım S, Amanak K, Öztürk R, Güleç D, Karaöz B, Kavlak O ve ark. Anne dostu hastane kriterleri doğrultusunda anne sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi. *EGEHFD* 2015;31(1):120-130.
8. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Anne dostu hastane listesi. 2020 <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42835/anne-dostu-hastane-listesi.html>. 23 Eylül 2020.
9. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *BIRTH* 2008;35;2:107-16.
10. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016;34:166-172.
11. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(2):125-129.
12. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye’de ve dünyada değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi* 2017;7(4):158-163.
13. Oikawa M, Sonko A, Faye EO, Ndiaye P, Diadhiou M, Kondo M. Assessment of maternal satisfaction with facility-based childbirth care in the rural region of tambacouda, senegal. *African Journal of Reproductive Health* 2014; 18(4):95-104.
14. Çıtak Bilgin N, Ak B, Coşkun Potur D, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *HSP* 2018;5(3):342-352.
15. DeLuca RS, Lobel M. Diminished control and unmet expectations: Testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2014;14:183-204.
16. Çoşar Çetin F, Sezer A, Doğan Merih Y. Doğum memnuniyet ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *North Clin Istanbul* 2015;2(2):142-150.
17. Kurt Can E, Ejder Apay S. Doğum şekli: doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi? İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020 8(3):547-565.
18. Karaman ÖE, Yıldız H. Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: nasıl? ne sağlar? kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018;10(1):78-87.
19. Serçekuş Ak P, Vardar O, Özkan S. Anne dostu hastanelerin yaygınlaşması Türkiye için neden önemlidir? *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018;1(1):25-29.
20. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>. 23 Eylül 2019.
21. Akyıldız D, Çoban A, Gör Uslu F, Taşpınar A. Effects of obstetric interventions during labor on birth process and newborn health. *Florence Nightingale J Nurs* 2021;29(1):9-21.
22. Dasikan Z, Elmas S, Elmas C, Kiratlı D, Erdogan M. Routine interventions during normal birth: women’s birth experiences and expectation. *Int J Caring Sci* 2020;13(3):1768-1877.
23. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major survey findings of listening to mothers III: new mothers speak out. *J Perinat Educ* 2014;23(1):17-24.
24. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: A population-based descriptive study. *BMJ Open* 2012;2(5):e001723.
25. Li YP, Yeh CH, Lin SY, Chen TC, Yang YL, Lee CN et al. A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015;54(6):731-736.
26. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(7):CD003766. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483123/pdf/CD003766.pdf>. 8 Temmuz 2021.
27. World Health Organization. Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. 12 Nisan 2019.

28. Ahi S, Borlu A, Balcı E, Günay O. Bebek dostu bir hastanede doğum yapan annelerin doğumdan sonra ilk bir saatte emzirmeye başlama durumları ve ilişkili faktörler. *Ahi Evran Med J.* 2019;3(2):41-47.
29. Steel A, Frawley J, Adams J, Diezel H. Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: A critical integrative review. *Health Soc Care Community* 2015;23(3):225-41.
30. Wang M, Song Q, Xu J, Hu Z, Gong Y, Lee AC, Chen Q. Continuous support during labour in childbirth: a Cross-Sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18(480):2-7.
31. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial *JCDR* 2016;10(9):14-17.
32. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2013;29(4):165-167.
33. Dönmez S, Yenieli Ö, Kavlak O. Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(3):908-920.
34. Yeşilçiçek Çalik K, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm- interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18(415):2-10.
35. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha M MT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Gama SGND. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saude Publica* 2014;30(1):1-16.
36. Chalmers BE, Dzakpasu S. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: the Canadian maternity experiences survey findings. *J Reprod Infant Psychol* 2015;33(4):374-387.
37. Hamm RF, Downes KL, Srinivas SK, Levine LD. Using the probability of cesarean from a validated cesarean prediction calculator to predict labor length and morbidity. *Am J Perinatol* 2019;36(6):561-566.
38. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among chilean women. *J Midwifery Womens Health* 2017;62(2):196-203.
39. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):2-118.
40. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15(97):2-12.
41. Imtithal Adnan F, Noor NM, Mat Junoh NA. Associated factors of labor satisfaction and predictor of postnatal satisfaction in the northeast of Peninsular Malaysia. *PLoS One* 2020;15(8):e0238310.
42. Kılıç T, Topuz R. Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağ. Perf. Kal. Derg* 2015;(9):78-95.

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi

 Nurten Gülsüm BAYRAK¹,  Bahadır GENİŞ²,  Nermin GÜRHAN³¹

Uzm. Hem., Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi, Giresun, Türkiye

² Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

³ Prof. Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Öz

Giriş: Kronik ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanmaktadır. **Amaç:** Bu çalışmada bir toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastaların fiziksel sağlıklarının ve kullandıkları psikotrop ilaçların karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış olup, Temmuz-Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı 640 hasta kaydı geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu ile hastane bilgi sistemi üzerinden toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 46.1±11.96, %62.3'ü (n = 399) erkektir. Bipolar affektif tanılı hastalarda, tiroid hastalıkları (p=.024) ve gastrointestinal sistem hastalıklarının (p= .032) şizofreni hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu, şizofreni hastalarında ise çoklu ilaç tedavisi (p=.005) ve depo antipsikotik ilaç kullanımının (p=.001) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki hastalık grubunda sertralin ve essitalopram en sık tercih edilen antidepresan iken, ketiyapin en sık tercih edilen antipsikotik olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalar, fiziksel tıbbi tanımlar ve kullandıkları psikotrop ilaçlar bakımından takip edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar Affektif, Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

Abstract

Investigation of Profiles of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Diagnosis in a Community Mental Health Center

Introduction: People with chronic mental illnesses are rehabilitated in community mental health centers. **Objective:** This study was conducted to compare the physical health status of patients with schizophrenia and bipolar affective in a community mental health center and the psychotropic drugs they use. **Method:** The records of 640 patients registered in a community mental health center in the Black Sea Region of Turkey between July and December 2018 were evaluated retrospectively, without sampling. The research data were collected through the hospital information system with the data collection form developed by the researchers and analyzed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 package program. **Results:** The mean age of the patients in the study was 46.1±11.96, and 62.3% (n=399) were male. In patients with bipolar affective diagnosis, thyroid diseases and gastrointestinal system diseases were significantly higher than those with schizophrenia, and the use of multiple drug therapy and depot antipsychotic medication was statistically significantly higher in patients with schizophrenia. In both disease groups, sertraline and esitalopram were the most preferred antidepressants, and quetiapine was the most preferred antipsychotic. **Conclusion:** The results showed that patients with schizophrenia and bipolar affective diagnosis should be followed in terms of physical medical diagnoses and psychotropic drugs they use.

Keywords: Bipolar Affective, Schizophrenia, Community Mental Health Center

Geliş Tarihi / Received: 18.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.04.2022

Correspondence Author: Nurten Gülsüm Bayrak, Uzm. Hem., Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi, Giresun, Türkiye

Cite This Article: Bayrak N.G, Geniş B, Gürhan N. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 289-297.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin temelini oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkez'leri (TRSM), kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin; takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasının yanı sıra bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırarak onları topluma kazandırmayı amaçlamaktadır (1-3).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde, hastalığa bağlı mortalite, morbidite, yeti kaybı oranı genel nüfusa oranla daha yüksektir (4). Ağır ruhsal hastalıklar, yaşam kalitesi, tedavi uyumu, sosyal ve bilişsel işlevlerde azalmanın yanı sıra, öz bakım, kişilerarası ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açmaktadır (5-7). Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalanma nedeniyle iş bulmakta zorlanmakta, gelir eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim, barınma, sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir (8-11). Bu hastalıklarda ilaç etkilerinden dolayı iştah artışı ve dolayısıyla kilo alımı, uyku sorunları, iyi olmayan sosyal ilişkiler ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle yaşam kalitesinin de azaldığı bilinmektedir (12,13). İşlevsellikleri, toplumdaki ruhsal hastalığı olmayan bireylere göre bozulmuş olan bu hastalar, damgalanma, ilaçların yan etkileri, ilaçların etkinliğine inanmama, iç görü eksikliği gibi nedenlerle tedavilerini aksatabilmekte ve bu nedenle hastalıkları zaman zaman alevlenme belirtileri göstermektedir (12).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalık kapsamına giren hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayı küresel olarak tüm ölümlerin %71'ine karşılık gelmektedir (14). Toplam ölümlerin %80' ini kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır (15). Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sağlıklı bireylere göre tıbbi hastalıklar açısından 1.5 kat daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (16). Konuya ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında; şizofreni hastalarının %92.2 'sinin fiziksel hastalık tanısı aldığı, bu hastalarda kalp damar hastalıkları, KOAH ve diabetten kaynaklanan mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,17). Bunun yanı sıra bipolar affektif bozuklukta, metabolik sendrom prevalansının %56 olduğu belirtilmiştir (18).

Ağır ruhsal hastalıklarla ilgili yapılan bir meta analiz çalışmasında kardiyovasküler hastalık prevalansı %9,9 olarak saptanmıştır (19). Bunun yanında şizofreni hastalarının %66,1'inde, bipolar affektif tanılı hastaların %60,5'inde kardiyometabolik komorbid tanı saptandığı, en yaygın komorbid tanıların şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta sırasıyla; hipertansiyonda %57; %52, hiperlipidemide %30; %28, diyabette %28; %22 olduğu belirtilmiştir (20). Yapılan çalışmalarda genel olarak bipolar affektif bozuklukta hipertansiyon, astım, diyabet, obezite, hipotiroidizmin şizofrenide ise hipertansiyon, diyabet ve aneminin yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir. Bu hastalıklarda ileri yaşta ve evli olmak, tedavi ve hastalık süresinin uzunluğunun, fiziksel hastalık komorbiditesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir (13,21).Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; şizofreni hastalarının %37,8'inin KOAH, %33'ünün hipertansiyon, %17,8 'inin inme, %17,8'inin ise koroner arter hastalığı tanısı aldıkları belirtilmiştir (22). Geller'de yapılan kohort çalışmasında ağır ruhsal hastalıklarda ölüm nedenleri arasında kanser, dolaşım sistemi, solunum sistemi hastalıklarının olduğu, tüm ölümlerin % 28,1'ini iskemik kalp hastalıkları, %17,8'ini solunum sistemi hastalıkları ve %15,6'sını kanser hastalıklarının oluşturduğu, en yaygın görülen kanser türlerinin ise akciğer ve GİS kanserlerinin olduğu belirtilmiştir (23). Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerde obezite, metabolik sendrom, diyabet, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarına yakalanma oranı iki kat, HIV virüsüne yakalanma oranı ise sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (24).

Şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta önemli sorunlardan biri de tedavide büyük önem taşıyan antipsikotik ilaçlardır (25). Ağır ruhsal hastalıklarda tedavi uyumsuzluğu sık görülmektedir (26). Antipsikotiklerin yan etkilerine bağlı olarak hastaların yaşam sürelerinin kıaldığı, birinci ve özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kilo artışı, diyabet, hiperlipidemi, metabolik sendrom, ve kardiyovasküler hastalıklara neden olduğu, hastalığa bağlı faktörlerin yanı sıra ilaç tedavisine bağlı oluşabilecek yan etkilerin fiziksel hastalanma ve ölüm üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (27,28). Bipolar affektif bozuklukta, sık ve düzensiz aralıklarla ilaç kullanmanın kilo alımı ve sedasyon gibi yan etkilere neden olması sebebiyle hastaların tedavilerini sıklıkla aksattığı belirtilmektedir (29). Şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada tedavi uyumunun iç görü ile ilişkilendirildiği, şizofreni hastalarında, bipolar affektif bozukluğa göre iç görünüm ve dolayısıyla ilaç uyumunun daha düşük olduğu belirtilmiştir (30). Bunun yanı sıra şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta, işlevsellik, istihdam ve sosyal desteğin tedavi uyumunu artırdığı belirtilmektedir (25).

Psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri, inatçı belirtilerle giden, işlevselliği bozulmuş bireylerin iyileşmesini ve toplum içerisinde normal yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla verilen, kapsamlı, eş güdümlü ve uzun süreli uygulamaları kapsamaktadır (31). TRSM'ler koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, akut alevlenmeleri engelleyerek hastaneye yatış sıklığını azaltmaya, hastaları topluma kazandırmaya ve tedavi uyumunu artırmaya yönelik hizmetler sunmaktadır (32). Bu hizmetlerin sağlıklı olarak yürütülebilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında ekip anlayışı ile hareket etmek oldukça önemli olup, bu kapsamda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (2). Psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin, ruhsal hastalığa sahip bireylere uygun bakım ve tedaviyi yapabilmeleri için gerekli verileri toplama becerisine sahip olmaları gerekmektedir (33). Psikiyatri hemşirelerinin, psikofarmakolojik ilaç yönetiminde ilaç kullanımına yönelik verileri toplama, ilaç etki ve yan etkilerini bildirme, gözlem düzenleme, ilaç uygulama, ilaç yanıtını değerlendirme, kayıt etme, tedavi ekibi ile iş birliği yapma, tedavi programı düzenleme, taburculuk sonrası birey ve ailesine eğitim vermek gibi birçok sorumluluğu bulunmaktadır (34). Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalarda var olan ya da sonradan gelişen fiziksel hastalıkları ve hastaların kullandıkları psikotrop ilaçları ve ilaç yan etkilerini bilmeleri, etkin ve bütüncül bir bakım hizmetinin sunulabilmesi bakımından önemlidir. Bu çalışmada bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastaların fiziksel tıbbi tanıları, kullandıkları psikotrop ilaçlar incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin, psikiyatri hemşirelerinin fiziksel ve ruhsal hastalık yönetimi ile ilgili uygulamalarına yön vereceği ve bu yönüyle literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve retrospektif desenlidir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Temmuz ve Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastalar üzerinden geriye dönük olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'ndeki TRSM'ye kayıtlı tüm hastalar oluşturmuştur (n: 678). Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak hasta kayıtlarındaki eksiklikler ve verilere ulaşılamama nedeniyle 640 hasta kaydı geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. TRSM'ler devlet tarafından finanse edilen halka açık ve ruh sağlığını iyileştirme hizmeti sunan kurumlardır. Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'ndeki TRSM, 2012 yılında hizmete vermeye başlayan, aylık ortalama 150-200 hastanın hizmet aldığı bir kurumdur. TRSM ekibi, bir doktor, üç hemşire, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı ile hizmet vermektedir. Haftanın iki günü, bir doktor ve bir hemşire, şehir merkezine kayıtlı hastalara ev ziyaretine gitmektedir. Bunun dışında kurumda şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalara poliklinik hizmeti verilmektedir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, kimlerle yaşadığı, kullandıkları psiko trop ilaçlar ve fiziksel tıbbi tanımlarını sorgulayan sekiz sorudan oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan yapılandırılmış bir form aracılığı ile, hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak toplanmıştır. Hastane kayıtlarına, kurum izni alındıktan sonra hastane bilgi işleminden kullanıcı adı ve şifre yoluyla ulaşılmıştır. TRSM'den hizmet alan hastaların isimleri veri formuna kodlanarak eklenmiş olup, kullandıkları psiko trop ilaçlara ve fiziksel tıbbi tanımlarına aynı sistem üzerinden daha önce başvurduğu psikiyatri ve diğer poliklinikler yoluyla ulaşılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama standart sapma kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, gereken durumlarda fisher's exact testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak temel alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 08.05.2018 tarih ve 2018-212 araştırma kodu ile alınmış etik kurul izni alınmış, olup ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n=238)	Şizofreni (n=402)	Toplam (n=640)	X ² /t	p
Yaş	45.31±11.98	46.43±11.94	46.01±11.96	-1.144	.253
Cinsiyet					
Kadın	99/41.6	142/35.3	241/37.7	2.246	.134
Erkek	139/58.4	260/64.7	399/62.3		
Medeni Durum					
Evli	100/42	127/31.6	227/35.5	7.306	.026
Bekar	130/54.6	262/65.2	392/61.3		
Dul/Boşanmış	8/3.4	13/3.2	21/3.3		
Çalışma Durumu					
İşsiz	113/47.5	233/58	346/54.1	19.184	< .001
Düzenli çalışıyor	103/43.3	108/26.9	211/33		
Emekli	22/9.2	61/15.2	83/13		
Yaşam Şekli					
Anne, baba, kardeş	121/50.8	259/64.4	380/59.4	15.936	< .001
Eş, çocuk	103/43.3	112/27.9	215/33.6		
Yalnız	14/5.9	31/7.7	45/7.0		

X²: Ki-kare testi, t: Bağımsız Örneklem t testi

Hastaların yaş ortalaması 46.01 ± 11.96, yaş aralığı 18-86 arasındadır. Her iki hastalık grubu arasında yaş ve cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Bipolar affektif tanılı hastaların %42'si evlidir. Hastalık grupları

arasında medeni durum, çalışma durumu ve yaşam şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Tıbbi Hastalıkların Karşılaştırılması (n:640)

Tıbbi tanılar	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 23)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	N	%	N	%	n	%		
Diyabetes Mellitus	35	14.7	50	12.4	85	13.3	0.485	.486
Hipertansiyon	40	16.8	45	11.2	85	13.3	3.616	.057
Hiperlipidemi	14	5.9	24	6.0	38	5.9	0.000	1.00
Tiroid Hastalıkları	33	13.9	32	8.0	65	10.2	5.085	.024
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	4	1.7	6	1.5	10	1.6	0.000	1.00
Kanser	5	2.1	8	2.0	13	2.0	0.000	1.00
Kalp Hastalıkları	7	2.9	9	2.2	16	2.5	0,083	.773
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	63	26.5	76	18.9	139	21.7	4.597	.032
Nörolojik Hastalıklar	31	13.0	35	8.7	66	10.3	3.015	.083
Solunum Sistemi Hastalıkları	11	4.6	23	5.7	34	5.3	0.359	.549
(Diğer Hastalıklar: B12, D vitamini eksikliği, deri hastalıkları)	69	29.1	92	22.9	161	25.2	2.645	.104

Bipolar affektif tanıli hastalarda diabetes mellitus, hipertansiyon, tiroid hastalıkları, kas iskelet hastalıkları, kanser, kalp hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları ve nörolojik hastalıkların, şizofreni hastalarına göre daha sık görüldüğü, şizofreni hastalarında ise hiperlipideminin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Hasta grupları arasında tiroid hastalıkları ve GİS hastalıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p < .05$). (Tablo 2).

Tablo 3. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Psikotrop İlaç Gruplarının Karşılaştırılması (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 238)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	n	%	N	%	n	%		
*AD	46	19.3	90	22.4	136	21.3	0.664	.415
*DDD	171	71.8	19	4.7	190	29.7	319.44	.001
*AP	201	84.5	399	99.3	600	93.8	55.885	.001
Çoklu psikotrop ilaç kullanımı	93	39.1	204	50.7	297	46.4	7.724	.005
Depo antipsikotik ilaç	26	10.9	134	33.3	160	25.0	38.851	.001

*AD: Antidepresan, DDD: Duygudurum dengeleyici AP: Antipsikotik

Duygudurum dengeleyici ilaç kullanımının bipolar affektif tanıli hastalarda ($p < .05$); antipsikotik ve çoklu psikotrop ilaç kullanımının şizofreni tanıli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$). (Tablo 3).

Tablo 4. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Psikotrop İlaç Kullanımlarının Karşılaştırılması (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 238)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Antidepresanlar								
Sertralin	17	7.1	30	7.5	47	7.3	0.022	.881
Fluoksetin	4	1.7	12	3.0	16	2.5	0.577	.447
Sitalopram	2	0.8	6	1.5	8	1.3	0.546	.717
Essitalopram	10	4.2	19	4.7	29	4.5	0.013	.911
Paroksetin	3	1.3	5	1.2	8	1.3	0.000	1.00
Fluvoksamin	0	0.0	2	0.5	2	0.3	1.864	.532
Venlafaksin	3	1.3	2	0.5	5	0.8	1.074	.366
Duloksetin	1	0.4	2	0.5	3	0.5	0.000	1.00
Amitriptilin	0	0.0	7	1.7	7	1.1	6.556	.050
Klomipramin	4	1.7	6	1.5	10	1.6	0.000	1.00
Trazodon	1	0.4	0	0.0	1	0.2	1.981	.372
Mirtazapin	1	0.4	2	0.5	3	0.5	0.000	1.00
Duygudurum Dengeleyiciler								
Valproik Asit	99	41.6	12	3.0	111	17.3	152.78	.001
Lityum	72	30.3	3	0.7	75	11.7	122.96	.001
Lamotrijin	27	11.3	0	0.0	27	4.2	47.61	.001
Karbamazepin	4	1.7	3	0.7	7	1.1	1.156	.433
Antipsikotikler								
Aripipirazol	28	11.8	43	10.7	71	11.1	0.082	.775
Amisülpirid	12	5.0	40	10.0	52	8.1	4.825	.028
Klozapin	6	2.5	72	17.9	78	12.2	31.660	.001
Olanzapin	53	22.3	111	27.6	164	25.6	1.968	.161
Paliperidon	5	2.1	9	2.2	14	2.2	0.013	.908
Ketiypin	97	40.8	90	22.4	187	29.2	23.508	.001
Risperidon	34	14.3	75	18.7	109	17.0	1.724	.189
Haloperidol	12	5.0	40	10.0	52	8.1	4.825	.028
Klorpromazin	3	1.3	14	3.5	17	2.7	2.855	.091
Trifluperazin	0	0.0	2	0.5	2	0.3	1.188	.532
Sülpirid	1	0.4	4	1.0	5	0.8	0.637	.425
Ziprasidon	1	0.4	0	0.0	1	0.2	1.692	.372

*X²: Ki-kare Testi

Amitriptilin, amisülpirid, klozapin ve haloperidol kullanımı şizofreni hastalarında ($p < .05$); ketiypin, valproik asit, lityum ve lamotrijin kullanımı bipolar affektif tanı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki hastalık grubunda sertralin ve essitalopramın en sık kullanılan antidepresan; ketiypinin ise en sık kullanılan antipsikotik olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

TRSM'ye kayıtlı şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanı hastaların, kullandıkları psikotrop ilaçlar ve fiziksel tıbbi tanımlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapılan çalışmada, 640 hasta kaydı değerlendirilmiştir. kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bilişsel, sosyal ve işlevsel becerilerinin azalması nedeniyle özel bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu hastaların gereksinimlerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada hastaların sosyal ve yakın ilişkiler, fiziksel sağlık durumu, hastalık durumu ve tedavi hakkında bilgi, gündüz aktiviteleri, psikolojik sıkıntı gibi psikososyal gereksinimlerinin

çoğunlukla karşılanmadığı belirlenmiştir (13). Psikiyatri hastalarının bakım gereksinimleri psikiyatri hemşireliğinin temel alanı olup, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirleyerek, uygun girişimleri planlayabilmek önemlidir (24). Diyabetes mellitus, obezitenin artmasına paralel olarak ciddi bir artış göstermiştir (35). Dünya genelinde 1980'de %4.7 olan diyabet yaygınlığı, 2014 yılında %8.5 olarak bildirilmiştir (4). Bazı çalışmalar ise tip 1 diyabetin şizofreni riskini yaklaşık 1.5-2 kat artırabileceğini öne sürmektedir (14). Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde, genel nüfusa oranla akut metabolik komplikasyon, bozulmuş glikoz toleransı, insülin direnci ve tip 2 diyabet gelişme riskinin daha yüksek olduğu (31) ve diyabet nedeniyle mortalite olasılığının altı kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (36). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin, kötü beslenme alışkanlığı, hareketsiz yaşam örüntüsü, fiziksel sağlıklarını koruma ve devam ettirme konusundaki yetersizliklerinin yanında, özellikle hastalıklarının tedavisinde kullanılan antipsikotik grubu ilaçların da etkisi ile diyabete yatkın oldukları düşünülmektedir (32,37,38). Özellikle bu hastalık gruplarında kullanılan klozapin, olanzapin ve ketiyapinin kan şekerini yükseltmeye, glikoz tolerans testinde bozulma ve diyabetik ketoasidoza yol açtığı belirtilmiştir (39). Çalışmamızda hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta en sık kullanılan antipsikotikler olanzapin, ketiyapin ve risperidondur (Tablo 4). Bu ilaçların hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta sıklıkla kullanılması, hastalardaki diyabet prevalansının artışına katkı sağlamış olabilir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaklaşık %10-15'i tip 2 diyabete sahiptir (37,40). Vancamfort çalışmasında Bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığının %6.5-12.7 arasında değiştiğini (31), Subassini şizofrenide diyabet yaygınlığını %15.3 olarak bildirmiştir (41) Bu çalışmada ise şizofreni hastalarının %12.4'ü, bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların %14.7'si diyabet tanısı almıştır. Bu oranlar literatürdeki çalışmalarla uyumlu görülmektedir.

GİS hastalıklar, yaşam kalitesini düşürmesi, sosyal hayat üzerindeki olumsuz etkileri, sağlık hizmeti kullanımı ve okul hayatında olumsuzluklara neden olması dolayısıyla psikiyatrik hastalıklarla ilişkidir (42). Epidemiyolojik araştırmalar, çölyak hastalığı ile ağır ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir (43,44). Şizofreni ve bipolar bozuklukta GİS hastalıkların sıklığını araştıran bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %10.9 ve %16.4 olarak bildirilmiştir (45). Ülkemizdeki bir çalışmada ise şizofreni ve bipolar bozuklukta, GİS hastalık oranları sırasıyla %18.5 ve %27.6 olarak bildirilmiştir (46). Bu çalışmada ise şizofreni tanısı olanlarda GİS hastalıkların oranı %18.9 iken, bipolar bozuklukta %26.5 olarak saptanmış olup aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Bipolar bozuklukta, GİS bozukluklarının anlamlı olarak yüksek bulunmasında, çalışmanın yapıldığı popülasyon seçimi, lityum, valporik asit, lamortijin ve ketiyapin gibi duygu durum dengeleyici özelliği olan ilaçların daha yoğun kullanımı rol oynamış olabilir. Özellikle bipolar bozuklukta kullanılan lityum; dilde yanma, midede ekşime, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal vb belirtilerle mide barsak sistemini etkilemektedir (39). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda GİS semptomların ilişkili olduğu faktörleri araştıran bir çalışmada, belirtilerin depresyon şiddeti, anksiyete şiddeti ve insomnia için kullanılan ilaçların en önemli değişkenler olduğu belirtilmiştir (47). Bu çalışmada hem duygudurum dengeleyici hem de insomnianın tedavisinde kullanılan ketiyapinin, bipolar bozuklukta, şizofreniye oranla anlamlı düzeyde daha sık kullanıldığı saptanmıştır. Bu durum, bipolar bozukluk tanısı alan grupta GİS hastalıklarının daha yüksek olmasını açıklayan faktörlerden birisi olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada tiroid hastalıkları bipolar bozuklukta %13.9, şizofrenide %8 olarak belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tedavisinde duygudurum dengeleyici olarak kullanılan lityumun uzun süreli kullanımı, tiroid fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Antipsikotikler otoimmün tiroid anormalliklerine yol açabilmekte hem dopamin antagonisti etkileri hem de antipsikotiklerin yan etkileri, prolaktin yükselmesine neden olabilmektedir (39). Literatüre bakıldığında ağır ruhsal hastalıklarda tiroid bozukluğu sıklığı şizofrenide %31.49, bipolar afektif bozuklukta %35.57 bir başka çalışmada şizofrenide %10.5, bipolar bozuklukta ise %10.3 olarak belirtilmiştir (48,49). Lityum tedavisi alan hastaların endokrin bozukluk prevalansı, genel popülasyona göre yüksek olmasından dolayı bu hastalar hipotiroidizm, guatr ve hiperparatiroidizm açısından takip edilmelidir (50).

Şizofreni ve bipolar afektif bozukluk tanılı hastaların yaklaşık üçte birinin dört veya daha fazla psikotrop ilacı eş zamanlı olarak kullandığı belirtilmiştir (51,52) Psikiyatrik hastalıklarda komorbiditenin fazla olması polifarmasiye katkıda bulunmaktadır. (53). Gittikçe yaygınlaşan bir sorun olan polifarmasi, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda daha sık kullanılmaktadır (54,55). Bu çalışmada şizofrenide polifarmasi oranı %50.7 iken, bipolar bozuklukta %39.1 idi. Aradaki fark ise anlamlıydı. Şizofrenide antipsikotiklerin bir arada kullanılması, hastalığın kronik gidişatı karşısında duyulan çaresizlik ve tedaviye direnç sorunu ile ilişkilendirilmektedir (56). Hastalığı kabul etmeyen ya da psikiyatrik sağaltımlara karşı olumsuz tepki geliştirmiş hastaların, ilacı reddetmesi ya da kısa sürede bırakması sık görülmekle birlikte tedavide kullanılan antipsikotiklerin kilo alma, uyku hali, kan basıncının düşmesine bağlı baş dönmesi, ekstrapiramidal yan etkiler, cinsel isteksizlik ya da işlev bozukluğu vb. yan etkileri nedeniyle, hastaların ilaçlara karşı önyargı geliştirdiği bilinmektedir. İlacı reddeden hastalarda, hastalık belirtilerinin yinelenmesi sık görülmektedir. Böyle durumlarda hasta ile uyum sağlanamazsa depo antipsikotikler tercih edilebilmektedir (39). Bu durumu destekleyen sonuçlardan birisi de çalışmamızda saptanmıştır. Şizofreni tanılı hastaların oluşturduğu grupta depo antipsikotik kullanımı %33.3 bipolar bozuklukta %10.9 olarak belirlenmiştir.

Kısıtlılıklar

Bu araştırmanın tek merkezde yürütülmesi ve elde edilen verilerin TRSM'de kullanılan hasta kayıt sistemindeki bilgiler kapsamında olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde, diabetes mellitus, hipertansiyon, GİS ve nörolojik hastalıklar, tiroid, gibi fiziksel hastalıkların sık görüldüğü, şizofreni hastalarında genellikle çoklu tedavi, antipsikotik ve depo

antipsikotik grubu; bipolar bozuklukta ise duygudurum dengeleyici, antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçların daha sık kullanıldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri hemşireleri şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda, ek fiziksel hastalıkların sık görüldüğü ve bu hastalıklarda kombine birçok psikotrop ilaç kullanıldığını, bu nedenle hastaların yakın takip edilip gözlemlenerek hemşirelik yaklaşımlarının bu doğrultuda planlanması önemlidir.

Çalışma sonucu literatüre ışığında değerlendirildiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk affektif gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel hastalıklarının ruhsal hastalıklarından mı yoksa kullandıkları psikotrop ilaçlardan mı kaynaklandığı belli değildir. Etkin ve verimli bir psikiyatrik rehabilitasyon hizmetinin verilebilmesi için bu ayrımın tespit edilmesi, hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyon planlamalarının bu doğrultuda yapılması gereklidir. Çalışma sonucuna göre, ağır ruhsal hastalıklarda fiziksel hastalıkların sık görüldüğü ve bu hastalarda kullanılan çoklu ilaç tedavisi ve antisikotik kullanımının sık olduğu dikkate alındığında hastaları fiziksel hastalıklara ve ilaç yan etkilerine karşı korumak amacıyla koruyucu ve önleyici planlamaların bu doğrultuda yapılması önemlidir. Bu amaçla bu hastalıklarda iyi bir takip sisteminin kurulması, hasta ve ailesinin ilaç kullanımı ve fiziksel hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, alanda çalışan hemşirelere daha iyi bir sağlık hizmeti sunmaları konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir. Bunun dışında hastaların yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini artırmak amacıyla yapılan farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin yanı sıra, çeşitli nedenlerle gelişebilecek fiziksel hastalık belirtilerinin erken dönemde fark edilebilmesi ve bu doğrultuda koruyucu önleyici yaklaşımlara ağırlık verilmesi ve riskli grupların tespit edilmesinin de psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarına önemli ölçüde yön vereceği düşünülmektedir. Bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetleri ile koordinasyon sağlanması, hastalara, hastalık öz yönetimi, ailelerine ise ruhsal hastalıklarla baş edebilme, öfke kontrolü, problem çözme becerisi gibi konulara yönelik farkındalık eğitimlerinin verilmesi, ev ziyaretlerinde hastaların yaşam biçimi, beslenme, hareket, aile içi ilişkileri, stres düzeyi vb değerlendirilmesi ve riskli hastaların tespit edilmesi, tedavi, rehabilitasyon programlarının bu yönde planlanması hastaların ve ailelerinin sağlık hizmeti sunucularıyla koordineli hareket etmesi vb girişim ve uygulamaların bakımın kalitesini artıracığı düşünülmektedir. TRSM kapsamında verilen hizmetin kalite ve niteliğini artırmaya yönelik girişimlere ağırlık verilmelidir. Bu amaçla özellikle uzman psikiyatri hemşirelerinin TRSM lerde istihdamının sağlanması, hizmet içi eğitimlerin kapsam ve niteliğinin artırılmasına önem verilmelidir. Bunun yanında verilen bakım ve hizmetin hastalar üzerinde ne ölçüde etkili olduğunu belirlemek amacıyla bilimsel çalışmalara ağırlık verilmelidir.

Bilgilendirme

Fikir NGB, NG; Dizayn NGB, NG; Veri toplama/işleme NGB; Revizyon/denetim NGB, BG, NG; Analiz/yorumlama BG; Literatür tarama NGB, BG, NG; Yazma NGB, BG; Kontrol NG tarafından yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 08.05.2018 tarih ve 2018- 212 araştırma kodu ile etik kurul izni ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2020;31(3):1053-1078.
2. İçel S, Özkan B, Aydoğan A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Med J* 2016;16(2):208-214.
3. Delice AM. *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz*. 1.Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevi; 2017:9-10.
4. Diabetes World Health Organization 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Erişim Tarihi: 20.09.2020
5. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, iç görü ve işlevsellikleri. *Çukurova Med J* 2019;44(2):431-438.
6. Hossain S, Mainali P, Bhimanadham N.N, Imran S, Ahmad N, Patel S.R. Medical and psychiatric comorbidities in bipolar disorder: Insights from national inpatient population-based study. *Cureus* 2019;11(9):e5636.
7. Nishanth K.N, Chadda R.K, Sood M, Biswas A, Lakshmy R. Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates. *Indian Med J Res* 2017;146(2): 281-284.
8. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜSEB). Bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir? 2021.URL:<https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>. Erişim Tarihi: 20.09.2020
9. Demir S, Bulut M, İbiloğlu AO, Güneş M, Şimşek S, Sır A. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki komorbid somatik hastalıklar. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2016;7(26):1-10.
10. Döngel D.B, Demirkol M.E, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Çukurova Med J* 2018;43(4):892-902.
11. Evensen S, Ueland T, Lystad J.U, Bull H, Klungsoyr O, Martinsen E.W et al. Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nord J Psychiatry*. 2017;71:180-187.
12. Lee S.J, Kim K.R, Lee S.Y, An S.K. Impaired social and role function in ultra high risk for psychosis and first episode schizophrenia: Its relations with negative symptoms. *J Clin Invest* 2017;14:186-192.
13. Tuncer Z.G, Duman Z.Ç. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020;12(2):155-167.
14. Klimek P, Kautzky WA, Chmiel A. Quantification of diabetes comorbidity risks across life using nation wide big claims data. *PLoS Comput Biol* 2015;11(4):e1004125.
15. Suvisaari J, Keinanen J, Eskelinen S, Mantere O. Diabetes and schizophrenia. *Curr Diab Rep* 2016; 16:16.
16. Bahorik AL, Satre D.D., Simon A.H.K, Weisner C.M., Campbell C. Serious mental illness and medical comorbidities: Findings from an integrated health care system. *J Psychosom Res* 2017; 100:35-5.
17. Brink M, Green A, Bojesen A.B, Lamberti J.S, Conwell Y, Andersan K. Excess medical comorbidity and mortality across the lifespan in schizophrenia. A nationwide Danish register study. *Schizophrenia Research* 2019;347-354.
18. Demir N.Ö, Tuğlu C. Bipolar bozukluk hastalarında metabolik sendrom ve dürtüsellik ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2020;21(3):277-284.
19. Correll U.C, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017; 16: 163-180.
20. Correll C.U, Mak D.C, Mailey D.S, Farrelly E, Rajagopalan K. Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real World analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2017;16-19.
21. Piotrowski P, Gondek T.M, Deregowska A.K, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia an updated review of European studies. *Psychiatria Danubina* 2017; 29(2): 108-120.
22. İpekçioğlu D, Kendirlioğlu B.K. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık ek tanıları ve ölüm nedenleri: geriye dönük tanımlayıcı bir çalışma. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2019; 15:103-109.
23. John A, Mcgregor J, Lones I, Lee S.C, Walters J.T.R, Owen M.J.et. al. Premature mortality among people with severe mental illness new evidence from linked primary care data. *Schizophrenia Research* 2018; 154-162.
24. Başoğlu C, Kalendaroğlu A. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların bakım gereksinimleri ve öz saygı düzeylerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2021;8(2):305-314.
25. Stentzel U, Berg N, Schulze L.N, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch J.M. et.al. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of arandomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry* 2018; 18:155.
26. Demirkol M.E, Tamam L, Evlice Y.E, Karaytuğ M.O. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015; 40:555-568.
27. Cansız A, İnce B, Altınbaş K, Kurt E. Duygudurum kliniğinde takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalarda ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi-Turkish J Clinical Psychiatry 2018; 21(4).389-396.
28. Pan, Y.J, Yeh L.L, Chan Y.H, Chango C.K. Excess mortality and shortened life expectancy in people with major mental illness in Taiwan. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020; 29, e156; 1-11.
29. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders* 2013;1: 9-10.
30. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kreamers S, Haro J.M. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry* 2015;15: 189.

31. Vancampfort D, Mitchell A.J, Hert M.D, Sienaert P, Probst M, Buys R. et al. Prevalence and predictors of type 2 diabetes mellitus in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2015;76(11):1490-1499.
32. Coşansu G. Diabet: küresel bir salgın hastalık. *Ok Meydanı Tıp Dergisi* 2015; 31(ek sayı):1-6.
33. Varcarolis E.M. Essentials of psychiatric mental health nursing e book: a communication approach to evidence based care. Elsevier Health Sciences 2016.
34. Demiralp M. Psikofarmakolojik tedavilerde psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Konular* 2016; 2(3),87-99.
35. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-1053.
36. Kurdyak P, Vigod S, Duchon R, Jacob B, Stukel T, Kiran T. Diabetes quality of care and outcomes: comparison of individuals with and without schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 46:7-13.
37. Holt R.I, Mitchell A.J. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* 2015;11,79-89.
38. Bahar A, Tanrıverdi D. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet: bir gözden geçirme. *Yeni Symposium* 2017; 55(2):13-18.
39. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 15. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:668-669.
40. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell A.J. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta analysis. *Acta Psychiatry Scand.* 2015; 132(2):144-157.
41. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia. *J Postgrad Med.* 2011; 57(4); 272-277.
42. Yacob D, Dilorenzo C. How to deal pediatric functional gastrointestinal disorders. *Current Pediatrics Reports.* 2013;1(3): 198-205.
43. Brietzke E, Cerqueira O.R, Mansur B.R, McIntyre S.R. Gluten related illnesses and severe mental disorders: a comprehensive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2018; 84,368-375.
44. Eaton W, Mortensen P.B, Agerbo E, Byrne M, Mors O, Ewald H. Coeliac disease and schizophrenia: population based case control study with linkage of Danish national registers. *BMJ* 2004; 328, 438-439.
45. Oreski I, Jakovljevic M, Margetic A.B, Orlic C.Z., Cusa V.B. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Psychiatry Danub* 2012;24(1):80-85.
46. Bayrak N.B, Geniş B, Erdoğan E, Gürhan N. Bir üniversite hastanesinde psikiyatri polikliniklerine başvuran şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon tanılı hastaların retrospektif fiziksel hastalık komorbiditesi. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 19-21 Aralık 2019; Ankara.
47. Karling P, Maripuu M, Wikren M, Adolfsson R, Norback K.F. Association between gastrointestinal symptoms and affectivity in patients with bipolar disorder. *World J Gastroenterol* 2016;22(38):8540-8548.
48. Rodhakrishnan R, Calvin S, Singh K.J, Thomas B, Srinivasan K. Thyroid dysfunction in major psychiatric disorder in a hospital based sample. *Indian J Med Res* 2013; 138(6):888-893.
49. Navarro V, Pinilla I, Spain G, Brava N, Pantagon A, Acosta S. Prevalence of hypothyroidism in major psychiatric disorders in hospitalized patients in mont serrat hospital during the period march to october 2010. *Rev Colomb Psiquiatr* 2017; 46(3): 140-146.
50. Kraszewska A, Abromowicz M, Wozniak M.C, Sowinski J, Rybakowski J. The effect of lithium on thyroid function in patients with bipolar disorder. *Psychiatr Pol* 2014;48(3): 417-428.
51. Gaudiano B.A, Guzman Holst C, Morena A, Reeves E.L, Sydnor V.J, Lubow G.E. et al. Complex polypharmacy in patients with schizophrenia spectrum disorders before a psychiatric hospitalization prescribing patterns and associated clinical features. *J Clin Psychopharmacol* 2018;28,180-187.
52. Weinstock L.M, Gaudiano B.A, Lubow G.E, Tezanos K, Dehayos C.E., Miller I.W. Medication burden in bipolar disorder: a chart review of patients at psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res* 2014; 216,24-30.
53. Ripoll O.P, Pedersen C.B, Holtz Y, Benros M.E, Dalsgaard S, Jonge P. et al. Exploring comorbidity with in mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry* 2019;76,259-270.
54. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in Office based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(1);26-36.
55. Cuevas D, Sanz E.S. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004; 4-18.
56. Anath J, Parameswaran S, Gunatilake S. Antipsychotic polypharmacy. *Curr Pharm Des* 2004;10(18);2231-2238.

Compassion Fatigue and Risk Factors in Nurses in the Covid-19 Pandemic

 Esra USLU¹,  Gülcan KENDİRİRAN²

¹Assistant professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Health Science, Eskisehir Osmangazi University, Eskisehir, Türkiye.

²Assistant professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Health Science, Haliç University, İstanbul, Türkiye.

Abstract

Background: Nurses may experience compassion fatigue due to the nature of the nursing profession, the pandemic period can increase this risk, and this can affect the nurse, the patient, and the health care system negatively. **Objectives:** The purpose of this study is to evaluate the compassion fatigue experienced by nurses during the pandemic process. **Methods:** This cross-sectional study was conducted with 280 nurses working in a hospital in Eskişehir. A structured questionnaire and the Compassion Fatigue -Short Scale were used as measurement tools. **Results:** The mean compassion fatigue score of the nurses was found as 68.36 (25.81). The compassion fatigue score of the nurses who were female, were graduates of health vocational high school, had 6-10 year of work experience, wanted to quit the job, worked for more than 48 hours a week during the pandemic, were anxious about being infected with the COVID-19 virus and spreading it to their family, and had family members diagnosed with COVID-19 was found to be significantly high. In addition, nurse's gender, weekly working hours, thoughts about the profession, feelings and experiences about the COVID-19 virus were determined to be risk factors for compassion fatigue. **Conclusion:** Considering the effect of compassion fatigue on nurses and the field of care, we recommend that nurses should be supported in this regard and that qualitative studies and prospective cohort studies with larger samples should be planned.

Key Words: Compassion Fatigue, COVID-19, Pandemic, Nursing.

Öz

Covid-19 Pandemisinde Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Risk Faktörleri

Giriş: Hemşirelik mesleğinin doğası gereği hemşireler merhamet yorgunluğu yaşayabilir. Pandemi dönemi bu riski artırabilir ve bu durum hemşireyi, hastayı ve sağlık sistemini olumsuz etkileyebilir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı pandemi sürecinde hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğunu değerlendirmektir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırma, Eskişehir'deki bir hastanede çalışan 280 hemşire ile gerçekleştirildi. Ölçüm aracı olarak yapılandırılmış soru formu ve Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelerin merhamet yorgunluğu puanı 68.36 (25.81) olarak bulunmuştur. Kadınların, sağlık meslek lisesi mezunlarının, 6-10 yıl süre ile çalışanların, mesleği bırakmak isteyenlerin, pandemi sürecinde haftalık 48 saatten fazla çalışanların, kendisine virüs bulaşma ve ailesine virüs bulaştırma kaygısı yaşayanların ve yakınına COVID-19 tanısı konulanların merhamet yorgunluğu puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak cinsiyetin, çalışma süresinin, mesleğe ilişkin düşüncelerin, COVID-19'a ilişkin duygu ve deneyimlerin merhamet yorgunluğunun açısından risk faktörleri olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Merhamet yorgunluğunun hemşireler ve bakım alanı üzerindeki etkisi dikkate alındığında hemşirelerin bu konuda desteklenmesi ve nitel çalışmalar ile daha geniş örnekleme sahip prospektif kohort çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, Hemşirelik, Merhamet Yorgunluğu, Pandemi.

Geliş Tarihi / Received: 17.10.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.04.2022

Correspondence Author: Esra Uslu, PhD, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Health Science, Eskisehir Osmangazi University, Eskisehir, 26480, Türkiye. Tel: +90 0(222) 239 37 50 E mail: esra.uslu@ogu.edu.tr

Cite This Article: : Uslu E, Kendirirran G. Compassion Fatigue and Risk Factors in Nurses in The Covid-19 Pandemic. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022;15(3): 298-306.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

In December 2019, life-threatening pneumonia cases were reported in the Wuhan region of China, and the source of the infection was determined as COVID-19 (1). Since then, hundreds of thousands of people have died worldwide, and millions of people have been infected due to this rapidly spreading the COVID-19 virus (1,2). About 15% of the infected individuals have developed serious health complications, and these individuals have been in need of healthcare (2).

COVID-19 has significantly impacted not only patients but also the healthcare system. The ease of transmission of the COVID-19 virus, the lack of immunity of the population on a global scale, delayed tests, limited medical equipment, uncertainty of the pandemic trajectory, and the level of anxiety of the community have been factors that create risk in the health system (3). Health professionals from all over the world have been working at the frontline during the fight against the pandemic and made up the important group at risk (4). At this point, it is possible to say that health professionals may experience various psychological problems while working under high-risk conditions, such as disasters and pandemics (5), and that this situation may also affect nurses, who are an indispensable part of the health system.

Working in the healthcare field is characterized by the presence of various factors that can cause stress (6). However, the pandemic period can aggravate the level of this stress (3,7). While the general population should stay at home and avoid social contact due to the pandemic, health professional have been in direct contact with the virus (8). Nurses have found themselves in an environment with a complex patient care burden, long working hours, and rapidly changing conditions. This process, in which there is more unknown than known, has increased the risk of experiencing compassion fatigue (CF) by nurses (9). Also nurses stated that they felt uncertainty and fear, their perception of time and place changed, they experienced changes in the meaning of care, roles and relationships (10). Considering that the support provided to nurses in this area will contribute not only to nurses but also to the society (11), it is important to evaluate the CF that affects nurses in many areas during the pandemic (9).

Due to the nature of the profession, nurses often face many stressful situations, such as long-standing hours, the necessity of focusing, and working with individuals in need of assistance, as well as the difficulties of personal life (12). Pandemic, on the other hand, is a situation that can cause this stress to be felt more intensely (3,7). It has already been reported that the perceived stress level of nurses increased (13). CF may affect nurses mental health, work effectiveness, and patient safety outcomes. Also it may negatively affect the job satisfaction of nurses and may cause to leave (14). This picture often results in the risk of CF. Also it has been reported that a significant majority of nurses experience CF (15).

Compassion fatigue can be defined as emotional distress caused by the prolonged or repetitive presentation of compassion or empathy that can occur in professions with a caring role (16,17). According to another definition, it is the physical, emotional, and mental exhaustion of the healthcare professional that takes on the care of the patients suffering (18,19). This table leads to forgetfulness, attention deficit, fatigue, anger, and physical illnesses in nurses (20,21). It makes maintaining working difficult, decreases their motivation (22-24), and causes increased costs in care services (22,23). In other words, CF is a condition that negatively affects the health of nurses, patient safety, quality of care (22,23), and professional life (12).

Nurses may experience CF due to the nature of the nursing profession, the pandemic period can increase this risk, and this can affect the nurse, the patient, and the health care system negatively in many areas, but the limited number of studies revealing the current situation in the literature indicates the necessity of this study.

Aim

In this context, this study was planned to determine the CF of nurses during the COVID-19 pandemic. In this study, it was aimed to evaluate the CF in nurses during the COVID-19 pandemic.

Research Questions

The research questions were; (i) What is the CF score of nurses during pandemic? (ii) What are the factors affecting the total CF score of nurses?

Methods

Study Design

The study used a cross-sectional design.

Place and Time of Study

The study was carried out with nurses working in a hospital in Eskişehir during the pandemic (July 2020). The inclusion criteria were as follows: (i) providing one-to-one care to the patient; (ii) volunteering to participate in the study. The exclusion criteria were as follows: (i) working in an administrative position that does not involve giving patient care (n = 11).

Population and Sampling

The universe of the study consisted of 795 nurses working in a hospital in Eskişehir. The sample size, on the other hand, was made up of 260 nurses, which was calculated by using "the sampling the known population" formula (standard deviation $d = .05$, type 1 error $\alpha = .05$, $N = 795$). The study was completed with the participation of 280 nurses.

Data Collection Tools

Data were collected during July 2020. Due to the pandemic, data were collected through a web-based online survey. The online questionnaire was sent to the mobile phones of the participants at regular intervals to invite them to the research. The system allowed each nurse to fill out the form once. The survey took an average of 5 minutes to complete.

The Structured Questionnaire; The questionnaire, created by the researchers by reviewing the literature (3,7,22,25,26), contains 21 questions aiming to identify the personal and professional characteristics of the nurses and their work experiences during the pandemic.

The Compassion Fatigue (CF) - Short Scale; The Turkish validity and reliability study of the scale, which was developed by Adams et al. (27), was conducted by Dinç and Ekici (28). This scale is a self-report tool that evaluates the CF level. It consists of a total of 13 questions. The items on the scale, which has a 10-point Likert type rating system, are graded between

"Rarely/never" (1) and "very often" (10). The scale has two sub-dimensions: (i) secondary trauma (items c, e, h, j, and l) and (ii) occupational burnout (items a, b, d, f, g, i, k, and m). There is no scoring algorithm and a cut-off point for the scale. The lowest and highest scores that can be obtained from the scale are 13 and 130, respectively. As the scores obtained from the scale increase, the level of CF experienced by individuals also increases. In the validity and reliability study of the scale conducted in our country, Cronbach's α coefficient was found to be .876 (28). In the current study, Cronbach's α coefficient was found to be .913 (Table 1).

Variables of Study

Dependent variables; CF score and independent variables; personal and professional characteristics of the nurses and their work experiences during the pandemic.

Data Analysis

The statistical analysis was conducted using statistics package program. The normality assumptions were analyzed with the Shapiro–Wilk test. Descriptive analyses were presented using mean \pm SD (range) or n (%), where appropriate. The student's t-test was used for the analysis of normally distributed quantitative data. One-Way ANOVA was used for comparison of parametric variables between groups, and the Tukey HSD test was used as a post-hoc test for significant cases. Multivariate linear regression analysis was performed to determine the factors associated with the total CF score (Variables that were significant in the relationship and difference tests were included in the regression analysis). The variables with $p < .05$ in the univariate analyses were further tested in the multivariate model. A p -value $< .05$ was considered statistically significant.

Ethical Considerations

To implement the study, ethical approval was obtained from a university non-interventional clinical research ethics committee (Date:18/05/2020, Issue:23), institutional permission was granted by the hospital administration (E-31568761-804.01-63217), and permission to utilize the scale was obtained from the scale authors. After the necessary permissions were received, written consent was obtained from all participants before the study started. Research and publication ethics were followed in this study.

Results

Table 1. Nurses' Compassion Fatigue Scores During Pandemic (n = 280)

Scale	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Cronbach's Alpha
Total compassion fatigue score	68.36	25.81	13	130	.91
Secondary trauma sub-dimension score	25.66	11.07	5	50	.82
Professional burnout sub-dimension score	42.71	16.41	8	80	.87

The mean age of the nurses participating in the study was 29.89 ± 7.17 years (20-56 years). Also, 80.4% of the participants were female, 60.7% were single, and 66.4% had an undergraduate degree. The median of the participants' work experience as a nurse was 5 years (1-34 years). During the pandemic, the unit where 66.4% of the nurses worked didn't change, 61.8% worked for 48 hours or less, 67.5% had no problems in accessing protective equipment, 68.6% gave care to individuals diagnosed with COVID-19 however, 60% didn't receive any orientation training related to COVID-19. In addition, 20% of them were diagnosed with COVID-19. The mean CF score of the nurses was found as 68.36 (Table 1).

Table 2. Compassion Fatigue Score of the Nurses According to Their Characteristics (n = 280)

Characteristics	n (%)	Total compassion fatigue score*	p
Age			.789
20-30	184 (65.7)	68.66 ± 26.39 (13-130)	
31 or older	96 (34.3)	67.79 ± 24.8 (13-123)	
Gender			.001
Female	225 (80.4)	71.19 ± 25.86 (13-130)	
Male	55 (19.6)	56.82 ± 22.36 (21-108)	
Education			.040
Health Vocational High School	28 (10)	77.32 ± 32.46 (13-112) ^a	
Associate degree	40 (14.3)	73.9 ± 25.32 (22-130) ^{a,b}	
Undergraduate degree	186 (66.4)	65.34 ± 25.15 (13-123) ^b	
Graduate degree	26 (9.3)	71.85 ± 19.99 (39-107) ^{a,b}	
Marital status			.235
Single	170 (60.7)	66.89 ± 25.93 (13-130)	
Married	110 (39.3)	70.65 ± 25.59 (13-123)	
Working years as a nurse			.001
0-1	62 (22.1)	58.61 ± 22.62 (14-106) ^a	
2-5	83 (29.6)	68.63 ± 26.8 (13-121) ^a	
6-10	59 (21.1)	79.81 ± 25.22 (25-130) ^b	
≥11	76(27.1)	67.14 ± 24.55(13-123) ^a	
Position at work			.479
Nurse	256 (91.4)	68.7 ± 25.94 (13-130)	
Nurse manager	24 (8.6)	64.79 ± 24.67 (22-108)	
Choice of the nursing job			.060
Unwillingly chosen	77 (27.5)	73.06 ± 23.16 (21-112)	
Willingly chosen	203 (72.5)	66.58 ± 26.59 (13-130)	
Status of quitting the job			.001
Would not quit	97 (34.6)	58.94 ± 25.11 (13-120)	
Would quit	183 (65.4)	73.36 ± 24.83 (14-130)	

* Data are presented as mean ± SD (range), Student's t-test, and One-Way Anova.. Different lowercase letters in this column indicate statistically significant difference between groups.

Table 2 shows the total CF scores of the nurses according to their personal and professional characteristics. Accordingly, the CF score of the nurses who were female (p = .001), were health vocational high school graduates (p = .040), had 6-10 years of work experience (p = .001), and wanted to quit the profession (p = .001) was statistically significantly high (Table 2).

Table 3. Compassion Fatigue Score of Nurses According to Their Work Experience During the Pandemic (n = 280)

Experiences	n (%)	Total compassion fatigue score*	p
Change of the unit where the nurse work			.774
No	186 (66.4)	68.05 ± 25.4 (13-130)	
Yes	94 (33.6)	68.99 ± 26.74 (14-123)	
Weekly working hours			.033
48 hours or less	173 (61.8)	65.78 ± 25.14 (13-123)	
More than 48 hours	107 (38.2)	72.55 ± 26.45 (13-130)	
Problem accessing protective equipment			.210
Yes	189 (67.5)	67.02 ± 25.3 (13-120)	
No	91 (32.5)	71.15 ± 26.78 (13-130)	
Having concerns about virus transmission			.001
No	29 (10.4)	50.86 ± 21.58 (21-108)	
Yes	251 (89.6)	70.39 ± 25.53 (13-130)	
Having concerns about spreading the virus to family members			.001
No	22 (7.9)	48.68 ± 20.16 (21-106)	
Yes	258 (92.1)	70.04 ± 25.58 (13-130)	
Giving care to patients diagnosed with COVID-19			.913
No	88 (31.4)	68.11 ± 26.61 (13-123)	
Yes	192 (68.6)	68.48 ± 25.51 (13-130)	
Receiving orientation training to provide care for patients diagnosed with COVID-19			.065
No	168 (60)	70.77 ± 23.78 (13-121)	
Yes	112 (40)	64.75 ± 28.32 (13-130)	
Diagnosed with COVID-19			.119
No	260(92.9)	67.7 ± 25.5 (13-130)	
Yes	20(7.1)	77.05 ± 28.86 (14-120)	
Having a family member diagnosed with COVID-19			.001
No	205 (73.2)	64.31 ± 24.67 (13-130)	
Yes	75 (26.8)	79.44 ± 25.78 (14-121)	
Accommodation			.440
Alone	72 (25.7)	65.33 ± 26.68 (14-130)	
Family/friends	174 (62.1)	69.86 ± 25.04 (13-123)	
Hotel/guesthouse	34 (12.1)	67.15 ± 27.99 (20-120)	

* Data are presented as mean ± SD (range), Student's t test, and One-Way Anova

Table 3 presents data about the working hours of the nurses during the COVID-19 pandemic and their total CF scores. The CF score of the participants who worked more than 48 hours a week ($p = .033$), were concerned about being infected with the COVID-19 virus ($p = .001$) and spreading it to their family ($p = .001$), and had a relative diagnosed with COVID-19 ($p = .001$) was statistically significantly high (Table 3).

Table 4. Factors Affecting the Total Compassion Fatigue Score

Model*	Compassion fatigue					95.0% Confidence Interval		
	B	SE	β	t	Sig.	VIF	Lower	Upper
(Constant)	24.01	6.122	-	3.92	.001	-	11.948	36.054
Female gender	11.404	3.616	.176	3.154	.002	1.132	4.285	18.523
Health Vocational High School graduation	5.669	4.596	.066	1.234	.218	1.043	-3.379	14.717
Work experience of 6-10 years	8.009	3.445	.127	2.325	.021	1.083	1.226	14.792
Thought of quitting the job	13.178	2.904	.243	4.537	.001	1.048	7.46	18.896
Working more than 48 hours a week during the pandemic	3.417	2.884	.064	1.185	.237	1.077	-2.26	9.095
Concerns about being infected with the virus	10.667	4.684	.126	2.277	.024	1.117	1.445	19.889
Concerns about spreading the virus to the family members	11.235	5.484	.117	2.049	.041	1.194	.439	22.031
Presence of a family member diagnosed with COVID-19	11.615	3.142	.2	3.697	.001	1.062	5.43	17.801

R = 0.506; R² = 0.256, * Multivariate linear regression analysis

When the risk factors affecting CF were examined, female gender ($\beta = .176$; $p = .002$), work experience of 6-10 years ($\beta = .127$; $p = .021$), tendency to quit the profession ($\beta = .243$; $p = .001$), concerns about being infected ($\beta = .126$; $p = .024$) and spreading the COVID-19 virus to the family ($\beta = .117$; $p = .041$), and presence of a relative diagnosed with COVID-19 ($\beta = .2$; $p = .001$) were found to positively affect the CF (Table 4).

Discussion

COVID-19 is a newly identified disease, and knowledge of the pathophysiological impact, epidemiology, and demographic consequences of the pandemic is changing rapidly. The speed at which information is updated causes complexity in patient care (28) and stress for nurses (29,30). Witnessing the difficulties experienced by patients who need intensive care during the pandemic process and the death of some is another source of stress for nurses (3). Besides, the COVID-19 virus threatens the lives of healthcare workers, too. Death tolls reported worldwide also support this data (11). However, this difficult process is strong enough to affect not only nurses but also the fight against COVID-19 (3,12,20,23,24,29). In this study, CF, which is one of the stress factors causing wear on nurses (17), was evaluated. Accordingly, the mean CF score of the nurses was found to be 68.36 (± 25.81). The World Health Organization has acknowledged the impact of COVID-19 on individuals' mental health and recommended that health professionals should be provided with proactive support (31). The results obtained from this study should be evaluated in light of this information.

The CF score of the nurses varied according to some of their personal and professional characteristics. The CF score was higher in nurses who were female, graduated from health vocational high school, had a work experience of 6-10 years, and wanted to quit their profession ($p < .05$). All variables except graduation from a health high school were among the factors that positively affected CF. At this point, priority can be given to providing support to these vulnerable nurses. Also, nurses can be provided with training on ways to cope with stress and to access resources that help stress management. These initiatives will enable nurses to feel a sense of control (11).

During the pandemic, the working conditions of nurses have changed. Some nurses have been unable to work due to health problems, and this has brought about a lack of healthcare personnel. Besides, increased workload, limited staff (29), unplanned shifts, and long working hours further aggravated working conditions (11). In this study, CF of nurses working under similar conditions was evaluated. Nurses working more than 48 hours a week had a higher CF score ($p < .033$). The things that can be done to support nurses at this point can be listed as creating shift systems that will allow nurses to rest and organizing nurses to work in high-risk areas in turns (32).

Nurses working under tough conditions during the pandemic are concerned about being infected with the COVID-19 virus, as well as transmitting it to their families (7,29,30). They are so concerned about this case that they may be reluctant to seek help from their family to protect them. This may increase the risk of CF (7). In this study, the CF score of nurses who were concerned about being infected with the COVID-19 virus and infecting their families was higher ($p < .001$), and also, this concern was determined to be a risk factor affecting CF positively ($p < .024$; $p < .041$). It was found that 7.1% of the nurses participating in the study were diagnosed with COVID-19 despite this fear they experienced. Although the CF score of the nurses diagnosed with COVID-19 was higher than those who were not, there was no statistically significant difference ($p > .05$). This result is among the remarkable findings of the study. However, the CF score of the nurses who had a relative diagnosed with COVID-19

was higher ($p < .001$). Also, this is a risk factor for CF ($p < .001$). At this point, providing mental, emotional and behavioral support to healthcare professionals is a necessity to maintain both their health and the health of the community (11).

Another remarkable finding of this study was that the CF scores of the nurses who provided and did not provide care for patients diagnosed with COVID-19 did not show a statistically significant difference ($p > .05$). This result can be evaluated in two ways. The first is that nurses focus on the patient, not on the disease, and the second is that this process affects nurses equally, even if they do not give care to patients diagnosed with COVID-19. Despite this result, it should be kept in mind that the environmental, psychological, and emotional impact of the care given to this patient group may affect the personal health and well-being of nurses. Therefore, managing the emotional effort of nurses during the pandemic is a necessity to support their mental health (32).

In this study, we also did evaluations about whether the nurses received orientation training to provide care for the patient group diagnosed with COVID-19. Accordingly, it was found that more than half of the nurses were not trained. Although the CF score was higher in those who did not receive training, there was no statistically significant difference compared to those who received training ($p > .05$). This situation can be explained by the speed at which information about COVID-19 is updated (32) and the existence of ambiguous and confusing information (30).

The high risk of virus-related infection and inadequate protection against contamination poses a serious threat to nurses' health (11,29). Also, lack of personal protective equipment (PPE) leads to increased anxiety and anger of nurses (11). In this study, it was determined that one out of every three nurses had problems accessing PPE. The CF score of the nurses who had problems accessing PPE was higher than those who had no problems; however, this difference was not statistically significant ($p > .05$). Yet, it should be kept in mind that limited PPE is a factor that prevents the nurse from providing quality care (30). For this reason, providing healthcare workers with PPE and reminding them of steps for infection prevention at frequent intervals will support the development of a sense of trust in nurses (11).

During the pandemic, nurses have preferred to stay at a hotel or in places where they are alone to protect their families or relatives from the risk of COVID-19 infection. Therefore, they have had to be isolated, they have had limited sharing, they have been unable to share common places with family members, and they have often been lonely. All of these may be risk factors for CF (9). Despite all this isolation, the place of accommodation was found to not affect the CF scores ($p > .05$). While interpreting this result, this courageous effort of nurses to protect their families should be taken into account, and it should be kept in mind that this may increase their physical and mental fatigue.

In summary this study revealed that nurses experienced CF during the pandemic. Also, the CF was higher in nurses who were female, were graduates of health vocational high school, had 6-10 year of work experience, wanted to quit the job, worked for more than 48 hours a week during the pandemic, were anxious about being infected with the COVID-19 virus and spreading it to their family, and had family members diagnosed with COVID-19. Besides, nurses' gender (female), work experience (6-10 years), thoughts about the profession (planning to quit the profession), feelings about the COVID-19 (concerns about being infected with the COVID-19 virus or spreading it), and experiences (presence of a family member diagnosed with COVID-19) were determined to be a risk factor for CF.

Limitations

This study has some limitations. First, the data were collected online due to the pandemic. Therefore, the participants could not be observed while they were filling out the forms. Second, the sample covered only one hospital. Therefore, the generalizability of the results was limited. We recommend that new studies should be carried out with large samples in different regions. The third limitation was the analysis of a limited number of variables regarding CF. It is important to examine this concept, which is especially important for the pandemic process, with different variables in future studies. The last limitation was that the study was designed in a cross-sectional type. Therefore, causality was determined to a limited extent. At this point, we think planning future studies in a prospective cohort design will contribute to the literature. Also, qualitative studies will allow nurses to reveal their experiences regarding the pandemic process.

Use of Results in Practice

In a systematic review, it was stated that the quality of life of healthcare workers was significantly affected by the COVID-19 pandemic. In this systematic review, it was revealed that the level of CF increased and the level of compassion satisfaction decreased of health professionals (33). In addition, it is known that the perceived destructiveness and criticality of COVID-19 events increase nurses' CF, which in turn mediates post-traumatic stress disorder (34). This situation may adversely affect not only the quality of care, but also the psychological well-being and quality of life of health professionals. Considering that the health system has been experiencing serious problems globally for many years, health workers with CF may cause the problems of the health system to grow. For this reason, it should be a necessity, not a choice, to implement preventive strategies for processes such as compassion fatigue in healthcare workers. The results show that long-term interventions are needed to improve compassion skills among nurses.

Finally the status of nurses in terms of experiencing compassion fatigue may differ when evaluated in international dimensions. However, human experience is universal and can be generalized. Therefore, we believe that the results obtained from this study will be a guide for nurses and strategies to be developed to support them.

Acknowledgments

There is no personal or financial conflict of interest within the scope of the study. To implement the study, ethical approval was obtained from the university non-interventional clinical research ethics committee (Date:18/05/2020, Issue:23). All authors read and approved the final manuscript. Design of study: EU-GK, Analysis and collection of data: EU-GK, Preparation of manuscript: EU-GK. The researchers would like to thank nurses who accepted to participate in the study for the progress of the science of nursing.



References

1. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74(4):281-282.
2. Baud D, Qi Xiaolong, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID- 19 infection. *Lancet Infect Dis* 2020;20(7):773.
3. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The potential for COVID- 19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *J Clin Nurs* 2020;00:1-3.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *Jama Network Open* 2020;3(3):e203976-e203976.
5. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Med J* 2019;40(11):1087-1097.
6. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2013;22:3120–3129.
7. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(1):e70-e76.
8. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19: Protecting health-care workers. *The Lancet* 2019;395:922.
9. Uslu E. Pandemilerde merhamet yorgunluğu. İçinde Gürhan N, Pandemide Psikiyatri Hemşireliği. 1. Basım. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020: 19-23.
10. Arcadi P, Simonetti V, Ambroscia R, Cicolini G, Simeone S, Pucciarelli G, et al. Nursing during the COVID- 19 outbreak: A phenomenological study. *J Nurs Manag* 2021;29(5):1111-1119.
11. Shigemura J, Ursano RJ, Kurosawa M, Morganstein JC, Benedek DM. Understanding the traumatic experiences of healthcare workers responding to the COVID-19 pandemic. *Nurs Health Sci* 2021;23(1):7-8.
12. Mottaghi SH, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nurs Ethics* 2020;27(2):494-504.
13. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res* 2021;61:1-8
14. Ruiz- Fernández MD, Ramos- Pichardo JD, Ibáñez- Masero O, Cabrera- Troya J, Carmona- Rega MI, Ortega- Galán, ÁM . Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID- 19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs* 2020;29(21-22):4321-4330.
15. Missouridou E, Mangoulia P, Pavlou V, Kritsotakis E, Stefanou E, Bibou P. et al. Wounded healers during the COVID- 19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece. *Perspect Psychiatr Care* 2021;1-12.
16. Strauss C, Taylor BL, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psychol Rev* 2016;47:15-27.
17. Stamm BH. The concise ProQOL manual. 2nd Edition. Beth Hudnall Stamm. Pocatello: The ProQOL.org; 2010: 1-30.
18. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(618):1-18.
19. Pelon SB. Compassion fatigue and compassion satisfaction in hospice social work. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2017;13(2-3):134-150.
20. Ledoux K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *J Adv Nurs* 2015;71(9):2041-50.
21. Uslu E, Buldukoğlu K. Compassion fatigue in psychiatric nursing: a systematic review. *Current Approaches in Psychiatry* 2017;9(4):421-430.
22. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* 2020;22(1):20-27.
23. Boyle DA. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs* 2011;16(1):1-11.
24. O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* 2020;48:100785.
25. Horesh D, Brown AD. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychol Trauma* 2020;12(4):331-335.
26. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE et al. Comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(1):e60-e65.
27. Adams RE, BJ, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers:a validation study. *Am J Orthopsychiatry* 2006;(76):103-108.
28. Dinç S, Ekinci M. Turkish adaptation, validity and reliability of compassion fatigue short scale. *Current Approaches in Psychiatry* 2019;11:192-202.
29. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11-17.
30. Lam SK, Kwong EW, Hung MS, Pang SM, Chien WT. A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases. *Int J Qual Stud Health Well-being*

31. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization 2020; CC BY-NC-SA 3.0 IGO:1-6.
32. Graham Y, Fox A, Scott J, Johnson M, Hayes C. How a pandemic affects the mental health of the nursing workforce. Nurs Times 2020;116(8):20-22.
33. Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. The Impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. Healthcare 2022;10(2):1-41
34. Hochwarter W, Jordan S, Kiewitz C, Liborius P, Lampaki A, Franczak J et al. Losing compassion for patients? The implications of COVID-19 on compassion fatigue and event-related post-traumatic stress disorder in nurses. J Manag Psychol 2022;37(3):206-222

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Gebelikte Yaşanan Görsel ve Bedensel Değişikliklerin Postpartum Dönemdeki Bedeni Beğenme ve Psikolojik Yakınmalarla İlişkisi

 Gamze FIŞKIN¹,  Cansu IŞIK²

¹Doktor Öğretim Üyesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

²Doktor Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Tarih boyunca süregelen kadınların kozmetik endişeleri gebelikte birlikte artış gösterebilmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan görsel/fiziksel değişikliklerin bedensel memnuniyeti etkilediği ve postpartum dönemde bir takım psikolojik olumsuz durumlara neden olabileceği bildirilmektedir. **Amaç:** Gebelik döneminde yaşanan görsel/bedensel değişimlerin postpartum psikolojik durumlarla ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini, 18 yaş ve üzerinde olan, postpartum 42 günü aşmamış kadınlar oluşturmuştur. 20 Ekim 2020-20 Ocak 2021 tarihleri arasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan tüm lohusalar sosyal medya üzerinden online olarak davet edilmiştir (n=207). Veriler lohusa bilgi formu, Bedeni Beğenme Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, one way ANOVA testleri kullanılmış olup değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle test edilmiştir. **Bulgular:** Lohusaların yaş ortalamasının 29.502 (± 4.394), %59.4'ünün fazla kilolu ve %70.0'mın planlı gebelik yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelik süresince 14.758 (± 5.063) kilo alan lohusaların postpartum süreleri ortalama 21.570 (± 11.710) gün olarak saptanmıştır. Çoğunluğu gebelik sürecinde çok kilo aldığını, iştahın arttığını, postür bozukluğu yaşadığını ve memelerinin aşırı büyüyen hassaslaştığını ifade etmiştir. Lohusaların vücutlarından postpartum süreçte memnun olduğu ve psikolojileriyle arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunduğu görülmüştür ($r = -.202, p = .003$). **Sonuç:** Araştırmaya katılan lohusaların depresif belirti göstermediği fakat orta düzeyde anksiyete, hafif düzeyde stres yaşadıkları bulunmuştur. Bu bakımdan gebeliğin ilerleyen periyotlarından itibaren görsel/bedensel şikâyetleri olduğu fark edilen riskli grupların önceden tespit edilmesi ve postpartum süreçteki emosyonel sorunları önleme/edvi etme programlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. **Anahtar Sözcükler:** Gebelik, Görsel, Bedensel, Değişiklik, Postpartum Psikoloji.

Abstract

The Relationship of Visual and Physical Changes During Pregnancy with Body Likes and Psychological Complaints in the Postpartum Period

Background: Cosmetic ongoing concerns of women throughout history may increase with pregnancy. It has been reported that the visual/physical changes that occur in this process affect bodily satisfaction and may cause some psychological negative situations in the postpartum period. **Objectives:** It is aimed to determine the relationship between visual/physical changes experienced during pregnancy and postpartum psychological states. **Methods:** The universe of the study, which was planned as a descriptive and correlational, consisted of women aged 18 and over and not exceeding 42 days after birth. All puerperant women who met the criteria for inclusion in the study between 20 October 2020 and 20 January 2021 were invited online via social media (n=207). Data were collected using the puerperal information form, The body Appreciation Scale, Depression, Anxiety and Stress Scale. Descriptive statistics, independent sample t-test, and one-way ANOVA tests were used in the analysis of the data, and the relationship between the variables was tested with Pearson correlation analysis. **Results:** It was determined that the mean age of postpartum women was 29.502 (± 4.394), 59.4% were overweight and 70.0% had planned pregnancies. Postpartum period of puerperant women who gained 14.758 (± 5.063) weight during pregnancy was found to be 21.570 (± 11.710) on average. Most of the puerperant women stated that they gained a lot of weight during pregnancy, their appetite increased, they had a posture disorder and their breasts became sensitive by growing excessively. It has been observed that postpartum women are generally satisfied with their visual/physical changes and there was a weak negative correlation with their postpartum psychology ($r = -.202, p = .003$). **Conclusion:** It was found that postpartum women who participated in the study did not show depressive symptoms, but experienced moderate anxiety and mild stress. In this respect, it is important to identify risky groups who are noticed to have visual/physical complaints from the advancing periods of pregnancy and to develop programs to prevent/treat emotional problems in the postpartum period.

Key Words: Pregnancy, Visual, Physical, Changes, Postpartum Psychology.

Geliş Tarihi / Received: 10.07.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.05.2022

Correspondence Author: Doktor Öğretim Üyesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta: gamzefiskin@gmail.com.

Cite This Article: Fişkin G, Işık C. Gebelikte Yaşanan Görsel ve Bedensel Değişikliklerin Postpartum Dönemdeki Bedeni Beğenme ve Psikolojik Yakınmalarla İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 307-316.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Gebelik ve lohusalık; kadınların hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan çok sayıda değişiklik yaşadığı dönemler olarak nitelendirilmektedir (1,2). Bu dönemlerde bir bebeğin dünyaya gelmesi olumlu, tatmin edici, özel ve anlamlı duygular yaşatırken, hormonal etkilere bağlı fiziksel ve psikolojik bir takım tepkilere de neden olabilmektedir (3). Kilo artışından, cilt bozulmalarına kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan ve daha çok görsel/bedensel olarak karşımıza çıkan değişikliklerin bir kısmı gebelik öncesi döneme hızla geri dönerken bir kısmı yavaş şekilde gerçekleşmektedir (2,4). İnvolyonun yavaş gerçekleşmesi kadınların kendilerini çirkin ve itici hissetmelerine, özsaygı ve özgüvenlerini yitirerek olumsuz beden algılarına sahip olmalarına sebep olabilmektedir (4). Bu bakımdan beden imajından memnun olmayan bireyler sosyal ve ailesel ilişkilerinin sağlıklı devam edip etmeyeceği konusunda endişe taşıyabilmektedir (5).

Gebelik sürecinde yaşanan ani fizyolojik değişikliklere yönelik yapılan çalışmalarda postpartum süreçteki kadınların %8-12'sinin yaygın anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluğu içeren sorunlar yaşadığı ve bu sorunların %19 civarında depresyon boyutuna kadar ulaşabildiği belirtilmektedir (5,6). Depresyon gibi emosyonel problemler, kadının fiziksel ve duygusal sağlığını olumsuz şekilde etkileyeceğinden, ebeveynlik ve bakım davranışları konusunda sorumluluklarını yerine getirememesine de yol açabilmektedir (7). Dolayısıyla anne tarafından yeterli bakımın sağlanamaması bebeklerin fiziksel ve/veya bilişsel gelişiminde artmış bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (5,7).

Literatürde kadının bedensel memnuniyetsizliğinin postpartum süreçte emosyonel bozukluğun yanında beslenme problemlerine de katkı sağlayabileceğinden bahsedilmektedir. Özellikle anne ve bebekte refahın azalması, yeme bozuklukları ve süt üretiminde azalmaya neden olacak beslenme kısıtlamalarıyla ilişkilendirilmektedir (7). Bedensel memnuniyetsizliğin sosyokültürel ve emosyonel faktörlerle ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda araştırma mevcutken gebelik süreci değişimlerinin postpartum psikolojiyle ilişkisini inceleyen yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır (8). Bu açıdan konuyla ilgili incelenen makalelerden yola çıkılarak görsel/bedensel değişimler ile emosyonel durumlar arasındaki ilişkinin aydınlatılması, olumsuz sonuçları önleyici programların ve davranışsal müdahalelerin uygulanması için kapsamlı araştırmaların yapılmasının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca holistik bakım anlayışı çerçevesinde sağlık hizmeti sunan ebe/hemşirelerin, postpartum süreçte lohusaların sadece fiziksel değil psikolojik iyilik durumlarıyla da yakından ilgilenmeleri gerekmektedir. Çünkü bir canlıyı dünyaya getirmek kadın için eşsiz olduğu kadar adaptasyon problemlerinin yaşandığı zor bir dönem olarak da değerlendirilmektedir. Ebe/hemşirelerin; nitelikli bakımı sağlayabilmeleri ve kadınların postpartum psikolojik ihtiyaçlarına yönelik farkındalık düzeylerinin artırılması açısından bu araştırma önem taşımaktadır.

Amaç

Araştırma, postpartum psikolojinin gebelik sürecinde yaşanan görsel/bedensel değişikliklere bağlı bedeni beğenme düzeyleriyle ilişkisini test etmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Pandemi tedbirleri gereği sosyal medya üzerinden yapılan araştırmanın verileri internet tabanlı anket yazılımı olan google forms aracılığıyla toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzerindeki sosyal paylaşım ağlarını kullanan tüm lohusa kadınlardan, örneklemi ise; 20 Ekim 2020-20 Ocak 2021 tarihleri arasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan lohusa kadınlardan oluşmaktadır. Evreni bilinmeyen örneklem hesabı formülüne göre %95 güven aralığında %5 hata payıyla 195 lohusa kadının örnekleme alınması gerekmiştir. Veri kaybı olabileceği düşünüldüğünden araştırma yapılma tarihleri içerisinde anketler 219 lohusa kadına ulaştırılmış ve örnekleme dâhil edilmiştir. Elde edilen verilerinin incelenmesi sırasında, 8 katılımcının anketi cevaplamayı reddettiği, 4 katılımcının postpartum süreç dışında olduğu tespit edilerek örneklemden çıkartılmış ve 207 lohusa kadınla araştırma tamamlanmıştır (n= 207). Anketler araştırmacılar tarafından en çok kullanılan dört farklı sosyal paylaşım ağı üzerinden lohusa kadınlara ulaştırılmaya çalışılmıştır.

Örnekleme dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Sosyal paylaşım ağlarını kullanmak,
- Doğum sonu 42 günü aşmamış olmak,
- Okuma-yazma bilmek,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve
- Yabancı uyruklu olmamaktır.

Örnekleme dâhil edilme kriterlerine sahip olmayan bireyler araştırmadan çıkartılmıştır.

Veri Toplama Araçları - Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Veriler Lohusa Bilgi Formu, Bedeni Beğenme Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası kullanılarak toplanmıştır.

Lohusa Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan form; lohusaların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin sorgulandığı 20 maddeden oluşmaktadır (2,3). Son madde gebelikteki görsel/bedensel değişikliklere yönelik postpartum tepkilerin olduğu bir tablodur. Bu formula toplanan bütün veriler lohusaların ifadelerine yöneliktir.

Bedeni Beğenme Ölçeği (BBÖ)

Tylkaa ve Wood-Barcalow tarafından geliştirilen ölçek 5’li Likert tipte olup 10 maddeden oluşmaktadır (9). Ölçekten en düşük

10, en yüksek 50 puan alınabilmektedir (Asla -1 puan, Her zaman-5 puan). Yüksek puanlar bireyin bedenini beğenme düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Anlı ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan ölçeğin ters kodlanan maddesi bulunmamaktadır (10). İç tutarlılık katsayısı .90 olan ölçeğin bu araştırmadaki katsayısı .91 olarak hesaplanmıştır.

Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası (DASS)

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen ölçek emosyonel durum değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (11). 42 maddeden oluşan ölçeğin depresyon (14 madde), anksiyete (14 madde) ve stres (14 madde) alt boyutları bulunmaktadır. En az 0, en çok 42 puan alınmakta olup puanların yüksek olan alt boyutlarda bir problem olduğu belirtilmiştir. Akın ve Çetin (2007) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .89 iken bu araştırma için .97 olarak belirlenmiştir (12). Bu araştırmada alt grupların iç tutarlılık katsayıları ise; depresyon .93, anksiyete .91 ve stres .93 olarak hesaplanmıştır.

Verilerinin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler istatistik programı SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sayı ve yüzdelik) kullanılan araştırmada basıklık-çarpıklık, histogram ve Shapiro-Wilk testi kullanılarak verilerin dağılımı incelenmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde bağımsız örneklem t testi ve one way ANOVA testleri kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmaların post-hoc analizi Tukey HSD testiyle yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun şekilde hazırlanan araştırmanın yapılabilmesi için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 21/09/2020, sayı: 46418926-050.01.04), ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılar, verilerin toplanacağı kişilerden gerekli yazılı onamlar alınmıştır. Ayrıca makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Tablo 1. Lohusaların Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri

Değişkenler	n	%	Ortalama ± SS
Yaş ortalaması (min = 20 max = 40)	207	100.0	29.5 ± 4.394
DVI	Normal	55	26.6
	Fazla kilolu	123	59.4
	Obez	29	14.00
Eğitim durumu	Lise ve daha az	73	35.3
	Üniversite	68	32.9
	Lisansüstü	66	31.9
Meslek	Ev hanımı	79	38.2
	Memur	52	25.1
	Özel sektör/işçi/serbest meslek	76	36.7
Gelir durumu	Gelir giderden az	20	9.7
	Gelir gidere eşit	74	35.7
	Gelir giderden fazla	113	54.6
Ortalama evlilik yaşı (min = 16 max = 36)	207	100.0	25.2 ± 4.146
Ortalama evlilik süresi - yıl (min = 1 max = 16)	207	100.0	4.8 ± 3.140
Evlilik şekli	Tanışarak	133	64.3
	Görücü usulü	74	35.7
Aile tipi	Çekirdek aile	139	67.1
	Geniş aile	68	32.9
Planlı gebelik	Evet	145	70.0
	Hayır	62	30.0
Ortalama gebelikte alınan kilo (min = 2 max = 30)	207	100.0	14.7 ± 5.063
Ortalama gebelik sayısı (min = 1 max = 5)	207	100.0	1.8 ± .982
En son yapılan doğum şekli	Normal doğum	84	40.6
	Sezaryen doğum	123	59.4
Ortalama lohusalık süreci – gün (min = 3 max =42)	207	100.0	21.5 ± 11.710
Gebelikte risk varlığı	Evet	70	33.8
	Hayır	137	66.2
Gebelikte sosyal destek varlığı	Evet	163	78.7
	Hayır	44	21.3
Evlilik uyum değerlendirmesi	Çok iyi	66	31.9
	İyi	97	46.9
	Orta	44	21.2
Gebelikte psikolojik destek alma	Aldım	10	4.8
	Almadım	197	95.2
Planlı psikolojik destek alma	Alıyorum	14	6.8
	Almıyorum	193	93.2

Lohusaların yaş ortalaması 29.5 (± 4.394) olup %59.4'ünün fazla kilolu kategorisinde yer aldığı, %35.3'ünün lise ve daha az eğitime sahip olduğu, %38.2'sinin ev hanımı ve %54.6'sının gelir durumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Ortalama evlilik yaşlarının 25.2 (± 4.146) ve evlilik sürelerinin 4.8 (± 3.140) yıl olduğu görülmüştür. %64.3'ünün tanışarak evlendiği, %67.1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %70.0'ının planlı gebelik yaşadığı tespit edilmiştir.

Gebelik süresince ortalama 14.7 (± 5.063) kilo alan lohusaların 1.8 (± 0.982) kez gebelik deneyimi yaşadıkları ve %59.4'ünün en son sezaryenle doğum yaptığı belirlenmiştir. Postpartum süreleri ortalama 21.5 (± 11.710) gün olan lohusaların %66.2'si gebeliklerinde risk faktörü olmadığını, %78.7'si sosyal desteğe sahip olduğunu belirtmiş ve %46.9'u evlilik uyumlarını

iyi olarak değerlendirmiştir. %95.2'si gebelikte, %93.2'i ise lohusalıkta psikolojik destek/tedavisi almadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Lohusalara, gebelik döneminde yaşanan görsel/bedensel değişikliklere ait literatür çerçevesinde hazırlanan sorular yönlendirilmiştir. Katılımcıların %81.2'sinin çok kilo aldığı, %66.1'inin iştahının arttığı, %33.8'sinin kilo kaybı yaşadığı, %73.0'ının postür bozukluğu olduğu, %73.9'unun memelerinin aşırı büyüyerek hassaslaştığı ve areolada renk değişikliği yaşadıkları tespit edilmiştir. %61.8'inin linea nigradan rahatsızlık duyduğu, %54.6'sının diş/diş eti problemi yaşadığı, %52.6'sının kloasma ve akne şikâyetleri olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Ölçekler ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Alt Gruplar	Min-Max	Ortalama ± SS
Bedeni Beğenme Ölçeği		14-50	37.0 ± 7.345
Depresyon, Anksiyete ve Stres Skalası	Depresyon	0-32	9.4 ± 8.464
	Anksiyete	0-35	9.9 ± 8.237
	Stres	0-37	15.2 ± 9.274
	DASS toplam puan	0-94	34.6 ± 24.080

Lohusaların BBÖ'den aldıkları 37.0 (± 7.345) puan ortalamasıyla vücutlarından postpartum süreçte memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Depresif belirti göstermeyen lohusaların (9.4 ± 8.464), orta düzeyde anksiyete (9.9 ± 8.237), hafif düzeyde stres (15.2 ± 9.274) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Beden kitle indeksi (BKİ) normal sınırlarda olan ($F = 3.965$, $p = .020$) lohusaların BBÖ'den yüksek puanlar aldıkları fakat normalden fazla kiloya sahip olanların depresyon ($F = 5.117$, $p = .007$), anksiyete ($F = 4.239$, $p = .016$) ve DASS toplam puanlarının ($F = 4.222$, $p = .016$) artarak olumsuz emosyonel tepkiler verdikleri gözlenmiştir. Yapılan Tukey testi sonrasında normal kiloda olan lohusaların fazla olanlara göre bedenlerini daha fazla beğendikleri ve psikolojik olarak etkilenmedikleri belirlenmiştir. Lohusaların diğer sosyodemografik ve obstetrik değişkenleriyle ölçekler arasında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 3. Gebelikteki Görsel/Bedensel Değişikliklere Yönelik Postpartum Tepkiler

		BBÖ ± SS	t / p	DASS ± SS	t / p
Çocuk deliğinin altınında litheo niğri	Evet	3666-773371	1.1454	3551-224188	-.5577
	Hayır	3885-771221	.1477	3327-224090	.5885
Yeme işlevinin bozulması	Evet	3667-774551	.7065	3370-225197	-1.1997
	Hayır	3375-771537	.4882	3000-2211355	.0077
Kıllık kaybı	Evet	3880-770023	-1.1450	3321-222887	1.1080
	Hayır	3665-774744	.1499	3559-224026	.2881
Vücut duruşunun postürümlü değişimi	Evet	3664-770025	2.0883	3558-223899	-1.1180
	Hayır	3887-770953	.0888	3144-224602	.2366
Mafalelerin çoğalması	Evet	3667-66522	-.9966	3664-224535	1.7522
	Hayır	3880-992566	.3322	2997-222299	.0881
Aerobik hareketlerin çoğalması	Evet	3666-771661	-1.1167	3663-224995	1.8888
	Hayır	3880-77824	.244	2999-20760	.067
Mafalelerin çoğalması	Evet	3664-773333	-1.8845	3666-224445	2.0655
	Hayır	3886-772144	.0666	2889-222337	.0041
Vücut hareketlerinin bozulması	Evet	3665-772003	-1.1064	3355-224576	-.7889
	Hayır	3376-775222	.2993	3661-223470	.4331
Sırt ağrılarının çoğalması	Evet	3668-776666	-.4700	3557-225887	.7722
	Hayır	3373-66924	.6699	3331-2217995	.4441
Kıllarda çatlakların çoğalması	Evet	3666-772064	-1.1055	3455-225888	-1.1333
	Hayır	3377-774722	.2883	3409-221553	.8895
Bacaklarda çatlakların çoğalması	Evet	3667-770024	-.7066	3372-222600	-1.1399
	Hayır	3374-77477	.4881	3325-225175	.1663
Çocuk deliğinin altınında litheo niğri	Evet	3663-774422	-1.1798	3663-226136	1.5885
	Hayır	3882-770077	.0074	3315-220069	.1388
Diş ve diş eti problemlerinin çoğalması					
Yüzündeki lekelerin çoğalması					

Gebelik süresince yaşanan görsel/bedensel değişiklikler ve ölçeklere ait karşılaştırmalar Tablo 3'te gösterilmiştir. Karşılaştırmalar sonucunda iştahında veya yeme isteğinde artış olduğunu söyleyen lohusaların depresyon ($p = .030$) ve DASS puan ortalamalarının ($p = .047$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğinde vücut duruşunun/postürünün değişmediğini düşünenlerde ($p = .038$) bedeni beğenme düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Memelerinde çok büyüme olduğunu ifade eden lohusaların depresyon ($p = .013$) ve stres ($p = .032$) düzeylerinde anlamlı artışlar tespit edilmiştir. Memelerinde aşırı hassasiyetten şikâyetçi olanların ise depresyon ($p = .036$), stres ($p = .029$) ve DASS toplam puan ortalamalarından ($p = .041$) yüksek aldıkları saptanmıştır. Bacaklarında gebelik sürecinde stria oluştuğunu söyleyenlerin de anksiyete ($p = .016$) seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür. Diğer değişikliklerin ise; bedeni beğenme düzeyini ya da psikolojik tepkilerini etkilemediği gösterilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Lohusaların Bedeni Beğenme Düzeyleri ve Emosyonel Durumları Arasındaki İlişki

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	DASS
BBÖ	r	1				
	p	-				
Depresyon	r	-.255*	1			
	p	.000	-			
Anksiyete	r	-.142	.837***	1		
	p	.041	.000	-		
Stres	r	-.167	.829***	.704***	1	
	p	.016	.000	.000	-	
DASS	r	-.202*	.957***	.907***	.917***	1
	p	.003	.000	.000	.000	-

*zayıf düzey ilişki, ** orta düzey ilişki, ***güçlü düzey ilişki

Lohusaların bedeni beğenme düzeyleri ile DASS arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir (Tablo 4). Analiz sonucunda zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ve bedeni beğenme düzeylerinin azaldıkça DASS puan ortalamalarının arttığı tespit edilmiştir ($r = -.202$, $p = .003$).

Tartışma

Gebelik süreci; kadınlar için genellikle olumlu hisler uyandıran fakat beden imajının negatif etkilenmesiyle ambivalan duygular yaşatan bir zaman dilimidir. Kitlesele iletişim araçları tarafından ideal vücut imajı mesajının yanlış şekilde verilmesi bu süreçteki lohusaların ambivalan duygularının daha karmaşık hale gelmesine, beden memnuniyetsizliğine, benlik saygısının azalmasına ya da depresif belirti göstermesine neden olabilmektedir (13). Bu araştırmanın dikkat çeken ilk bulgusu da; BKİ'nin bedensel memnuniyetle direkt ilişkili olduğu ve normalden fazla kiloya sahip lohusaların olumsuz emosyonel duygular yaşadığıdır. 100.000'den fazla katılımcının olduğu bir çalışmada kadınların gebelik ve doğum sonrası kilo takipleri yapılarak depresif belirti durumları incelenmiştir. Araştırmada fazla kilolu ve obez kadınların daha zayıf vücut imajına sahip olduğu ve depresif belirti gösterdikleri bildirilmiştir (14). Öyle ki doğum sonrası 6. ayda bile vücut memnuniyetsizliğinin en etkili yordayıcısı olarak BKİ'nin olduğu ifade edilmiştir (15). Üçüncü trimester ve postpartum altı gün boyunca takip edilen kadınların incelendiği başka bir çalışmada; gebelikte alınan kilo ve yüksek BKİ'nin beden imajında memnuniyetsizlik yarattığı gösterilmiştir. Doğum sonrası bedensel memnuniyet zamanla artış göstermeye başlasa da, postpartum depresyon ve duygu durum bozukluklarıyla kilo alımının ilişkili olduğu belirtilmiştir (16). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde beden imajına ilişkin tutumun değerlendirildiği farklı bir çalışmada; kadınların yarısından fazlasının beden imajına ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğu ve bu tutum üzerinde BKİ vb. faktörlerin anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (17). Beden imajı ve ağırlık gibi faktörlerin doğum sonrası depresyon/anksiyete üzerindeki etkisinin incelendiği sistematik bir derlemede, değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Derlemedeki tüm çalışmalarda, vücut memnuniyetsizliğinin, doğum sonrası fazla kilo durumuyla paralel şekilde arttığı bildirilmiştir (18). 2020 yılındaki bir meta-analizde de; fazla kilonun, hem gebelikte hem de postpartum dönemde artan maternal depresyon riski ile ilişkilendirildiği görülmüştür (19). Özellikle son yıllarda yüksek BKİ ve olumsuz emosyonel durumlar arasındaki ilişkiyi açıklayan sayısız çalışmanın mevcut olduğu tespit edilmiştir (20,21). Bu araştırma bulgularının da tüm çalışmalarla benzerlik göstermesi kuvvetli bir kanıt niteliği taşımaktadır. Gebe ve lohusalar psikolojik olarak risk altında olan savunmasız gruplar içerisinde yer aldığından, bedensel memnuniyet açısından endişe taşıyanların tespit edilmesi ve gerekli görüldüğü durumlarda uzman desteğine yönlendirilmesi önem taşımaktadır. Toplumsal farkındalığı geliştirmek ve yanlış mesajların verilmesine yönelik tedbirlerin alınabilmesi için kitlesele iletişim araçlarının denetimlerinin artırılması önerilebilir.

Gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren uterusun büyümesi, fetal ve maternal kilo artışından kaynaklı ağırlık merkezinin öne doğru yer değiştirmesi postural değişikliklerin yaşamasına neden olabilmektedir (22). Bu durumlar kadınların beden imajları üzerinde olumsuz etkiler bırakarak özgüvenlerini yitirmelerine sebep olabilmektedir (23,24). Son zamanlarda kadınların gebelikteki postural değişikliklerine yönelik yapılan tüm çalışmalarda yıkıcı psikolojik etkilerinin olabildiğinden bahsedilmiştir (23,25). Bu çalışmada postür bozukluğu yaşamamış olan lohusaların bedeninden memnun oldukları görülmüş ve literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte daha belirgin hale gelen duruş bozukluklarının komplikasyonlara sebep olmaması için egzersizin ihmal edilmemesi ve lohusalıkta devam etmesi durumunda ortopedist ve fizyoterapistlerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi gerekebilecektir.

İştah artışı; depresyon gibi çeşitli psikolojik problemlerin bir belirtisi olabileceği gibi yeme artışına bağlı olarak kişinin kilo kazanımı da depresyona neden olabilmektedir (26,27). Gebelik sırasında meydana gelen iştah artışına bağlı ortaya çıkan kilo problemleri de bu bakımdan gebelikte ve sonrasında depresyon görülme riskini arttırabilmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalar gebelikte iştah artışı yaşayan kişilerin bedensel memnuniyetsizlik düzeylerinin yüksek olduğunu, antenatal ve postnatal dönemde depresif belirtilerinin arttığına işaret etmektedir (8,26,28,29). Bununla birlikte gebelik öncesinde iştah fazlalığı yaşayan kadınların da postpartum depresyon olasılığının yüksek olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (27). Özellikle gebelik sonrasında yeme bozukluğunun devam etmesi kadınlar için endişe verici olarak nitelendirilmiş ve duygu durum bozukluklarına neden olabildiği ifade edilmiştir (30). Bu sonuçlar gebelikte iştah artışı yaşayan lohusaların olumsuz psikolojik durumlarıyla paralellik göstermektedir. Fakat yeme isteği ve iştah problemine bağlı kilo alımı fazla olan bazı lohusaların bu durumdan endişe

duymadıklarını ve vücutlarından memnun olduklarını gösteren çalışmaya da rastlanılmıştır (31). Literatürde konuya ilişkin farklı sonuçların olması kişilerin bedeni algılayma ve beden imajına yönelik anlayışlarının çeşitliliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Aşırı yeme isteği devam eden lohusalar bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından dâhiliye, psikiyatri ve diyetisyen gibi uzman desteğine yönlendirilmelidir.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte vücutta çeşitli hormonal değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum, yaşanan bedensel değişimlerin büyük bir kısmından sorumlu olmakla birlikte kişilerin psikolojileri üzerinde de etkilidir (32). Gebelik boyunca süt üretiminin başlamasına bağlı meme hacminde artışın yaşanması kadınlar için beden imajı ve duygusal durumu etkileyen endokrin bir değişim örneği olarak verilebilir (33). Hodkinson, Smith ve Wittkoski'nin (2014) kadınların gebelikleri ve doğum sonrası beden imajı deneyimlerine ilişkin meta-analiz çalışması sonucunda; artan meme büyüklüğünün beden memnuniyet düzeylerini arttırdığından olumlu etkiler yarattığı görülmüştür (8). Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda; emzirmenin önemine inanan kadınların postpartum depresyon riskinin azaldığı ancak memenin deformasyonu gibi endişe verici durumlara neden olabileceğinden maternal psikolojiyi olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (34,35). Memelerin laktasyona hazırlanması ve mamogenezisine bağlı hipertrofiye uğrayarak hassaslaşması araştırma kapsamındaki lohusaların postpartum depresyon ya da stres gibi duygusal yanıtlarına yol açmıştır. Bu bakımdan literatürle kısmen paralel sonuçlar elde edilmiştir. Memelerindeki büyümeden şikâyetçi olan kadınlar için laktasyon bitişiyile birlikte kozmetik amaçlı mamoplasti uygulaması hakkında bilgi verilmesi duygusal rahatsızlıkların giderilmesine katkı sağlayabilir.

Stria gravidarum olarak adlandırılan atrofik lineer skarlar tarih boyunca gebeler için estetik bir endişe kaynağı olmaya devam etmiştir (36). Gebelerin büyük bir çoğunluğu tarafından (%90) striaların tıbbi olarak bir tehlike oluşturmadığı bilinirken yarattığı şekilsel bozukluğun duygusal ve psikolojik sıkıntılara neden olduğu araştırmacılar tarafından tespit edilmiştir (37). Bir meta-analiz sonucunda akne ve stria gibi cilt değişikliklerinin beden imajını olumsuz olarak etkilediği ve izlerin kalıcı olma düşüncesinin kişileri rahatsız ettiği üzerinde durulmuştur (8). Bu araştırma sonucunda da özellikle dışarıdan fark edilebilen bacaklardaki striaların lohusalarda anksiyeteye neden olduğu görülmüştür. Strialar; her ne kadar gebelik gibi eşsiz bir deneyimin sonucu olarak ortaya çıksa da, kadınların estetik açıdan büyük kaygılar yaşamasına sebep olmaktadır. Antepartum ve postpartum eğitimi sırasında kadınlara çeşitli kozmetik ürünlerinin kullanımıyla görsel endişe kaynaklarının giderilebileceğinden bahsedilmelidir.

Literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğunda, bedensel memnuniyetsizliğin antepartum ve postpartum depresyonun başlangıcından sorumlu olduğu fakat zayıf şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (7). Gebeler üzerinde beden imajına yönelik yapılan çalışmalarda, gebelik boyunca görsel ve bedensel değişikliklere rağmen bedensel memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (25). Ancak gebeliğin ilerleyen haftalarında bedensel memnuniyeti düşük olan kişilerde postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (38). Literatürdeki çalışmaların gebeliğe yönelik olması araştırmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermiş olsa da, bu bulgunun tartışmasını sınırlandırmıştır.

Kısıtlılıklar

Literatür taramaları sırasında araştırmaların çoğunlukla gebelik dönemine özgü olması, lohusalık dönemine ait yeterli sayıda ve kapsamlı çalışmaya rastlanılmaması araştırmamızın özgünlüğü açısından son derece kıymetlidir. Fakat araştırma sırasındaki bazı durumlar sınırlılık arz etmektedir. Bunlardan ilki; araştırmamızın sınırlı sayıda gebeye ulaşılarak yapılması nedeniyle tüm evrene genellenemez olmasıdır. İkinci sınırlılığı ise; pandemi tedbirleri gereği araştırmamızın yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılamaması ve internet erişimi olmayanların araştırmaya katılamamasıdır. Ayrıca pandemi süresince duygusal problemlerin daha fazla yaşanabilir olması araştırmamızın sonuçlarını etkileyebilmektedir. Bu bakımdan pandemi sonrasında benzer araştırmaların tekrarlanmasıyla sonuçların desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Gebelik boyunca yaşanan tüm değişimler kadınların biyofiziksel olduğu kadar psikolojik sağlıklarını da yakından ilgilendirmektedir. Bu nedenle, gebelik sürecinin ilerleyen dönemlerinde kadınların beden memnuniyetleri ve imajlarının değerlendirilmesi, bakımından sorumlu olan ebe/hemşireler tarafından postpartum olumsuz sonuçlarla karşılaşılma riski taşıyanların belirlenmesi gerekmektedir. Kadının tüm yaşam dönemlerinde kilit anahtar rolü üstlenen ebe/hemşirelerin etkili iletişim tekniklerini kullanarak antepartum ve postpartum süreçte konuya ilişkin detaylı verilere sahip olması ve duygusal durum bozukluklarını tanımlayabilmesi önem taşımaktadır. Yaşanabilecek sorunların önceden tespitini sağlayarak anne bebek bağlanmasının kurulması ve sürdürülmesinde gerekli bakımı sunmak için her durumda hazır olmaları beklenmektedir. Ayrıca kadınlara gebelik süresince ideal kilo alınmasına uygun diyet ve aktivite önerilerinde bulunmaları, lohusalıktaki BKİ gibi değişkenlerine dikkat etmeleri ve doğum sonrası düzenli kontrollere gitmeleri için danışmanlık yapmaları ayrı bir değer taşımaktadır. Bu süreçlere yönelik eğitim programlarının hazırlanması, hem gebelik hem de lohusalıkta duygusal sorunların önlenmesini ve erken dönemde tedavi edilebilmesini sağlayacaktır.

Postpartum annelik hüznü, depresyon ya da psikoz gibi duygusal durumlarının hormonal değişikliklerden de kaynaklanması veya pandeminin psikolojik etkilerinin sonuçlara yansımış olması ihtimali gelecekteki araştırmaların planlanması sırasında bu faktörlerin dışlanması gerektiğine işaret etmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/kavram; GF, CI, tasarım; GF, danışmanlık; CI, veri toplama ve işleme; GF, CI, analiz ve yorum; GF, kaynak taraması; GF, makalenin yazımı; GF, CI, eleştirel düşünme; GF

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmamızın bütçesi bulunmamaktadır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Sorumlu olduğumuz araştırmamızda herhangi bir firma ile çıkar çatışması yoktur. Araştırmamızın yapılabilmesi için bilimsel araştırmalar etik kurulundan 21/09/2020 tarihinde (sayı: 46418926-050.01.04) izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Fiskin G, Mecdi Kaydirak M, Yesiltepe Oskay U. Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2017;14(1):55-64.
2. Coşar Çetin F, Demirci N, Yeşilççek Çalık K, Çil Akıncı A. Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2017;48(4):135-141.
3. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum* 2006;8(3):35-42.
4. Kartal B, Kızılırmak A, Zedelenmez A, Erdem E. Investigation of body perception in pregnant women according to physical changes in pregnancy. *J Contemp Med* 2018;8(4):356-360.
5. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:379-407.
6. Bolton JL, Wiley MG, Ryan B, Truong S, Strait M, Baker DC et al. Perinatal western-type diet and associated gestational weight gain alter postpartum maternal mood. *Brain and Behavior* 2017;7(10):e00828.
7. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Archives of Women's Mental Health* 2015;18(3):409-421.
8. Hodkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:330-341.
9. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 2015;12(1):53-67.
10. Anlı G, Akın A, Eker H, Özçelik B. Bedeni beğenme ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2015;36:505-511.
11. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scale. Sydney: The Psychological Foundation of Australia, Inc 1995. <https://www.worldcat.org/title/manual-for-the-depression-anxiety-stress-scales/oclc/222009504> 10 Eylül 2020
12. Akın A, Çetin B. Depression, anxiety and stress scale (DASS): the study of validity and reliability. *Educational Science: Theory & Practice* 2007;7(1):241-268.
13. Przybyła-Basista H, Kwiecińska E, Ilska M. Body acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:9436.
14. Han SY, Brewis AA, Wutich A. Body image mediates the depressive effects of weight gain in new mothers, particularly for women already obese: evidence from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Public Health* 2016;16(1):1-10.
15. Tavakoli M, Hasanpoor-Azghady SB, Farahani LA. Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction based on demographic and fertility factors. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021;21(1):1-8.
16. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2017;13:103-109.
17. Kaur A, Sagar N, Mamta. Assess the attitude of women regarding body image during pregnancy and post partum period. *International Journal of Health Sciences and Research* 2018;8(3):193-198.
18. Hartley E, Hill B, McPhie S, Skouteris H. The associations between depressive and anxiety symptoms, body image, and weight in the first year postpartum: A rapid systematic review. *Journal of Reproductive And Infant Psychology* 2018;36(1):81-101.
19. Dachew BA, Ayano G, Betts K, Alati R. The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorder* 2020;281:321-330.
20. Ertel KA, Huang T, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Rich-Edwards J, Oken E et al. Perinatal weight and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Annals of Epidemiology* 2017;27(11):695-700.
21. Molyneaux E, Poston L, Ashurst-Williams S, Howard LM. Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2014;123(4):857-867.
22. Kouhkan S, Rahimi A, Ghasemi M, Naimi SS, Baghban AA. Postural changes during first pregnancy. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research* 2015;744-753.
23. Uçar T, Güney E, Cesur B, Yurtsal ZB. The scale for body image concerns during pregnancy: development and validation. *Perspectives in Psychiatric Care* 2018;54(3):416-421.
24. Brackenbury J. Body dissatisfaction during pregnancy: key considerations for aesthetic practice. *Journal of Aesthetic Nursing* 2016;5(8):338-391.
25. Ardahan M, Bayik AB. Body image perception and the effectiveness of a body image education in pregnant housewives. *J Nurs Care* 2014;3(3):2167-2168.
26. Erdoğan A, Hocaoglu Ç. Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: bir gözden geçirme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2020;11(39):31-37.
27. Dayan F, Javadifar N, Tadayon M, Malehi AS, Komeili Sani H. The relationship between gestational weight gain and postpartum depression in Normal and overweight pregnant women. *Journal of Pregnancy* 2018;9315320.
28. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *J Health Psychol* 2009;14:27-35.
29. Cattane N, Räikkönen K, Anniverno R, Mencacci C, Riva MA, Pariante CM et al. Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health. *Molecular Psychiatry* 2021;26(2):462-481.

30. O'Loghlen E, Galligan R. Disordered eating in the postpartum period: role of psychological distress, body dissatisfaction, dysfunctional maternal beliefs and self-compassion. *Journal of Health Psychology* 2021;1359105321995940.
31. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHBD, Ferreira MEC. Body dissatisfaction among pregnant women: an integrative review of the literature. *Ciencia & Saude Coletiva* 2015; 20: 2091-2103.
32. Trifu S, Vladuti A, Popescu A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinologica (Bucharest)* 2019;15(3):410-415.
33. Morley-Hewitt AG, Owen AL. A systematic review examining the association between female body image and the intention, initiation and duration of post-partum infant feeding methods (breastfeeding vs bottle-feeding). *Journal of Health Psychology* 2020;25(2):207-226.
34. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2018;61(8):977-985.
35. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Depress Res Treat* 2016;4765310:1-9.
36. Farahnik B, Park K, Kroumpouzou G, Murase J. Striae gravidarum: risk factors, prevention, and management. *International Journal of Women's Dermatology*, 2017;3(2):77-85.
37. Korgavkar K, Wang F. Stretch marks during pregnancy: a review of topical prevention. *British Journal of Dermatology* 2015;172:606-615.
38. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2013;42(5):551-561.

Bütüncül Hemşirelik Bakımı İçin Metafor Analizi: Bir Puzzle Oluşturmak

 Çiğdem KARDAŞ¹,  Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER²

¹ Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara/Türkiye

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Ankara / Türkiye

Öz

Giriş: Hemşirelerin birçok kavramı, içinde barındıran bütüncül hemşirelik bakımın ne olduğunu analiz edebilmeleri için, bütüncül bakım sürecini, bileşenlerini ve etkilerini anlamlandırmaları gerekir. Bu bağlamda hemşirelerin bütüncül bakımı nasıl algıladıklarını belirlemek son derece önemlidir. **Amaç:** Araştırma; hemşirelerin bütüncül hemşirelik bakımına yükledikleri anlamları metaforlar aracılığı ile ortaya çıkarmak amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma; nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik (olgu bilim) desen kullanılarak, Mart-Nisan 2021 tarihlerinde bir eğitim araştırma hastanesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 227 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan 10 soruluk veri toplama formu ile elde edilmiş, hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla 9 soru sorulmuş ve bütüncül bakım kavramına ilişkin metaforları belirlemek amacıyla; "bütüncül hemşirelik bakım gibidir; çünkü" cümlesinin tamamlamaları istenmiştir. Verilerin analizi beş aşamalı içerik analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılmayı kabul eden 227 hemşireden formu eksiksiz dolduran ve metafor-açıklama arasında tutarsızlık olmayan 209 hemşirenin 106 metafor ürettiği görülmüştür. Oluşturdukları bu metaforlar 9 kategoride "güven verici, kapsayıcı, yardım, gereksinim/gereklilik, zorunlu görev, profesyonellik, ahlaki sorumluluk, önemsiz/değersizlik, yol gösterici/yansımacı" incelenmiştir. Hemşireler %89 oranında pozitif metafor üretmişlerdir. En çok ürettikleri metaforlar; anne (n = 22, %20.8), puzzle/yapboz (n = 15, %14.2), gökkuşağı (n = 6, %5.7), güneş (n = 5, %4.7), aile (n = 5, %4.7)' dir. **Sonuç:** Hemşirelerin bütüncül bakım algısıyla ilgili ağırlıklı olarak olumlu metaforlara sahip olduğu saptanmıştır. Metaforlara ait her bir kategori için olumlu algıların desteklenerek geliştirilmesi, olumsuz algıların değiştirilebilmesi için strateji planlaması yapılmalıdır. **Anahtar Kelimeler:** Bütüncül Bakım, Hemşire, Metafor.

Abstract

Metaphor Analysis for Holistic Nursing Care: Constructing a Puzzle

Background: In order for nurses to analyze what holistic nursing care is, which includes many concepts, it is necessary to make sense of the holistic care process, its components and effects. In this context, it is extremely important to determine how nurses perceive holistic care. **Objectives:** Research; the aim of this study was to reveal the meanings attributed by nurses to holistic nursing care through metaphors. **Methods:** Research; using a phenomenological (phenomenological) design, one of the qualitative research designs, was carried out with 227 nurses who agreed to participate in the research in a training and research hospital between March-April 2021. The data were obtained with a 10-question data collection form created by the researchers, 9 questions were asked in order to determine the demographic characteristics of the nurses and in order to determine the metaphors related to the concept of holistic care; "holistic nursing care like this; because" sentence is required to be completed. The analysis of the data was evaluated with a five-stage content analysis. **Results:** Of the 227 nurses who agreed to participate in the study, it was seen that 209 nurses who filled out the form completely and had no inconsistency between the metaphor and the explanation produced 106 metaphors. These metaphors they created were examined in 9 categories: "reassuring, inclusive, helping, need/necessity, compulsory duty, professionalism, moral responsibility, unimportant/worthless, guiding/reflective". Nurses produced 89% positive metaphors. The metaphors most often produced by nurses are; mother (n = 22, 20.8%), puzzle (n = 15, 14.2%), rainbow (n = 6, 5.7%), sun (n = 5, 4.7%), family (n = 5, 4.7%). **Conclusion:** It has been determined that nurses have predominantly positive metaphors about the perception of holistic care. For each category of metaphors, strategy planning should be done in order to support and develop positive perceptions and to change negative perceptions.

Key Words: Holistic Care, Metaphor, Nurse.

Geliş Tarihi / Received: 31.07.2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 31.05.2022

Correspondence Author: Çiğdem KARDAŞ Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara/Türkiye E-Posta: cigdem.kardas1@gmail.com

Cite This Article: Kardaş Ç, Ünlüsoy Dinçer N. Bütüncül Hemşirelik Bakımı İçin Metafor Analizi: Bir Puzzle Oluşturmak. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 317-327.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

İnsan fizyolojik olarak sistemlerin birleşmesi ile oluşan bir varlıktır; yetiştiği, yaşadığı sosyal ve kültürel çevresiyle, yaşadığı duygu durumuyla bir bütündür. Bu bütünün içerisinde biyolojik, psikolojik, spiritüel, sosyal ve kültürel durumu sürekli birbirleriyle etkileşim halindedir. Bahsedilen bileşenler arasındaki pozitif etkileşim insan sağlığının sürdürülmesini ve geliştirilmesini sağlamaktadır (1). İnsanı anlayabilmek ya da tanımlayabilmek için bileşenleriyle birlikte bir bütünü görmek gerekir. Bütünün kendisini oluşturan parçaların toplamından daha fazla olduğunu savunarak bütüncüllük kavramını ilk defa J. C. Smuts tarafından “Holism ve Evrim” adlı kitabında tanımlanmıştır (2).

Hizmet alanı insan olan hemşirelik mesleğinin de bireyi tüm yönleri ile ele alması gerekliliği yaşanan toplumun popülasyon dinamiği ve teknolojik değişim gibi nedenlerle kaçınılmaz olmuştur (3). Amerikan Bütüncül Hemşireler Birliği (1998) “bireyin bütünüyle iyileşmesini hedefleyen tüm hemşirelik uygulamalarını” bütüncül hemşirelik olarak tanımlamıştır (4). Diğer bir deyişle bütüncül hemşirelik, bütüncül bakım sağlamak için zihin, beden ve ruhu anlayan, hastaların kişisel bakımlarını sağlamalarını destekleyen, kendi güç ve sorumluluklarını kazandırabilmek için çeşitli yöntemler deneyen, hasta ile ilişkilerinde açıklık, eşitlik üzerine kurulu olması gerektiği belirtilmiştir. İyileşme, yardım ve hastanın rahatlığını sağlama, bireyin kendini iyileştirici gücünün artırma ve buna destek olma, bireyi biyopsikososyal, spiritüel varlığı ile bir bütün olarak tedavi etme, sağlık eğitimi ve sağlıklı davranış kazandırma olmak üzere dört temel amacı vardır (5,6).

Bütüncül hemşirelik; aynı zamanda bakım, ilişki ve karşılıklı bağlılığa dayalı yaşam felsefesidir. Hemşire günlük yaşamında ve klinik ortamda kazandığı deneyimlerini bilgi ve becerisiyle, hemşirelik teorileriyle yapılandırarak uygulamalarını gerçekleştirir. Bütüncül uygulamaların hayata geçirilmesinde dikkate alınması gereken, bütüncül felsefe-teori ve etik, bütüncül iletişim, terapötik ortam ve kültürel çeşitlilik, bütüncül eğitim ve araştırma, bütüncül hemşirelikte öz-bakım, bütüncül bakım sürecini kapsayan beş temel değer bulunmaktadır (7).

Bütüncül bakım yeterliliğine sahip olan hemşire, kişinin biricikliğini göz önünde bulundurarak bireyleri bir bütün olarak ele alır. Bütüncül hemşirelik bakımıyla rehabilite/televi edilen birey kendini tanıması, hastalığı kabullenmesi (8,9), sağlık-hastalık kavramlarını kendi bedenindeki ifadesini fark edebilmesini, iyileşme ve tedavi süresinin kısalması (10,11), sağlığının geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artması, daha kaliteli bakım alması gibi olumlu katkıları sağladığı bilinmektedir (12). Bütüncül bakım yeterliliğine sahip olan ve bütüncül bakım yaklaşımını benimsemiş olan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin artması (8,9), kişiler arası ve ekip üyeleri arasında iletişimin güçlenmesi, empati yeteneğinin artması (11) ve kişisel-mesleki özerkliğin kazanılması (9) gibi birçok katkıları bulunmaktadır. Sonuç olarak bütüncül hemşirelik hem hemşirenin kişisel gelişimi hem de mesleki gelişimi açısından oldukça önemlidir. Bütüncül hemşirelik bakımı ile yapılan bazı çalışmalarda bütüncül bakım ile bakım kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (13,14). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da geleneksel hemşirelik bakımına göre bütüncül hemşirelik bakımının çok yönlü olduğu ve birey üzerinde daha etkili olabileceği sonucuna varılmıştır (15).

Hemşirelerin bütüncül bakımın ne olduğunu analiz edebilmeleri için, bütüncül bakım sürecini, bileşenlerini ve etkilerini anlamlandırmaları gerekir. Bu bağlamda hemşirelerin bütüncül bakımı nasıl algıladıklarını belirlemek son derece önemlidir. Bütüncül bakım kavramının tanımlanması ise klinik performansı iyileştirerek, hemşirelerin bütüncül bakımı sağlamasını teşvik edici olmasını ve bakım kalitesinin artmasını sağlar. Ayrıca hemşirelik eğitiminde eğiticiler ve öğrenciler kavramı daha iyi tanıyarak, eğitimin bütüncül ilkeler ışığında yapılmasına olanak sağlar (16). Ancak bakım psikomotor becerilerin yanı sıra, duyuşsal, öznel ve etik boyutlarıyla bir bütün olması sayılabilir verilerle ölçümünü kısıtlamaktadır (17). Bu bağlamda içinde çok fazla kavramı barındıran bütüncül bakım algısını belirlemek için metaforlardan yararlanılabilir.

Fransızcadan dilimize yerleşmiş olan metafor kelimesi bir kelimeyi veya kavramı kabul edilenin dışında başka anlamlara gelecek biçimde kullanma olarak tanımlanmıştır (18). Metafor insanın dünyayı algılayış şeklinin zihninde şekillendirmesidir. Dünyayı anlamak, algılamak ve açıklamak amacıyla dilsel olarak geliştirilmiştir. Lakoff ve Johnson (2005), metaforun özünün bir şeyi başka bir şeye göre anlamak ve tecrübe etmek, somut olmayan bir kavramı kişinin zihninde oluşturduğu algıyla somutlaştırmaktır şeklinde ifade etmiştir (19). Dünyayı, kendimizi ve başkalarını anlama yollarımızdan biridir. Ayrıca metaforlar keşifsel özelliklidir, çünkü daha önce hiç kullanılmamış bir anlamda kelimenin zihnimizde anlamlandırılmasını sağlar. Metaforlar analiz edilmek istenen duygu, düşünce veya kavramların nasıl algılandığını ortaya çıkarmaya yardımcı olur. Soyut olan ve algılanmasında zorluk çekilen kavramlar metaforlar yardımıyla daha kolay anlaşılabilir (19, 20, 21, 22).

Metaforları belirlemek, hemşirelere kendi beceri, bilgi ve tutumlarını daha iyi anlamalarını sağlarken bu özellikleri kendi yaşamlarına, davranışlarına ve uygulamalarına nasıl yansıtacaklarının da farkına varmalarını sağlar. Metaforlar hemşirelerin kendi meslek algılarına yönelik iç görüşünün, duygularının ve düşüncelerinin farkındalığını artırırken bakım verdiği bireylerinde yaşamlarında etki oluşturma fırsatı sağlar (22,23). Hemşirelerin bakım kavramına ilişkin düşüncesini veya nasıl algılandığını metaforlar yardımıyla tarif edilmesi ile kavramın daha iyi analiz edilmesi, daha profesyonel bakım verilmesi, mesleki gelişimin artması ve hemşireliğin bakım konusundaki farklı düşünceleri yansıtmasının ortaya çıkmasını sağladığı bilinmektedir (20,24). Literatürde bütüncül hemşirelik bakımının metaforlar yoluyla açıklandığı çalışmalara rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışma orijinal bir çalışmadır. Dolayısıyla hemşirelerin kendi algılamalarını somutlaştırmasını sağlayarak bireysel ve mesleki gücün farkındalığının artırılması, daha profesyonel bakım verilmesi, sorunların belirlenmesi, çözüm önerilerinin sunulması ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Amaç

Hemşirelerin, bütüncül bakıma ilişkin farklı bakım yollarını keşfetme, hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme, davranış değişikliklerini yapma ve sağlık sorunlarıyla başa çıkabilme deneyimlerini metaforlar aracılığıyla ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Ancak birçok kavramı özünde birleştiren bütüncül bakıma ilişkin metaforlarla ilgili ülkemizde yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin metaforlar aracılığı ile bütüncül hemşirelik bakımına yükledikleri anlamların analiz edilmesi, hemşirelerin bütüncül hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi, beceri ve tutumları hakkında bilgi edinilmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın Soruları

- Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bütüncül bakıma ilişkin geliştirdikleri metaforlar nelerdir?
- Hemşirelerin ürettikleri metaforların ortak özellikleri bakımından hangi kategorilerden oluşmaktadır?

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Araştırmada bireylerin yaşamlarını nasıl anlamlandırıldığına odaklanılan nitel araştırma desenlerinden, bireylerin ne düşündüklerini/bir olguya ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla kullanılan fenomenolojik (olgu bilim) desen kullanılmıştır. Bu desen konu, olay, olgu ya da durumun aslında farkında olunan ancak daha derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olabilmek için olgunun özünün ortaya çıkarılmasını sağlayan bir yöntemdir. Olgu bilimi, araştırılan olgunun anlamına odaklanarak, konuyla ilgili bireylerin deneyimlerinin anlamını ve konuyla deneyimin ilişkisini açıklamak yoluyla ortaya çıkarmaktadır (24,25).

Bu araştırmada da hemşirelerin bütüncül bakıma ilişkin algılarını metaforlar aracılığıyla betimlenmesi amaçlandığı için fenomenolojik (olgu bilim) desen kullanılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara ilinde 413 yatak kapasitesine sahip çocuk ve kadın doğum hastalarına hizmet veren bir eğitim-araştırma hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Kurumda çalışan toplam 414 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, verilerin toplandığı tarihler arasında raporlu, yıllık ya da idari izinli, eğitimde veya görevlendirme de olmayan, veri toplama formunu eksiksiz dolduran 227 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir, bu doğrultuda evrenin %55'ine ulaşılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında belirtildiği üzere toplam 18 form yetersiz açıklama, metafor-açıklama uyumsuzluğu gibi nedenlerle elenerek çalışma 209 form ile tamamlanmıştır.

Veri toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu ile Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama formunda hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla doğum yılı, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı klinik, öğrenim durumu, mesleği isteyerek seçme durumu ve meslek memnuniyetini yordayan 9 soru ve bütüncül bakım kavramına ilişkin metaforları belirlemek amacıyla "Bütüncül/holistik bakım'a benzer, çünkü" (Bütüncül/holistik hemşirelik bakımı deyince ilk aklınıza gelen şey/düşünceyi bir metafor ile tanımlayınız) cümlesi yer almıştır. Katılımcıların boş bırakılan yere akıllarına ilk gelen metaforu yazması istenmiştir ve kendilerine herhangi bir yönlendirme yapılmamıştır. Veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve yanıtlama süresi yaklaşık 5-8 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin çözümlenmesinde beş aşamada gerçekleştirilen içerik analizi kullanılmıştır.

Kodlama/adlandırma ve ayıklama aşaması:

Katılımcılardan toplanan formlar öncelikli olarak ayıklama işleminden geçirilmiştir. Eksiksiz toplanan 227 formdaki metaforlar alfabe uyumlu olarak sıralandıktan sonra her biri numaralandırılarak birer kod numarası verilmiştir (MC1, MC2, MC3 gibi). İçerisinden sadece metafor belirtilen, yeterli açıklaması bulunmayan 5 tane form kapsam dışı bırakılmıştır.

Tasnif etme (eleme ve arıtma) aşaması:

Bu aşamada her metafor parçalara ayrıştırılmış, diğer metaforlarla ortak özellikleri, benzerlikleri kontrol edilmiştir. Bunun için metaforlar ve açıklamalar tekrar tekrar okunmuş, gözden geçirilmiştir. Metaforun açıklama kısmı ile metafor arasında tutarsızlık veya bağlantı bulunmayan cevaplar kapsam dışı bırakılmıştır. Örneğin; "Fanus; yaşatmak ve iyiliği için her şeyi yaparsın", "birbirini tamamlamaya; tedaviler hastalığa dayanır." Buna göre 9 form daha elenerek, 213 form kalmıştır.

Kategori geliştirme aşaması:

Tüm formların gözden geçirilip, kodlama ve ayıklama işlemleri yapıldıktan sonra metaforlar, açıklamaları ve açıklamanın ne anlama geldiği dikkate alınarak kategorileştirme aşamasına geçilmiştir. Kategoriler belirlenirken metaforları açıklayan kısmı ayrıca incelenerek anlam metaforunu en iyi temsil edecek kategoriye yerleştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda toplam 9 kategori (güven verici, kapsayıcı, yardım, gereksinim/gerekliklik, zorunlu görev, profesyonellik, ahlaki sorumluluk, önemsizlik/değersizlik, yol gösterici/yansımacı) oluşturulmuştur.

Geçerlik ve güvenirliliği sağlama aşaması:

Bu aşamada da metaforların kavramsal kategorileri temsil edip etmediğini ortaya koymak amacıyla alanında uzman iki akademisyenin görüş ve önerilerine başvurulmuştur. Oluşturulan kategoriler ile uzmanların yaptıkları eşleştirmeler karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar ve öneriler sonucunda 4 form daha metafor ve anlam tutarsızlığı nedeniyle elenerek toplam 209 form ile çalışma yürütülmüştür. Görüş ayrılığı ve görüş birliği sayıları neticesinde bu çalışmaya özgü olarak %98 oranında güvenirlilik sağlanmıştır.

Verileri bilgisayar ortamına aktarma aşaması:

Bulguların yorumlanması, her bir kavramsal kategoriye ve bu kategorilere ait metaforları içeren tabloların oluşturulması ve katılımcıların demografik bilgileri, metafor ve kategorilerin yüzde değerlerinin hesaplanması amacıyla bilgisayar ortamına veriler girilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda değerlendirme ve yorumlama yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul ve kurum izni çalışma yapılacak olan eğitim araştırma hastanesinin etik kurul komisyonundan 04.02.2021 tarihinde 2020-KAEK-141/091 sayılı ve E-21/02-99 protokol numaralı karar ile alınmıştır. Araştırmayı katılmayı kabul eden hemşirelerden araştırmaya ilişkin bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Bu çalışmanın yazılmasında araştırma ve yayın etiğine, bilimsel ahlak kurallarına uyulmuş, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda

bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulmuş, çalışmanın içerdiği yenilik ve sonuçlar başka bir yerden alınmamış ve kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmamıştır.

Bulgular

Tablo. 1 Demografik Özellikler (n = 209)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	192	91.9
	Erkek	17	8.1
Medeni Durum	Evli	104	49.8
	Bekar	105	50.2
Çalışma Yılı	1 yıldan az	19	9.1
	1-5 yıl	88	42.1
	6-10 yıl	24	11.5
	11- 15 yıl	22	10.5
	16 yıldan fazla	56	26.8
Öğrenim Bilgisi	Sağlık meslek lisesi	43	20.5
	Ön lisans	11	5.3
	Lisans	150	71.8
	Yüksek lisans	5	2.4
Pozisyon	Servis hemşiresi	93	44.5
	Poliklinik/Sorumlu hemşire	47	22.5
	Yoğun bakım/Acil/Ameliyathane hemşiresi	69	33.0
Çalışma Şekli	Gündüz	55	26.3
	Gece-Gündüz	154	73.7
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu	Evet	102	48.8
	Hayır	34	16.3
	Kısmen	73	34.9
Meslekten Memnuniyet Durumu	Hiç memnun değil	6	2.9
	Memnun değil	28	13.4
	Kararsız	50	23.9
	Memnun	107	51.2
	Çok memnun	18	8.6
Yaş	$\bar{X} \pm SS$ (min-maks) = 32.03 ± 9.12(21-58)		

Araştırmaya katılmayı kabul eden, aktif olarak çalışan, formu eksiksiz dolduran ve metafor-açıklama arasında tutarsızlık olmayan 209 hemşirenin demografik özellikleri, bütüncül bakım kavramına ilişkin metafor algıları incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların %91.9'u kadın, %50.2'si bekar, %42.1'i 1-5 yıl arasında %26.8'i ise 16 yıldan daha uzun süredir hemşire olarak çalışmaktadır. Katılımcıların %71.8'i lisans mezunu, %44.5'i servis hemşiresi, %73.7'si hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmakta olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%48.8) hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiklerini, %51.2'sinin mesleklerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yaş ortalamaları 31.03 ± 9.12, (min-maks) 21-58'dir (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Bütüncül Bakım Kavramına İlişkin Metaforları* (n = 209)

Metafor	Sayı	%	Metafor	Sayı	%	Metafor	Sayı	%
Ağaç	4	3.8	Eşek	1	0.9	Orman	1	0.9
Aile	5	4.7	Ev	2	1.9	Oyun Kurucu	1	0.9
Ahtapot	1	0.9	Evren	3	2.8	Örgü Battaniye	1	0.9
Akciğer	1	0.9	Fabrika	1	0.9	Papatya	1	0.9
Alfabe	1	0.9	Fermuar	1	0.9	Pembe Renk	1	0.9
Anahtar	1	0.9	Futbol	2	1.9	Plasenta	1	0.9
Analitik	1	0.9	Galaksi	1	0.9	Puzzle/Yapboz	15	14.2
Anne	22	20.8	Gemi	1	0.9	Robot	3	2.8
Araba	4	3.8	Google	1	0.9	Saat	4	3.8
Araç	1	0.9	Gökkuşağı	6	5.7	Sağlıklı Olmak	1	0.9
Ay	2	1.9	Gökyüzü	1	0.9	Sandalye	1	0.9
Ayna	3	2.8	Güneş	5	4.7	Sargı	1	0.9
Baba	1	0.9	Hizmetçilik	1	0.9	Satranç	3	2.8
Bal Yapmaya	1	0.9	Işık	2	1.9	Sebze Tohumu Ekmek	1	0.9
Baykuş	2	1.9	Kadın	1	0.9	Su	2	2.8
Bel Kemiği	1	0.9	Kahvaltı	1	0.9	Şiir	1	0.9
Beyaz Renk	1	0.9	Kaktüs	2	1.9	Tarla	1	0.9
Beyin	2	1.9	Kalp	2	1.9	Tespah	1	0.9
Biblo	1	0.9	Kan Dolaşımı	1	0.9	Trafo	1	0.9
Bilgisayar	4	3.8	Kardeş	2	1.9	Tren Vagonları	1	0.9
Binanın Temeli	1	0.9	Karpuz	2	1.9	Uçak Kullanmak	1	0.9
Beş Parmak	1	0.9	Kirpi	1	0.9	Vicdan	1	0.9
Bisiklet Zinciri	1	0.9	Kitap	3	2.8	Yapıştırıcı	1	0.9
Bitki	1	0.9	Koltuk Düğmesi	1	0.9	Yel değirmeni	1	0.9
Bukalemun	1	0.9	Komite ile Ortak Karar	1	0.9	Yelpaze	1	0.9
Bulaşık Makinesi	1	0.9	Kütüphane	1	0.9	Yemek Yapmak	1	0.9
Can Suyu	2	1.9	Madalyon	1	0.9	Yemek Yemek	2	1.8
Coğrafya	1	0.9	Makine	4	3.8	Yeniden Doğmak	1	0.9
Çekmece düzenleme	1	0.9	Masa	2	1.9	Yeni doğan	1	0.9
Çiçek	4	3.8	Mavi Renk	1	0.9	Yıldız	2	1.8
Çiçek Yetiştirmek	1	0.9	Merdiven	1	0.9	Yonca	2	1.8
Çocuk	2	1.9	Mevsim	1	0.9	Zincir Halkaları	4	3.8
Deney	1	0.9	Motor	4	3.8			
Dışlı Çark	2	1.9	Mum	3	2.8			
Domino Taşları	1	0.9	Müzik Aleti Çalmak	1	0.9			
Dönme Dolap	1	0.9	Oksijen	1	0.9			
Dünya	2	1.9	Okyanus	1	0.9			

*Toplam metafor sayısı: 106

Bütüncül bakım kavramına ilişkin 209 hemşirenin toplam 106 adet metafor ürettiği görülmektedir. Hemşirelerin en çok ürettikleri metaforlar; anne (n = 22, %20.8), puzzle/yapboz (n = 15, %14.2), gökkuşağı (n = 6, %5.7), güneş (n = 5, %4.7), aile (n = 5, %4.7)' dir (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Bütüncül Bakım Kavramına İlişkin Metaforları ve Kategorileri (n = 209)

Kategori	Metafor ve kodları	Metafor üreten hemşire sayısı	Metafor sayısı*
Güven verici	aile (MC4,5), baba (MC43), kardeş (MC128,129),mavi renk (MC152)	6	4
Kapsayıcı	ağaç (MC1, 55), ahtapot (MC3), aile (MC7, 8), alfabe (MC10), analitik düşünce (MC11), anne ilgisi (MC16), anne (MC14, 26, 28,29,30,31), araba (MC34), baykuş (MC45,46), beyaz renk (MC47), beyin (MC48, 49),bilgisayar (MC53),bir elin beş parmağı (MC57), saat (MC60), bukalamun(MC64), domino taşları (MC78),yonca (MC80),dünya(MC81,82), ev (MC84),evin odaları (MC85), evren (MC87,88,89), fermuar(MC92), futbol oynamak (MC93), galaksi (MC95), coğrafya (MC96), google(MC97), gökkuşağı (MC98,99,100,101,102,182), gökyüzü (MC104), halkalar (MC111), kadın (MC119), koltuk düğmesi(MC138), kütüphane (MC142), makine(MC144,145), bilgisayar(MC149), masa(MC150,151), orman(MC166), oyun kurucu(MC167), örgü battaniye(MC168), plasenta (MC174), puzzle/yapboz (MC177,178,179,180,181,206,207,208,209,210,211,212,213,214,215), robot (MC183,184,185), sandalye (MC191), tesbih (MC201),tren vagonları(MC202),yapıştırıcı (MC216),yemek yapmak(MC219)	81	46
Yardım	aile (MC6), anne (MC12,13,15,19), yonca (MC58), bir müzik aleti çalmak (MC59), bitki(MC63), bulaşık makinesi (MC65), çiçek (MC72), Çiçek yetiştirmek(MC73), yelpaze (MC140), makine(MC147), papatya(MC171)	14	11
Gereksinim/ Gereklilik	akciğerler (MC9), araba (MC35,36), araç (MC37), ay(MC38), bilgisayar (MC51), bilgisayar oyunu(MC52), binanın temeli (MC54), can suyu (MC66, 67), çiçek (MC69), dişli çark (MC76,77), fabrika (MC90),futbol(MC94), trafo (MC115),kahvaltı(MC120), kalp(MC124,125), kan dolaşımı (MC126), mevsim (MC155), motor (MC156,157,159),oksijen(MC163), sağlıklı olmak(MC190), satranç taşının veziri(MC194), su (MC197,198),bel kemiği (MC205), yemek yemek (MC220,221), bisiklet zinciri (MC62), zincir halkaları(MC225,226,227), yenidoğan (MC223)	37	27
Zorunlu görev	anne (MC32), eşek (MC 83), makine (MC146), motor(MC158), gemi(MC164), saat (MC186,187,188), uçak kullanmak(MC203)	9	7
Profesyonellik	ağaç (MC2,56),kitap(MC110), merdiven (MC154),okyanus (MC165), satranç (MC193,195), tarla(MC200), yeniden doğmak (MC222)	9	7
Ahlaki sorumluluk	anne (MC17,18, 20, 21,22, 23, 24, 25,27,172),çocuk (MC74), evlat (MC86), madalyon (MC143), pembe renk (MC173), sargı(MC192), şiiir(MC199),vicdan (MC204)	17	8
Önemsiz/ Değersizlik	biblio (MC50), çekmece düzenlemek (MC68), dönme dolap (MC79), hizmetçilik(MC116), Kaktüs(MC122,123), mum(MC160),bal yapmak(MC44), karpuz(MC132,133), Kirpi(MC134)	11	9
Yol gösterici/ Yansımacı	ay ışığı(MC39), ayna(MC40, 41, 42), Çiçek (MC70,71), deney (MC75), güneş(MC105,106,107,108,109), ışık (MC117,118),karanlıkta araba kullanmak(MC127),kitap (MC136,137), komite ile ortak karar (MC139), mum (MC161,162),anahtar (MC189),sebze tohumu ekmek (MC196), yel değirmeni (MC218), yıldız (MC103,224)	25	14

*Bir metafor açıklamalarına göre farklı kodlarla farklı kategorilerde birden fazla kullanılmıştır.

Hemşirelerin bütüncül bakım kavramına ilişkin oluşturdukları metaforlar 9 kategoride incelenmiştir (Tablo 3).

Güven verici, kategorisinde 6 hemşire 4 adet metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım aileye benzer çünkü en kötü zamanında yanındadır (MC 4)."

"Bütüncül bakım mavi renge benzer çünkü güven verir (MC 152)."

Kapsayıcı, kategorisinde 81 hemşire 47 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım beyaz renge benzer çünkü beyazın doğadaki bütün renkleri içinde barındırdığı gibi, holistik hemşirelik bakımı da bireyi bütün yönleriyle ele alınmasını kısa bir cümlenin içinde barındırır (MC 47)."

"Bütüncül bakım gökkuşağına benzer çünkü hastaya çok yönlü bakım verir, birçok ihtiyacını fark eder (MC 182)."

"Bütüncül bakım fermuara benzer çünkü dişleri birleştikçe bütün oluşur (MC 92)."

"Bütüncül bakım yapboza benzer çünkü parçalar tamamlandıkça mükemmel bir bütünlük ortaya çıkar/büyük resmi birleştiren görürüz (MC 210, 207)."

Yardım kategorisinde 14 hemşire 11 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım yelpazeye benzer çünkü hepsi bir arada amacını gerçekleştirir/serinletir (MC 140)."

"Bütüncül bakım makineye benzer çünkü düğmesine basınca harekete geçer ve temizlik işi için yardımcıdır (MC 147)."

Gereksinim/Gereklilik kategorisinde 37 hemşire 27 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım bisiklet zincirine benzer çünkü yol almak ona bağlıdır (MC 62)."

"Bütüncül bakım akciğerlere benzer çünkü kalp, beyin gibi organlarla birlikte çalışır, birbirlerine hayati derecede bağlıdır (MC 9)."

"Bütüncül bakım suya benzer çünkü yaşamın devamı için gereklidir/olmazsa olmaz (MC197, 198)."

Zorunlu Görev kategorisinde 9 hemşire 7 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım anneye benzer çünkü ne yaparsanız yapın ne değerlisiniz ne karşılığımı alırsınız, yapmakla yükümlü olduğunuzdur göze görünen (MC 32)."

"Bütüncül bakım saate benzer çünkü her saniyenin bir değeri vardır ve bir bütündür, dişlilerden herhangi birinin kırılması tüm saati bozar. Bütüncül hemşirelik kesintiye uğrar (MC 186)."

Profesyonellik kategorisinde 9 hemşire 7 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım tarlaya benzer çünkü her bir karışında farklı bir kazanç vardır (MC 200)."

"Bütüncül bakım ağaca benzer çünkü kökü salındıkça kalite, bilgi, beceri artar (MC 56)."

Ahlaki Sorumluluk kategorisinde 17 hemşire 10 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım anne şefkatine benzer çünkü her ne olursa olsun evladını korur kollar seversin, özveri gösterirsin (MC 172)."

"Bütüncül bakım çocuğa benzer çünkü sahiplenilmek ister (MC 74)."

Önemsizlik/Değersizlik kategorisinde 11 hemşire 9 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir. "Bütüncül bakım bibloya benzer çünkü olmasa da olur (MC 50)."

"Bütüncül bakım kaktüse benzer çünkü neresinden tutsan canın yanar, çok yönlü bakmaya gerek yoktur sadece su versen de büyür (MC 122)."

Yol Gösterici/Yansımacı kategorisinde 25 hemşire 14 metafor üretmişlerdir. Örnek metaforlar şu şekildedir.

"Bütüncül bakım güneşe benzer çünkü birbirinden farklı sayısız canlıya hayat verir. İhtiyaçları bambaşka olsa da güneş genel olarak canlılığının devamını sağlamada bir şekilde etkindir (MC 109)."

"Bütüncül bakım yıldız benzer çünkü yıldızlar gecenin karanlığına yön verir (MC 103)."

Tartışma

Hemşirelerin bütüncül bakım kavramına ilişkin algılarının metaforlarını kavramsal kategoriler altında toplamak amacıyla yaptığımız çalışmada 209 hemşirenin 106 metafor ürettiği görülmüştür (Tablo 2). Hemşirelerin bütüncül bakıma ilişkin 106 farklı metafor üretmeleri algı ve bakış açılarının farklı olduğunu göstermektedir. Üretilen metaforlar incelendiğinde 106 metafordan sadece 12 olumsuz metaforla karşılaşıldığından çalışmamıza katılan hemşirelerin %89'unun bütüncül bakım kavramına ilişkin olumlu algılara sahip olduğu anlaşılmaktadır. Analiz edilen 106 metafor, 9 kavramsal kategori altında toplanmıştır.

Güven verici kategorisinde hemşireler; bütüncül hemşirelik bakımının temelinde yatan hemşire-hasta arasındaki güven ilişkisinin önemini mavi renk ve baba gibi kelimelerle zihinlerinde somutlaştırmış olarak yorumlanmıştır. Hastaların yatış süresince onlarla en fazla etkileşim içinde olan hemşirelerin hastasıyla olan ilişkisini olumlu şekilde sağlayabilmesi için güven temelini oluşturabilmelidirler (26,28). Jones (2015) tarafından hastanede yatan hastalar ve onlara bakım veren hemşirelerin kişiler arası güven geliştirme sürecini kavramsallaştırma amacıyla yapılan bir çalışmada etkili hemşirelik bakımı için hemşireye güvenin ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (27). Güven duygusunun bütüncül bakım kategorisi olarak tarif edilmesi hemşirelerin hasta ile olan ilişkilerinde güvenin öneminin farkında olduğunu söyleyebiliriz.

Kapsayıcı kategorisinde hemşireler yapboz/puzzle, domino taşları, anne, fermuar, gökkuşağı gibi metaforlar ile bütüncül bakımın birbiriyle bağıntılı parçaların birleşmesinden oluştuğunu anlamlandırmışlardır. Bakım hizmetinin sunumunda geleneksel ve bütüncül hemşirelik bakımının karşılaştırılmasının yapıldığı bir derlemede (15) hasta ile ilişkileri geliştirmek, sağlıklı, psikolojik, duygusal, ruhsal, güvenli bir ortamın oluşturulması ve bireyde en optimal iyilik/sağlık halini oluşturabilmek için geniş kapsamlı bütüncül hemşirelik bakımının önemi vurgulanmıştır. Son yıllarda yaşanan küresel salgınlar, savaşlar ve ekonomik güçlükler nedeniyle artan göçlere bağlı küresel alanda etnik köken, din, dil, ekonomik statü gibi çeşitlilik de artmıştır. Sağlık bakım profesyoneli olan hemşireler ise bu çeşitliliğe karşı kapsayıcı davranışlar sergileyerek hastalarına eşitlik ilkesiyle en istedik bütüncül bakımı verebilmelidir (29). Hemşireler bu kategoriyle bütüncül bakım yaklaşımının evrenselliği ve adil yaklaşımın farkında olduklarını göstermişlerdir diyebiliriz.

Yardım kategorisinde hemşireler makine, yelpaze ve bulaşık makinesi gibi objelerle bütüncül hemşirelik bakımını tariflerken aslında hemşirelik mesleğinin tarihsel sürecindeki mesleğin ilk ortaya çıkış nedenlerinden olan insanlığa yardımcı olma duygusunu ortaya çıkarmışlardır. Öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenleri ile bakım davranışları algısı arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin en çok insanlara yardım etme isteğiyle hemşirelik mesleğini tercih ettikleri belirlenmiştir (30). Hemşirelik mesleğinin en temel duygusu olan başkalarına yardım etmenin bütüncül bakım metaforu olarak anlamlandırılıyor olması araştırmanın beklendiği bir sonucudur.

Gereksinim/gereklilik kategorisinde hemşireler; bütüncül bakımı akciğerler, kalp, zincir halkaları ve oksijen gibi metaforlar ile tanımlayarak bütüncül bakımın sağlığın veya iyilik halinin sürekliliği, insan yaşamı için temel gereklilik olduğuna dikkat çekmişlerdir. Hemşirenin en temel rolü bakım verici rolüdür, hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenip bütüncül bakış açısıyla değerlendirilip, ihtiyacı olan bakım hizmetinin sunulması gerekmektedir. Hastaların bireyselliği göz önünde bulundurularak bütüncül bakım planlaması hastaya özgü yapılmalıdır (31). Hemşireler bakım gereksinimlerini belirlerken çeşitli kavram ve kuramlar doğrultusunda hareket ederek kanıt dayalı bir bakım vermiş olur. Bu anlamda bireyselleştirilmiş bütüncül bakımı planlarken ve uygularken Virginia Henderson Hemşirelik Modeli, Roy Adaptasyon Modeli, Neuman Sistemler Modeli gibi teorilerden faydalanılmaktadır (3). Hemşireler tarafından bütüncül hemşirelik bakımın hayati önem taşıyan en önemli gereksinim/gereklilik olarak metaforlarla açığa çıkarılmış olması sevindiricidir.

Zorunlu Görev kategorisinin metaforları eşek ve saat gibi objelerdir. Hemşireler bütüncül bakımı yük olarak algıladıkları için bu metaforları üretmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte kronik hastalıklarda artış, yoğun bakım ünitelerinde çalışma, uzun mesai saatleri, olması gerekenden daha fazla hastaya bakım verme, hizmet içi eğitim, personel toplantısı, çalışma çizelgelerinin hazırlanması gibi nedenlerle hemşirelerin iş yükünün artmasının nedenleri arasındadır

(32). Hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelendiği bir çalışmada hemşirelerin bakımı olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında iş yükünün fazla olmasını belirtmişlerdir (17). Bakım odaklı bir mesleğin mensuplarının yaşadıkları zorluklara bağlı olarak bütüncül bakımı kendilerine yük olarak görmeleri meslek geleceği açısından üzücüdür, yaşanan olumsuzluklardan kazanılan deneyimler sonrası büyümenin mesleki gelişime olumlu katkılar sağlaması umut edilmektedir.

Profesyonellik kategorisinde; bütüncül bakım algısını kitap, okyanus ve yeniden doğmak gibi metaforlarla ifade eden hemşireler kendi mesleki deneyimleriyle profesyonelleşme adımlarının atılacağını ima etmişlerdir. Nitekim Ertürk ve Özmen'in 2018 yılında hemşirelerin profesyonel tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda hemşirelerin profesyonel tutumlarını anlamlı şekilde yordayan değişkenlerin mesleki deneyim ve meslekte profesyonel olduğunu düşünme olarak bulunmuşlardır (33). Bütünsel hemşirelerin bir başkasını iyileştirme hikayeleriyle ilgili bir çalışmada da iyileşmenin karşılıklı doğasında hem hemşirenin hem de hastanın olumlu değişiklikler yaşadıklarını anlatan ifadelere yer vermişlerdir (34). Bütüncül bakımı farklı deneyim sonuçlarının çıktısı şeklinde profesyonellik olarak değerlendiren hemşirelerin, sosyal ve mesleki yaşantılarının geliştiğini ifade etmeleri hemşirelik mesleği ve toplumsal açıdan umut vericidir.

Ahlaki sorumluluk kategorisinde hemşireler bütüncül bakım kavramını anne, pembe renk ve vicdan gibi metaforlarla tanımlamışlardır. Hemşirelerin verdikleri metaforlar; ahlaki açıdan etkili bakım sağlamak ve yaşanan etik ikilemlerde uygun kararlar alabilmek için ahlaki duyarlılığı içeren sorumluluk bilincine sahip olmanın gerekliliğini anlatmak için kullanılmış olarak yorumlanmıştır. Ahlaki duyarlılık, bireyin etik konuların ve etik açıdan hassas durumlarda kendi rol ve sorumluluklarının farkında olma yeteneği olarak ifade edilmektedir (35). Hemşirelerin ahlaki sorumlulukların artması; kendilerini daha iyi ifade edebilmelerini, hasta savunuculuğu rollerini ve etik karar vermeyi kolaylaştırması açısından önemlidir (36). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastaların yaşadıkları zorlu deneyimler sırasında onlara destek olma, acılarını hafifletme gibi profesyonel bakım sağlarken ahlaki cesaretin önemini vurgulamışlardır (37). Hemşirelerin meslek yaşantısında yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesinde ve otonomisini sağlamasında ahlaki sorumluluk ve cesareten beslendiğini söyleyebiliriz, bu anlamda hemşirelerin bütüncül bakıma yükledikleri anlamın özü, ahlaki sorumluluğu alma gücünden beslenmektedir.

Önemsiz/Değersizlik kategorisinde hemşireler bütüncül bakım algılarına yönelik düşüncelerini biblo, hizmetçilik, kaktüs gibi metaforlar ile anlatmışlardır. Bütüncül bakım vermenin gereksiz olduğunu, verilmesi de hasta ya da hemşire için çok önemli olmadığını olumsuz düşüncelerle açıklamışlardır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin iş stresini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin %75'i yaptıkları işin önemsiz/değersiz gördüklerini belirtmişlerdir (38). Hemşireler tarafından bütüncül bakımın önemsiz/değersizlik kategorisinde değerlendirilmiş olması araştırmamızın beklenmedik bir sonucudur, bu durum dikkate alınarak yönetici, dernek, eğitim kurumları tarafından kurumsal ve ulusal çözüm yolları üretilmelidir.

Yol gösterici/Yansımacı kategorisinde hemşireler bütüncül bakımı ay ışığı, ayna, güneş gibi metaforlara benzetmişlerdir. Açıklamalarında ise bütüncül bakımın hastaların hastalığı kabullenışı, uyum sağlayışını, sağlıklı yaşam davranışlarına dahil olmalarını, sağlık sorunlarıyla baş edebilmeyi öğrenebilmeleri için rehber olunması gerektiğini vurgulamak istemişlerdir. Kronik hastalıkları olan hastaların bütüncül hemşire koçluğu ile ilgili deneyimlerinin metaforlar yoluyla analiz edilen bir çalışmada bütüncül hemşirelik koçluğu almış kronik hastalığa sahip hastaların hastalıklarını sürecine uyum, hastalıklarına bakış açısının değişmesi, öz bakım yapmaya cesaretlendirilmesi gibi konularda rehberlik sağladığını belirtmişlerdir (39). Hemşirelerin hastalara özgü oluşturdukları bakım ile onların yaşamlarına dokunması, sağlıklarının kalitesini artırması, onlara yansımacı/yol gösterici davranışlar sergilemesi tüm hemşireler için olması gereken davranışlardır.

Kısıtlılıklar

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sadece bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşireler ile çalışmanın yapılması araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşirelerin bütüncül bakım kavramına ilişkin algılarını metaforlar aracılığıyla ortaya çıkarmak amacıyla yürütülen bu çalışmada hemşireler 106 metafor üretmişlerdir. Ürettikleri metaforlar "güven verici, kapsayıcı, yardım, gereksinim/gereklilik, zorunlu görev, profesyonellik, ahlaki sorumluluk, önemsiz/değersizlik, yol gösterici/yansımacı" olmak üzere 9 kategori başlığı altında toplanmıştır. Hemşirelerin bu kadar çeşitlikte ve %89 oranında pozitif metafor üretmeleri bütüncül bakım algısıyla ilgili farklı ve olumlu görüşlere sahip olduklarının göstergesi olduğunu söyleyebiliriz.

Ayrıca hemşireler; bütüncül bakımın güven ilişkisi çerçevesinde terapötik etkileşim ile oluşturulması, farklılıklar karşısında kapsayıcı ve eşitlik ilkesiyle yaklaşılması, insanlara yardım etme, ahlaki sorumluluk bilinciyle bakımın şekillendirilmesi, gereksinim/gerekliliklerinin öznel farkındalıklarının artırılması, profesyonel davranışların özümserenek hastalara yol gösterici/yansımacı bir bütüncül bakımın sunulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra bakım sunulan alanda yaşanan sorunların zorunlu görev ya da önemsiz/değersizlik gibi olumsuz bakım davranışı algısına neden olduğunu belirtebiliriz. Bu çalışma doğrultusunda;

- Hemşirelerin mesleki ve benlik bilincinin güçlendirilmesi için kurumsal, ulusal politikalar geliştirilmesi,
- Çalışılan kurumda hemşirelerin motivasyonlarının artırılması için çalışma şartlarının iyileştirilmesi,
- Bütüncül bakım farkındalığı oluşturmak için yönetici ve akademisyen hemşireler tarafından hizmet içi eğitimlerle hemşireler desteklenmesi,
- Bütüncül bakımın olumsuz algılanmasının nedenlerinin araştırılması,
- Bu çalışma bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşireleri kapsadığından, hemşirelerin algılarını ve farkındalıklarını artırmak için gelecek çalışmalarda daha geniş popülasyonlarla çalışma yapılarak yaygınlaştırılması önerilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram NÜD, ÇK; tasarım NÜD, ÇK; denetleme ve danışmanlık NÜD; veri toplama ve işleme ÇK; analiz ve yorum NÜD, ÇK; kaynak taraması NÜD, ÇK; makalenin yazımı NÜD, ÇK; eleştirel düşünme NÜD, ÇK. Araştırmanın etik kurul izni bir eğitim araştırma hastanesinin etik kurul komisyonundan 04.02.2021 tarihinde 2020-KAEK-141/091 sayılı ve E-21/02-99 protokol numaralı karar ile alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010. 10-15.
2. Smuts J.C. Holism and Evolution. 3. Baskı. Reprinted by Kessinger Publisher. New York: The Macmillan Company;1926. 84-100.
3. McCaffrey R, Reinoso H. Transformational leadership: A model for advanced practice holistic nurses. J Holist Nurs 2017, 35(4): 397-404.
4. What is holistic nursing? [online]. 2021 <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing> Erişim Tarihi: 21 Mart 2021.
5. Frisch NC, Rabinowitsch D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. Journal of Holistic Nursing, 37(3), 260–272.
6. Vibe M D, Bell E, Merrick J, Omar H A, Ventegodt S. Ethics and holistic healthcare practice. Pediatrics Faculty Publications 2009, 25-32.
7. Mariona C. Holistic nursing: Scope and standards of practice. İçinde Dossey B, Keegan L. editors. Holistic Nursing: A Handbook For Practice. Canada: Jones and Barlett Publishers; 2016. 59-83.
8. Takase M, Teraoka S. Development of the holistic nursing competence scale. Nurs Health Sci 2011, 13: 396-403
9. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice – A concept analysis. Nurse Educ Pract 2008, 8 (6): 412-419.
10. Aydın A, Hiçdurmaz D. Holistic nursing competence scale: Turkish translation and psychometric testing. Int Nurs Rev 2019; 66: 425– 433
11. Thompson E A, Quinn T, Paterson C, Cooke H, McQuigan D, Butters G. Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. Complement Ther Clin Pract 2008, 14(1): 25-32
12. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. Indian J Palliat Care 2015, 21(2): 214
13. Rajabpour S, Rayyani M, Mangolian shahrbabaki P. The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. BMC Nurs 18, 48 (2019).
14. Albaqawi HM, Butcon VE, Albagawi BS, Dayrit RD, Pangket P. (2021). Holistic nursing care among operating room nurses: Strengthening the standard of practice in Saudi Arabia. Belitung Nursing Journal, 7(1), 8–14.
15. Korkut B. S, Biçer S. Holistik hemşirelik bakımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019, 4 (1), 25-29
16. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A concept analysis of holistic care by hybrid model. Indian J Palliat Care 2017, 23(1), 71.
17. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018, 5(3), 192-208.
18. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. [online]. 2021. <https://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Mart 2021
19. Lakoff G, Johnson M. Metaforlar (Hayat, Anlam ve Dil). 2. Baskı. Ertuğrul Uzun. İstanbul: İthaki Yayınları; 2015. 158-186.
20. Özveren H, Özden D, Gülnar E. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik algısı: bir metafor analizi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, 27 (2), 162-169.
21. Güneş C, Tezcan R. Metafor nedir, ne değildir? metafor ve eğitimde metaforik çalışmalar için bir uygulama rehberi. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2021. 1-14.
22. Karadağ I Ş, Kaya Ş D. Hekim ve hemşirelerin mesleki algılarının metafor analizi yöntemi ile karşılaştırmalı değerlendirmesi. Nobel Medicus 2020, 16(3):35-49.
23. Sharoff L. The power of metaphors: Images of holistic nurses. Holist Nurs Pract 2009, 23(5): 267-275.
24. Kale E, Çiçek Ü. Hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin metafor algıları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2015, 3(2): 142-151.
25. Kocabıyık OO. Olgubilim ve gömülü kuram: Bazı özellikler açısından karşılaştırma. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016;6(1):55-66
26. Ozaras G, Abaan S. Investigation of the trust status of the nurse–patient relationship. Nurs Ethics 2018, 25(5): 628-639.
27. Jones SM. Making me feel comfortable: developing trust in the nurse for mexican americans. West J Nurs Res 2015, 37(11): 1423–1440.
28. . Wassenaar A, Boogaard Mvd, Hooft Tvd, Pickkers P, Schoonhoven L. Providing good and comfortable care by building nurses views regarding their role in patients perception of safety in the intensive care unit. J Clin Nurs 2015,(24): 3233-3244
29. Bonnie JS, Brent R. MacWilliams, Leslie Neal-Boylan. Becoming inclusive: a code of conduct for inclusion and diversity. J Prof Nurs 2017, 33 (2): 102-107.
30. Türk G, Adana F, Erol F, Çevik Akyıl R, Taşkıran N. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme nedenleri ile bakım davranışları algısı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, 7(3): 1-10.
31. Holistic Nursing Research. [online]. 2021. <http://www.ahna.org/Research>. 03 Nisan 2021
32. Özsayın F S, Van Giersbergen M Y. Hemşireler için güvenli-etkin istihdamın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iş yükü planlamalarında kanıt temelli uygulamalar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018, 34(1): 118-132.
33. Ertürk C, Özmen D. Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi [online]. 2018, 11 (3): 191-199. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752761>. Erişim Tarihi: 12 Nisan 2021
34. Enzman H. M, Wardell DW, Engebretson J, Zahourek R, Smith MC. Holistic nurses stories of healing of another. J Holist Nurs 2015, 33(1):27-45.
35. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among

- psychiatric nurses. *Nurs Ethics* 2018, 26(5): 1473-83.
36. Kovancı M, Hiçdurmaz D. Ahlaki cesaret: tanımı, ahlaki sıkıntı ve ahlaki duyarlılık ile ilişkisi ve geliştirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2021, 11 (1): 96-102.
37. Sadooghiasl A, Parvizy S, Ebadi A. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. *Nurs Ethics* 2018, 25(1): 6-19.
38. Küçük S, Yağmur, B. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin iş stresini etkileyen faktörler ve algılanan iş stresi düzeyleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2018, 6(72):142-152.
39. Delaney C, Barrere C, Bark L. A metaphor analysis of holistic nurse coaching experiences of chronically disordered patients. *Holist Nurs Pract* 2020, 34 (1): 24-34.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

 Sevecen ÇELİK İNCE¹,  Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN²

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 67600 Zonguldak/Türkiye.

² Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 35340 İzmir/ Türkiye.

Öz

Giriş: Ağız ve diş sağlığı, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Çünkü bireyin yemesi, konuşması, bedensel hastalığı yanında yaşamın birçok kişisel, sosyal ve psikolojik yönü ile bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı sorunlarının sağlıklı popülasyona göre daha fazla olduğu bilinmektedir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin ve alışkanlıklarının değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilen 67 kronik ruhsal hastalığı olan birey oluşturmuştur. Veriler Kişisel bilgi formu ve Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği (OHIP-14-TR) ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Araştırmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik alışkanlıklarının yetersiz olduğu, ağız sağlığı yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının 22.34 ± 8.81 , DMFT indeksinin 5.13 ± 4.19 olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Sonuç olarak bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesinin ve alışkanlıklarının yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Kronik Ruhsal Hastalık, Ağız Sağlığı, Psikiyatri Hemşiresi, Yaşam Kalitesi.

Abstract

Assessment of Oral and Dental Health Habits and Quality of Life of Individuals with Severe Mental Illnesses

Background: Oral and dental health is an important part of health care. Because, besides the individual's eating, speaking, physical illness, many personal, social and psychological aspects of life affect the quality of life of individuals. It is known that individuals with chronic mental illness have more oral and dental health problems than the normal population. **Objectives:** The aim of this study is to evaluate the oral and dental health habits and oral health quality of life of individuals with severe mental illness. **Methods:** This research is of descriptive type. The sample of the study consisted of 67 individuals with severe mental illnesses selected by purposeful sampling method. "Personal Information Form" and "Oral Health Impact Profile Scale (OHIP-14-TR)" were used to collect the data of the study. **Results:** As a result of the study, it was found that patients have insufficient habits towards oral and dental health, the total average score of oral health quality of life was 22.34 ± 8.81 , and the DMFT index was 5.13 ± 4.19 . **Conclusion:** As a result, it can be said that the oral health quality of life and habits of individuals with severe mental diseases are not at a sufficient level.

Key Words: Severe Mental Illnesses, Oral Health, Psychiatric Nursing, Quality of Life.

Geliş Tarihi / Received: 17.01.2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 02.06.2022

Correspondence Author: PhD, Dr.Öğr.Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalı, 67600 Zonguldak/Türkiye. Telefon: +90 372 261 3365 E-posta: sevecencelik@hotmail.com, sevecencelik@beun.edu.tr

Cite This Article: Çelik İnce S, Partlak Günüşen N. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 328-339.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona oranla yüksek oranda diyabet, kalp hastalığı ve kanser gibi fiziksel sağlık problemleri yaşadıkları bilinmektedir (1). Ağız ve diş sağlığı problemleri ise koroner kalp hastalığı, inme (stroke), diyabet ve solunum sistemi hastalıkları gibi sistemik hastalıklar ile ilişkili olmasına rağmen daha az dikkat çekmektedir (2–5). Ağız sağlığı sadece sağlıklı dişlere sahip olmakla ilgili değildir, ayrıca bireyin herhangi bir hastalık, rahatsızlık ya da ruhsal bir sıkıntı duymadan yemek yemesini, konuşmasını ve sosyalleşmesini sağlayan ve genel iyilik haline katkıda bulunan ağız ve ilgili dokuların sağlıklı olma durumudur (6). Ağız ve diş sorunları tedavi edilmediğinde, beslenme ve fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra hastalarda kısmi veya tam diş kayıplarına neden olabilmektedir (3).

Son yıllarda şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk vb kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik artan bir ilgi olduğu görülmektedir (7–9). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğu ağız ve diş problemleri açısından yüksek risklidir. Bununla birlikte bu problem hem hasta hem de sağlık hizmetleri ile ilişkili değiştirilebilir faktörlerle ilişkilidir (7,10). Hasta ile ilişkili faktörler; fazla sigara tüketimi, alkol ve madde kullanma, ağız hijyenini ihmal etme, ağız ve diş sağlığına yönelik kaçınan davranışlar, karbonhidrattan zengin beslenme, diş sağlığı hizmeti veren birimlere ulaşmada finansal problemler yaşama, dişçi korkusu, dişçide beklemekten rahatsızlık duyma olarak belirtilmektedir (3,7,10). Sağlık hizmeti ile ilişkili olan faktörler ise diş kliniklerinin yetersizliği, diş sağlığı hizmetleri için belirlenmiş fonların eksikliği, diş sağlığı hizmetlerine yetersiz erişim, psikiyatristlerin bu konu ile ilgili yetersizliği (7), psikiyatri hemşirelerinin rutinde ağız sağlığının değerlendirilmesine yönelik bilgi ve zaman eksiklikleri olarak karşımıza çıkmaktadır (10). Ayrıca önemli diğer bir faktör, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kullandığı psikotrop ilaçların ağız kuruluğu (xerostomia) ve ağız sağlığı problemlerine neden olabilecek diğer yan etkilere sebep olmasıdır. Bu nedenle ağız hijyeni kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için son derece önemlidir (3,9).

Ağız ve diş sağlığı, sağlık bakımının önemli bir parçasıdır (11,12). Çünkü bireyin yeme, konuşma, fiziksel hastalık gibi sorunlarının yanı sıra yaşamın kişisel, sosyal ve psikolojik birçok yönünü, bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir (4,13,14). Ağız sağlığı kronik ruhsal hastalığı olan bireyler gibi özel sağlık bakımına ihtiyaç duyan hastalar için özellikle önemlidir (13). Ağız ve diş sağlığı sorunları yüksek olmasına rağmen, kronik ruhsal hastalığı olan bireyler genel popülasyona oranla ihmal, korku, damgalama, yanlış algılama ve sağlık personellerinin negatif tutumlarından dolayı yeterli ağız bakımı alamamaktadır (5,13). Ağız ve diş sağlığı problemleri bireylerde sosyal geri çekilme ve özgüveninin düşük olmasına katkı verebilmektedir (3,14,15). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde olumsuz yaşam tarzı veya psikotrop ilaç yan etkilerinden dolayı ağız kuruluğu, diş çürükleri ve diş kayıpları gibi sorunlar oldukça yaygın olmasına rağmen kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diş hastalıkları, özellikle diş çürümelerinin ne durumda olduğu hakkında daha az bilgi vardır (4,12,16). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde genel toplumla karşılaştırıldığında tüm dişlerini kaybetme ihtimali % 2.8 olarak bulunmuştur ve ayrıca, belirgin şekilde daha yüksek çürük, eksik ve dolgulu diş saptanmıştır (4). Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığının kötü olduğu (15), diş fırçalama alışkanlıklarının yetersiz olduğu (17), konsültasyonlarının daha az yapıldığı belirtilmektedir (5,18–20).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı sorunları, ruh sağlığı alanında hizmet sunan uzmanlar tarafından iyi tanılanamamaktadır (11,14). Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler sağlık profesyonelleri ile olumsuz deneyimler ya da damgalanma nedeniyle ağız ve diş problemleri ile ilgili kaçınan davranışlar sergileyebilmektedir. Hastalar bir diş ağrısı veya enfeksiyonunu inkâr edebilmekte veya ağız ve diş ile ilgili problemleri erteleyebilmektedir. Bu kaçınan davranışlar ağız ve diş sağlığı problemlerine neden olabilmektedir (11).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğunun ağız ve diş bakımına yönelik ihtiyaçları sağlık bakımı sunan profesyoneller tarafından ihmal edilebilmektedir (3,12). Ponizovky ve ark. (2009), 120 kronik ruhsal hastalığı olan birey ile 118 sağlıklı bireyi diş sağlığı açısından karşılaştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda ruhsal hastalığı olan bireylerin oral sağlık ihtiyaçlarının hala yeteri kadar karşılanmadığı, bu nedenle ağız ve dişle ilgili problemlerin önlenmesi ve tedavisinde ek çabaların olması gerektiğini saptamışlardır (21). Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle genellikle klinikte en sık ve yoğun temas içinde olan sağlık personelidir. Bu nedenle hastaların fiziksel sağlığının bir parçası olan ağız ve diş sağlığı bakımında önemli bir rol oynayabilmektedir (22). Hemşireler hastalarla günlük olarak etkileşime girerler ve psikiyatri hemşireleri, hastaları ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirme, var olan sorunları erken dönemde saptamada psikiyatri alanında önemli bir konumdadırlar (22,23). Bununla birlikte Suudi Arabistan'da psikiyatri hemşirelerinin ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin bu boyutta bilgi, tutum ve uygulamalarında eksiklikler olduğu belirlenmiştir (23). Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada da hastaların %95'i, hemşire ve diğer klinisyenler tarafından kendilerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili hiç bir şey sorulmadığını belirtmişlerdir (12). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarına yönelik artan farkındalık ağız ve diş sağlığını da kapsamalıdır (4). Hastanede yatan hastalar için rutin ağız bakımı zorunludur ve ağız bakımı ile ilgili protokoller hakkında yeterli bilgiye sahip olmak ve uygulamak hemşirelerin sorumluluğudur (11,22,23).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesinde, var olan sorunların saptanmasında, hastaların ağız ve diş sağlığına yönelik uygulamalarının neler olduğunun tanılanmasında psikiyatri hemşirelerine önemli bir görev düşmektedir (12,22,23). Ağız ve diş sağlığı, bireylerin yaşam kalitesinin önemli bir boyutudur (24). Son yıllarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik yapılan çalışmalar bulunmakta fakat yeterli düzeyde değildir (7–9). Literatürde ağız ve diş sağlığı çalışmaları daha çok şizofreni hastaları ile yapılmış olup diğer kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalar azdır (25,26). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik problemler ele alınmış olup bu konudaki psikiyatri hemşireleri tarafından hastaların ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarının değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır. Ağız ve diş sorunları psikiyatri hemşireleri tarafından değerlendirilip gerekli bakımın sunulması oldukça önemlidir. Çünkü kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı problemleri tedavi edilmediğinde, beslenme ve fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra diş kayıplarına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir (3). Psikiyatri hemşirelerinin bütüncül bakım çerçevesinde hastaların ağız ve diş sağlığına yönelik problemlerinin farkında olması ve bunları

saptayabilmesi hastaların ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarının ve bu konudaki sorunlarının bilinmesi bu bireylere verilecek bakımın planlanmasına önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik alışkanlıklarının ve ağız sağlığı yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Araştırma sonuçlarının psikiyatri hemşirelerinin verecekleri bakımı planlaması başta olmak üzere sağlık bakımı sunan profesyonellerin girişimlerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

Araştırma soruları,

- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız sağlığına yönelik alışkanlıkları nelerdir?
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız sağlığına yönelik algılanan yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara, alkol ve madde kullanım durumu) ve psikiyatrik hastalık tanısının ağız sağlığına yönelik yaşam kalitesini etkilemekte midir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2019-Mayıs 2020 tarihlerinde, Türkiye'nin batısında yer alan bir devlet hastanesinin kapalı psikiyatri servisinde yürütülmüştür. Klinikte ağız ve diş sağlığı ile ilgili özel bir uygulama bulunmamakta olup genel hemşirelik bakımı içerisinde hastaların ağız ve diş sağlığı ve sorunları ele alınmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde kapalı psikiyatri servisinde yatmakta olan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler oluşturmuştur. Amaçlı örnekleme yöntemi ile araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan hastalar örnekleme alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; yaş aralığı 18-65 yaş olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma, taburculuğuna karar verilmiş olma, Türkçe konuşma ve anlama, okur-yazar olma, en az 1 yıldır kronik ruhsal hastalık tanısına (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk) sahip olmadır. Dışlama kriterleri ise gebe olma, yaşamı tehdit eden fiziksel bir hastalığa sahip olma, mental retardasyon olmasıdır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede Raosoft sample size programı kullanılmıştır. Yıllık yatan hastalarda tekrarlı yatışların olması, bir hastanın uzun süre klinikte yatması nedeniyle örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan bir yılda yatan hasta sayısı yaklaşık 150 olarak hesaplanmış, %95 güven düzeyi, 0,05 yanılma düzeyi ile örnekleme büyüklüğü 109 olarak hesaplanmıştır. Fakat araştırmanın verilerinin toplandığı tarihlerde örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan yatan hasta sayısının az olması ve COVID-19 pandemisi nedeniyle kliniğe yatan hastaların sınırlandırılması ve pandemiden kaynaklı veri toplamada yaşanan sorunlar nedeniyle 67 hastaya ulaşılabilmektedir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği (OHIP-14-TR)" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum, psikiyatrik hastalık tanısı, psikiyatrik ilaç kullanımı gibi özelliklerinin yanı sıra ağız ve diş sağlığı uygulamalarına ilişkin (diş fırçalama durumu, diş fırçalama zamanı gibi) sorular bulunmaktadır (27,28). Formda ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çürük, dolgulu ve çekilmiş ya da kalıcı diş sayısı gibi verilerinin değerlendirildiği soruların yanı sıra DMFT indeksi puanını değerlendirmek için sorular yer almaktadır.

DMFT (D=decay=çürük diş sayısı; M=missing=eksik diş sayısı; F=filled=dolgulu diş sayısı) indeksi: DMFT indeksi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenmiş olup, ağız ve diş sağlığının ne durumda olduğunu değerlendirmeye yarayan bir indekstir. DMFT değeri şu şekilde hesaplanmaktadır. DMFT= Çürük kalıcı diş sayısı + dolgulu kalıcı diş sayısı + çekilmiş kalıcı diş sayısı (29).

Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği (OHIP-14-TR): Bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesine yönelik algısını değerlendiren bir ölçektir. İlk Avustralya'da geliştirilen ve DSÖ tarafından kabul edilen ve kullanılan OHIP, ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesinde en kapsamlı ve öznel bir ölçüm aracıdır. Ölçek Slade ve Spencer (1994) tarafından geliştirilmiş olup orijinali 49 madde ve 7 alt boyuttan (fonksiyonel sınırlamalar, fiziksel ağrı, ruhsal sıkıntı, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik, ruhsal yetersizlik ve engel) oluşmaktadır (30). Ölçeğin içerdiği alt boyutların tanımlanmasında Locker'in (1988) ağız sağlığı modeli kullanılmıştır. Ölçek yetişkin bireylere uygulanmaktadır. 49 maddelik orijinal ölçeğin uzun olması nedeniyle ölçeğin Slade tarafından (1997) 14 maddelik kısa formu yapılmıştır. Ölçeğin 14 maddelik kısa formunun (OHIP-14) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Başol ve ark. tarafından (2014) yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert tipte olup (hiç 0; nadiren-1; bazen-2; sıklıkla-3; çok sık-4), 14 maddeden ve her biri iki maddeden oluşan fonksiyonel kısıtlılık (1-2. soru), fiziksel ağrı (3-4. soru), psikolojik rahatsızlık (5-6. soru), fiziksel yetersizlik (7-8. soru), psikolojik yetersizlik (9-10. soru), sosyal yetersizlik (11-12. soru) ve engel (13-14. soru) olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan her bir maddeye verilen puanların toplanmasıyla elde edilmekte ve toplam ölçek puan aralığı 0-56 arasında değişmektedir. Soruların tümünün olumsuz nitelikte olmasından dolayı ölçekten alınan puanın sifira yaklaşması ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterirken, 56 puana yaklaşması ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alpha) .74 olarak belirlenmiştir (30). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alpha) .92 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler ilk araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalarda belirlenmiştir. Hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanmış, onamları alındıktan sonra klinikte

sessiz, sakin bir odada veri toplama formundaki sorular yüz yüze sorularak toplanmıştır. Veri toplama her hasta için yaklaşık 15 dk sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan tanıtıcı bilgi formunda yer alan verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, standart sapma ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Araştırmada verilerin dağılımını değerlendirmek Kolmogorov Smirnov testi yapılmış ve verilerin normal dağılıma uygun olmaması nedeniyle nonparametrik testler kullanılmıştır. Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut puanları, ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Ölçek toplam puanının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, kategorik veriler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları; bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, psikiyatrik hastalık tanısı, psikiyatrik hastalık süresi, gelir durumudur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili üniversitenin insan araştırmaları etik kurulundan onay alınmıştır (onay protokol numarası: 617; tarih: 23.08.2019). Araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylere araştırmanın amacı ve verilerin nasıl kullanılacağına ilişkin açıklama yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan "Ağız sağlığı etki profili ölçeği" kullanımına ilişkin ölçek kullanım izni sorumlu yazardan alınmıştır. Araştırmada araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuş ve Helsinki bildirgesi ilkelerine göre yürütülmüştür.

Bulgular

Tablo 1. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Psikiyatrik Hastalıkla İlgili Özellikleri (n: 67)

Sosyo-demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	
Yaş	40.80 ± 11.10 (18- 65)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	29	43.3
Erkek	38	56.7
Medeni durum		
Evli	26	38.8
Bekar	41	61.2
Eğitim durumu		
İlkokul	30	44.7
Ortaokul	15	22.4
Lise	20	29.9
Lisans ve üstü	2	3.0
Gelir durumu		
Gelir giderden düşük	45	67.1
Gelir gidere eşit	19	28.4
Gelir giderden yüksek	3	4.5
Psikiyatrik hastalık tanısı		
Şizofreni	18	26.9
Bipolar bozukluk	10	14.9
Psikoz	13	19.4
Majör depresif bozukluk	26	38.8
	$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	
Psikiyatrik hastalık süresi (yıl)	7.49 ± 5.80 (1- 25)	
	n	%
Kullanılan psikiyatrik ilaç grubu*		
Antipsikotik	60	40.0
Duygudurum düzenleyici	10	6.7
Antidepresan	48	32.0
Anksiyolitik	28	18.7
Diğer yardımcı ilaçlar (akineton, dideral vb)	4	2.7
Var olan fiziksel sağlık sorunu*		
Diyabet	16	20.8
Hipertansiyon	13	16.9
Kalp damar hastalığı	5	6.5
Tiroid bozuklukları	2	2.6
Yok	41	53.2
Sigara kullanma durumu		
Evet	47	70.1
Hayır	20	29.9
Alkol kullanma durumu		
Evet	19	28.4
Hayır	48	71.6
Madde kullanma durumu		
Evet	9	13.4
Hayır	58	86.6
Toplam	67	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik verileri, psikiyatrik hastalık tanısı ve fiziksel sağlıkla ilgili verileri Tablo 1'de yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş ortalaması 40.80 ± 11.10 olup, %56.7'si erkek, %61.2'si bekar, %44.7'si ilkökul mezunu, %67.1'inin gelir durumu giderden düşüktür. Katılımcıların %38.8'i majör depresyon tanısına sahip olup, psikiyatrik hastalık süresi ortalaması 7.49 ± 5.80 yıldır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin

%40.0'ı antipsikotik grubu ilaç kullanmakta olup %53.2'nin fiziksel bir hastalığı bulunmamaktadır. Sigara kullananların oranı %70.1 olup, %71.6'sı alkol kullanmamakta, %86.6'sı madde kullanmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ağız Dış Sağlığı Özellikleri (n:67)

Ağız ve Dış Sağlığı Özellikleri	n	%
Ağız ve dış sağlığından memnun olma durumu		
Evet	28	41.8
Hayır	39	58.2
Çürük diş sayısı		
Yok	19	28.4
2'den az	21	31.3
2-4 diş	18	26.9
4 ve üzeri	9	13.4
Kayıp diş sayısı		
Yok	17	25.4
2'den az	20	29.9
2-4 diş	18	26.9
4 ve üzeri	12	17.9
Dolgulu diş sayısı		
Yok	35	52.2
2'den az	23	34.3
2-4 diş	7	10.4
4 ve üzeri	2	3.0
	$\bar{X} \pm SS$	
DMFT indeksi	5.13 \pm 4.19 (min: 0-maks: 28)	
	n	%
Dişlerini düzenli fırçalıyor mu?		
Evet, her gün mutlaka fırçalıyor	28	41.8
Hayır fırçalamıyor	13	19.4
Gerek duydukça bazen fırçalıyor	26	38.8
Dişlerini ne sıklıkla fırçalıyor?		
Günde 2 kereden az	12	17.9
Günde en az 2 kere	14	20.9
Günde 2 kereden fazla	7	10.4
Gün aşırı	8	11.9
Haftada birkaç kez	17	25.4
Çok nadir	9	13.4
Diş fırçalama şekli		
Dairesel hareketlerle dişetinden dişe doğru	12	17.9
Yukarı-aşağı	25	37.3
Sağa-sola	12	17.9
Yukarı-aşağı, sağa-sola	18	26.9
Diş temizliğinde kullanılan malzeme*		
Diş macunu ve fırçası	63	75.9
Kürdan	12	14.5
Gargara (kloroben, listeril vb)	6	7.2
Diş ipi	2	2.4
Diş fırçasını değiştirme sıklığı		
Ayda 1	11	16.4
3 ayda 1	10	14.9
6 ayda 1	17	25.4
6 aydan daha uzun süre	29	43.3
Kullanılan diş fırçası tipi		
Yumuşak kıllı fırça	11	16.4
Orta yumuşak kıllı fırça	20	29.9
Sert kıllı fırça	9	13.4
Dikkat etmiyor	27	40.3

Diş ipi kullanmayı gerekli görme durumu		
Evet	1	1.5
Hayır	62	92.5
Bazen	4	6.0
En son ne zaman diş hekimine gitti		
1 ay önce	5	7.5
3 ay önce	4	6.0
6 ay önce	10	14.9
Geçen yıl	12	17.9
Hiç gitmedi	13	19.4
2 yıldan daha uzun süre önce	23	34.3
En son diş hekime gitme nedeni		
Rutin kontrol için	1	1.5
Protez, takma diş veya impant tedavisi için	14	20.9
Diş ve diş eti sorunları için	37	55.2
Diğer (Gitmedim, hatırlamıyorum)	15	22.4
Diş etleri kanıyor mu?		
Evet	19	28.4
Hayır	22	32.8
Bazen	26	38.8
Dişleri sallanıyor mu?		
Evet	14	20.9
Hayır	53	79.1
Diş protezi/takma diş var mı?		
Evet	17	25.4
Hayır	50	74.6
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim aldı mı?		
Evet	13	19.4
Hayır	54	80.6
Şu anda ağız ve diş sağlığına ilişkin şikayetleri var mı?		
Evet	48	71.6
Hayır	19	28.4
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hangi şikayetleri var? *		
Diş ağrısı ve çürük	29	33.0
Diş eti ağrısı ve kanaması	22	25.0
Dişlerde hassasiyet	17	19.3
Yemek yemede zorlanma	10	11.4
Ağızda yara	2	2.3
Estetik problemler	8	9.1
Diş fırçalama alışkanlığını nasıl değerlendiriyor?		
Diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli fırçalıyor	29	43.3
Diş fırçalamayı gün içinde unutuyor	22	32.8
Diş fırçalamaktan hoşlanmıyor	16	23.9
Toplam	67	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız diş sağlığına ilişkin verileri Tablo 2’de yer almaktadır. Katılımcıların %58.2’si ağız ve diş sağlığından memnun olmadığını belirtmiştir. %31.3’ünün çürük diş sayısı 2’den az, %29.9’unun kayıp diş sayısı 2’den az olup %52.2’sinin dolgulu dişi bulunmamaktadır. Katılımcıların DMFT indeksi ortalaması 5.13 ± 4.19 ’dur. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin %41.8’i dişlerini her gün düzenli fırçaladıklarını, %25.4’ü dişlerini haftada birkaç kez fırçaladıklarını, %37.3’ü dişlerini aşağı-yukarı olarak fırçaladıklarını, %75.9’u diş temizliğinde diş fırçası ve macun kullandıklarını, %43.3’ü diş fırçasını 6 aydan daha uzun sürelerde değiştirdiklerini, %40.3’ü diş fırçasının tipine dikkat etmediğini, %92.5’i ise diş ipi kullanmayı gerekli görmediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %34.3’ünün en son diş hekimine iki yıldan daha uzun bir süre önce gittiği ve %55.2’sinin diş hekimine en son gitme nedeninin diş ve diş eti sorunları için olduğu bulunmuştur. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin %38.8’nin diş etlerinde bazen kanama olduğu, %79.1’inin dişlerinde sallanma olmadığı, %74.6’nın protez/takma dişi olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %80.6’sının ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim almadıkları, %71.6’sının şu anda ağız ve diş sağlığı ile ilgili şikayet yaşadıkları, bu şikayetin en çok %33.0’nın diş ağrısı ve çürük şikayeti olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %43.3’ünün diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli fırçaladıkları bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin OHİP-14-TR Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

OHİP-14-TR	$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)
Ölçek toplam puan	22.34 \pm 8.81 (14-50)
Ölçek alt boyut puanları	
Fonksiyonel kısıtlılık	2.89 \pm 1.29 (2-7)
Fiziksel ağrı	3.60 \pm 1.64 (2-8)
Psikolojik rahatsızlık	3.64 \pm 1.47 (2-8)
Fiziksel yetersizlik	3.25 \pm 1.79 (2-8)
Psikolojik yetersizlik	3.04 \pm 1.58 (2-8)
Sosyal yetersizlik	3.00 \pm 1.72 (2-8)
Engel handikapı	2.89 \pm 1.68 (2-10)

Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız sağlığı etki profili ölçeği (OHİP-14-TR) verileri Tablo 3'de yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin OHİP-14-TR toplam puan ortalaması 22.34 \pm 8.81 olup, alt boyutlardan en yüksek puanları sırasıyla psikolojik rahatsızlık ve fiziksel ağrı alt boyutlarından aldıkları bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ağız Sağlığı Etki Profili Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n: 67)

Sosyo-demografik Özellikler	OHİP-14-TR Toplam Puan			Test
	N	%	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet				
Kadın	29	43.3	21.96 \pm 5.98	U* = 476.500 p = .344
Erkek	38	56.7	22.63 \pm 10.54	
Medeni durum				
Evli	26	38.8	23.00 \pm 8.07	U = 462.000 p = .359
Bekar	41	61.2	21.92 \pm 9.32	
Eğitim durumu				
İlkokul	30	44.8	22.30 \pm 7.40	X ² ** = 9.102 p = .028
Ortaokul	15	22.4	27.60 \pm 12.68	
Lise	20	29.9	19.15 \pm 5.45	
Lisans ve üstü	2	1.5	15.00 \pm 2.12	
Gelir durumu				
Gelir giderden düşük	45	67.2	23.51 \pm 9.68	X ² = 2.370 p = .306
Gelir gidere eşit	19	28.4	20.05 \pm 6.55	
Gelir giderden yüksek	3	4.5	19.33 \pm 4.04	
Psikiyatrik hastalık tanısı				
Şizofreni	18	26.9	24.16 \pm 12.15	X ² =12.436 p = .006
Bipolar bozukluk	10	14.9	20.40 \pm 4.76	
Organik olmayan psikoz	13	19.4	16.69 \pm 2.56	
Majör depresif bozukluk	26	38.8	24.65 \pm 8.19	
Sigara kullanma durumu				
Evet	47	70.1	23.08 \pm 10.14	U = 466.500 p = .962
Hayır	20	29.9	20.60 \pm 4.01	
Alkol kullanma durumu				
Evet	19	28.4	24.68 \pm 12.24	U = 413.000 p = .548
Hayır	48	71.6	21.41 \pm 6.96	
Madde kullanma durumu				
Evet	9	13.4	32.00 \pm 16.46	U = 173.000 p = .104
Hayır	58	86.6	20.84 \pm 5.90	
Toplam	67	100.0		

*U = Mann-Whitney U test; **X² = Kruskal-Wallis test, p < .050

Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik değişkenlerine göre ağız sağlığı etki profili ölçeği (OHİP-14-TR) toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 4'de yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin eğitim durumuna ve psikiyatrik hastalık tanısına göre OHİP-14-TR toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p < .050). İlkokul ve ortaokul mezunu olan bireylerin diğerlerine göre (X² = 9.102; p = 0.028) OHİP-14-TR toplam puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Şizofreni ve majör depresif bozukluk tanısı olan bireylerin diğer tanıları olan bireylere göre (X² = 12.436; p = .006) OHİP-14-TR toplam puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p < .050) (Tablo 4).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin cinsiyete, medeni duruma, gelir durumuna, sigara, alkol ve madde kullanım durumuna göre OHİP-14-TR toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .050$) (Tablo 4).

Tartışma

Psikiyatri kliniklerinde hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetleri kullanımına öncelik verilme durumu Türkiye’de dahil olmak üzere birçok ülkede oldukça düşüktür (12,14,15,25). Ağız ve diş sağlığı hastalıkları yaşamı tehdit etmemesine rağmen, bu sorunlar hastaların özsaygısını, beden algısını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmekte ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını bozabilmektedir (14,15,31). Bu nedenle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonucunda; bu bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik rahatsızlık ve fiziksel ağrı alt boyutlarından yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Tang ve arkadaşlarının (2016) yaptığı benzer çalışmanın sonucunda bipolar, şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan bireylerde ağız sağlığının kötü olduğu saptanmıştır (15). Patel ve Gamboa (2012)’nin İngiltere’de yaptıkları benzer çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel nüfusa oranla ağız ve diş sağlığının daha kötü olduğu belirlenmiştir (24).

Çalışmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısının ağız ve diş sağlığından memnun olmadığı, birçoğunun çürük, kayıp ya da dolgulu dişe sahip olduğu ve DMFT indeksi ortalamasının 5.13 ± 4.19 olduğu belirlenmiştir. Singapur, Japonya, Suriye, Hindistan, Fransa ve Çin’de yapılan farklı çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diş çürüğü prevalansının ve DMFT indeksinin yüksek olduğu ve diş hekimliği konsültasyonlarının daha az yapıldığı belirtilmektedir (5,9,18–20,32–34). Wey ve arkadaşlarının (2016) Malezya’daki şizofrenili bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucunda DMFT indeksi yüksek bulunmuştur (3). Chu ve arkadaşlarının (2012) Tayvan’da yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının genel nüfusa oranla DMFT indeksi daha yüksek bulunmuştur (35). Şizofreni gibi psikotik semptomları olan hastalarda negatif semptomların varlığı klinikte yatan hastalarda toplumda yaşayan hastalara göre daha şiddetlidir ve bu durum özellikle uzun dönem hastanede yatan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı bakımlarını azaltmakta ve DMFT indeksinde artışa neden olabilmektedir (8,9). Velasco ve ark. (2017) İspanya’daki yaptıkları çalışmalarının sonucunda yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının çürük, kayıp diş sayısının ve DMFT indekslerinin özellikle toplumda yaşayan şizofreni hastalarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır (8). Bir metaanaliz çalışmasında, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin DMFT indeksi yüksek olduğu belirlenmiştir (36). Türkiye’de şizofreni, atipik psikoz ve mental retardasyon hastaları ile yapılan benzer bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunda diş kaybı ve çürük diş prevalansının yüksek olduğu, DMFT indeksinin yüksek olduğu belirlenmiştir (25). Bu bağlamda hem toplumda yaşayan hem de özellikle yatarak tedavi gören kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı bakımına daha fazla odaklanılması ve kayıp, çürük dişlerin saptanması ve buna yönelik bakım planlanması önemlidir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaklaşık yarısının dişlerini her gün düzenli fırçaladığı, birçoğunun ağız ve diş temizliği alışkanlıklarının (diş fırçası değiştirme sıklığı, diş fırçası kullanma, diş fırçalama şekli, diş ipini gerekli görmeme vb) olumsuz olduğu bu çalışmada bulunan bir diğer sonuçtur. Benzer bir çalışmada şizofrenili hastaların %50’sinin diş fırçalamadığı belirlenmiştir (17). Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarının değerlendirildiği çalışmalar oldukça yetersiz olup yapılan çalışmalarda ise daha çok diş fırçalama sıklığı ve şekli ile ilgili alışkanlığına bakıldığı ve diş fırçalama alışkanlıklarının yetersiz olduğu görülmektedir (32,33). Türk Diş Hekimleri Birliği’nin (2017) bildirdiğine göre genel nüfusta da özellikle diş fırçası kullanma alışkanlığı düşük olduğu görülmekte ve kişi başı diş fırçası kullanım oranı 2016 yılında bir adet olarak belirlenmiştir (37). Ağız ve diş sağlığı sorunları gelişmeden bu boyutta hastaların değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi verilecek hasta bakımında en önemli adımdır. Bu bağlamda öncelikle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin alışkanlıklarının bilinmeli ve ağız ve diş sağlığı bakımına yönelik doğru ve tutarlı alışkanlıkların kazandırılması gereklidir. Yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin diş fırçası kullanma alışkanlığını arttırmada uygun maliyetli ve basit uygulanabilen pilli diş fırçalarının kullanımının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği belirtilmektedir (38).

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin diş hekimine düzenli gitmedikleri, özellikle diş hekimine en son gitme nedenleri ise diş ya da diş eti ile ilgili bir sorun geliştiği zaman olduğu, büyük bir kısmının daha önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim almadıkları ve şu anda ağız ve diş sağlığı ile ilgili şikayet yaşadıkları belirlenmiştir. İngiltere’de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan benzer bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun diş hekimliği hizmetlerine erişimlerinin zayıf olduğu, son iki yılda hastaların yarısından azının diş hekimine gittiği belirlenmiştir (24). Amerika’da yapılan benzer bir çalışmada da hastaların %35’inin son beş yılda hiç diş hekimine gitmedikleri belirlenmiştir (39). Denis ve arkadaşlarının (2019) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının 6 aydan daha uzun süre önce diş hekimine gittikleri belirlenmiştir (33). Hastalara bakım veren hemşire, diş hekimi ve diğer sağlık profesyonellerinin bu bireylerde ağız ve diş sağlığını geliştirmede multidisipliner yaklaşımla hareket ederek hastaları değerlendirmesi ve eğitmesi gereklidir (22). Özellikle psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı hizmetlerinde ağız ve diş sağlığı bakımında önemli konumdadırlar. Bursal ve arkadaşlarının (2018) Amerika’da yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşireleri 43 kronik ruhsal hastalığı olan bireyi ağız ve diş sağlığı açısından taramış ve büyük bir kısmına bu konuda vaka yönetimi uygulamışlardır. Araştırmalarının sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, karşılanmamış yüksek oranda ağız ve diş sağlığı ihtiyaçları yaşadıkları ve hemşirelik vaka yönetimi stratejilerinin hastaların diş bakımını başlatmasına ve tamamlamasına yardımcı olduğu belirlenmiştir (39). Kronik ruhsal hastalığı olan bireyleri izlemekten sorumlu sağlık profesyonellerinin lisans eğitiminde eğitilmeleri ve bunu uygulama alanında gösterebilmelerini sağlamak oldukça önemlidir (38). Sonuç olarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerdeki var olan ağız ve diş sağlığı problemlerinin psikiyatri hemşireleri tarafından belirlenerek, multidisipliner ekip içerisinde bu yönde gerekli bakım ve tedaviyi alması sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın sonucunda şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan bireylerin diğer tanılara sahip olan bireylere göre OHİP-14 ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte bu araştırma sonuçlarını

yorumlarken örneklem sayısının hedeflenenden düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (24,25,33,39). Yapılan araştırmalarda depresif semptomlu bireylerin diş eti hastalıkları açısından yüksek riskli olduğu belirlenmiştir (40,41). Araştırmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel olarak ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesinin kötü olduğu belirtilmektedir (15,39). Patel ve arkadaşlarının çalışmasında tüm kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin OHİP skoru bu çalışmanın sonucu ile benzer bulunmuştur (24). Yapılan benzer bir çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden bipolar bozukluk tanısı olan hastaların %36.4'ünün, şizofreni tanısı olan bireylerin %34.8'nin diğer tanıları olanlara göre daha fazla kötü ağız sağlığına sahip oldukları belirlenmiştir (15). Diş hastalıklarının, şizofreni tanısı olan bireylerin negatif ve pozitif semptomların şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (15,38). Kullanılan psikotrop ilaç yan etkilerine bağlı diş sağlığı sorunlarında artış olmasının yanı sıra, hastaların psikiyatrik belirtilerinin olduğu dönemlerde ağız ve diş sağlığı bakımına yönelik motivasyonları ve istekleri azalmaktadır (15). Bu nedenle hastaların ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumların saptanması ve bunları önlemeye yönelik müdahaleler yapılması gereklidir.

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin OHİP-14-TR ölçeği alt boyutlardan en yüksek puanları psikolojik rahatsızlık ve fiziksel ağrı alt boyutlarından aldıkları belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarından alınan puan ne kadar yüksek ise o alt boyuta ilişkin ağız sağlığı yaşam kalitesinin kötü olduğu yorumu yapılabilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (24, 42). Patel ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları benzer çalışmada fiziksel ağrı alt boyutu en yüksek puan aldığı belirlenmiştir (24). Lopes ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da fiziksel ağrı ve psikolojik rahatsızlık alt boyutunun en yüksek puan aldığı belirlenmiştir (42). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ağız sağlığı yaşam kalitesi kapsamında fiziksel ağrı ve psikolojik rahatsızlıktan yüksek değerler almasının nedeni ağız ve diş sağlığı ile ilgili katılımcıların en çok %33'ÜNÜN diş ağrısı ve çürüklerden şikayeti olması ve %58.2'sinin ağız ve diş sağlığından memnun olmaması OLABİLİR. Sonuç olarak hastaların yaşam kalitesini etkileyen ağrı ve psikolojik rahatsızlığın önlenmesine yönelik girişimler planlanmasının ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın verilerinin toplanmasının planlandığı tarihlerde örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kliniğe yatan hasta sayısının yeterli olmaması ve COVID-19 pandemisi sürecinde hasta yatışlarının azalması nedeniyle yeterli örnekleme ulaşılamaması araştırmanın kısıtlılığıdır. Planlanan sayıda örnekleme ulaşılamaması araştırma bulgularını yorumlarken bir sınırlılık oluşturmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Psikiyatri kliniklerinde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde çalışan psikiyatri hemşirelerinin hastaların ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarını ve problemlerini tanılamaları önemli olup kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için psikiyatri hemşireleri tarafından doldurulabilecek standart kontrol listeleri oluşturulmalıdır. Bu kontrol listeleri ile psikiyatri hemşireleri hastaların ağız hijyeni, ağız kuruluşunun yönetimi ve ağız ve diş sorunlarına yönelik değerlendirme yapmalı, hastaları bu konuda eğitmeli ve gerekli olan durumlarda diş hekimleri ile işbirliği yaparak hastaların diş sağlığı hizmetlerine ulaşmalarını kolaylaştırmalıdır (4). Koruyucu sağlık açısından hemşireler ve diş hekimliği öğrencileri gibi diğer sağlık profesyonelleri ağız sağlığı hizmetlerinin sunumunu arttırmaları için eğitilebilir. Hastanede yatan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için ağız sağlığı programları oluşturularak hasta ve taburculuk sonrası evde bakımlarını takip edecek olan aileleri ağız bakımı konusunda eğitilmesi ve takip edilmesi önerilir.

Bilgilendirme

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili üniversitenin insan araştırmaları etik kurulundan etik kurul izni alınmıştır (protokol no:617; tarih: 23.08.2019). Yazarların çalışmaya katkıları şu şekildedir; fikir/kavram SÇİ, NG; tasarım SÇİ; denetleme/danışmanlık NG; veri toplama ve işleme SÇİ; analiz ve yorum SÇİ, NG; kaynak taraması SÇİ; makale yazımı SÇİ; eleştirel düşünme ve değerlendirme NG. Araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.





Kaynaklar

1. WHO Guidelines. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders [Internet]. 2018. 1–94 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>
2. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;188(1):24–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.012>
3. Wey MC, Loh S, Doss JG, Abu Bakar AK, Kisely S. The oral health of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(7):685–94.
4. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015;77(1):83–92.
5. Alhaffar BA, Abbas G, Latiefeh Y, Hamadah O. The oral manifestations of psychiatric disorders. *OHDM*. 2018;17(4):1–6.
6. Adams CE, Wells NC, Clifton A, Jones H, Simpson J, Tosh G, et al. Monitoring oral health of people in Early Intervention for Psychosis (EIP) teams: The extended three shires randomised trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;77(March 2017):106–14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.005>
7. Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A, Ponizovsky AM. Dental health and the type of antipsychotic treatment in inpatients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2015;52(2):114–8.
8. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):1–7.
9. Ngo DYJ, Thomson WM, Subramaniam M, Abdin E, Ang KY. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018;266(January):206–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.048>
10. Slack-Smith L, Hearn L, Scrine C, Durey A. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. *Aust Dent J*. 2017;62(1):6–13.
11. Edward KL, Felstead B, Mahoney AM. Hospitalized mental health patients and oral health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(5):419–25.
12. Tredget J, Sze T. Raising awareness of oral health care in patients with schizophrenia. *Nurs Times*. 2019;115(12):21–5.
13. Dangore-Khasbage S, Khairkar PH, Degwekar SS, Bhowate RR, Bhake AS, Singh A, et al. Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India. *J Oral Sci* [Internet]. 2012;54(1):85–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466891>
14. Khokhar WA, Ali M, Jones H, Clifton A, Tosh G. Oral health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(11):1–10.
15. Tang LR, Zheng W, Zhu H, Ma X, Chiu HFK, Correll CU, et al. Self-reported and interviewer-rated oral health in patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(1):4–11.
16. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave*. 2017;17(08):e7045–e7045.
17. Sayegh F, Dababneh R, Rodan R. Oral health status and dental treatment needs among non-institutionalized psychiatric patients. *JRMS June*. 2006;13(1):27–31.
18. Yang M, Chen P, He MX, Lu M, Wang HM, Soares JC, et al. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* [Internet]. 2018;201:3–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.04.031>
19. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Östman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(3):263–71.
20. Tani H, Uchida H, Suzuki T, Shibuya Y, Shimanuki H, Watanabe K, et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health*. 2012;12(1).
21. Ponizovsky AM, Zusman SP, Grinshpoon A. Oral health and hygiene among persons with severe mental illness: reply. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2009;60(10):1402–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001163>
22. Mey L De, Çömlekçi C, Reuver F De, Waard I Van, van Gool R, Scheerman J, et al. Oral hygiene in patients with severe mental illness: a pilot study on the collaboration between oral hygienists and mental health nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52:194–200.
23. Ashour AA. Knowledge, attitudes and practices regarding oral health and oral care among nursing staff at a mental health hospital in Taif, Saudi Arabia: A questionnaire-based Study. *J Adv Oral Res*. 2020;11(1):34–44.
24. Patel R, Gamboa A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. *Br Dent J* [Internet]. 2012;213(9):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.989>
25. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E, Issever H, Dogan F. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health*. 2010;27:151–7.
26. Fredderic D, Goueslard K, Siu-paredes F, Amador G, Rusch E, Bertaud V, et al. Oral health treatment habits of people with schizophrenia in France: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2020;15(3):1–14.
27. Siu-Paredes F, Rude N, Rat C, Reynaud M, Hamad M, Moussa-Badran S, et al. The schizophrenia coping oral health profile. Development and feasibility. *Transl Neurosci*. 2018;9(1):78–87.
28. Denis F, Hamad M, Trojak B, Tubert-Jeannin S, Rat C, Pelletier JF, et al. Psychometric characteristics of the “General Oral Health Assessment Index (GOHAI)” in a French representative sample of patients with schizophrenia. *BMC Oral Health*.

- 2017;17(1):1–10.
29. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Oral-health status of inpatients with schizophrenia in Taiwan. *J Dent Sci* [Internet]. 2011;6(3):170–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2011.05.008>
 30. Başol ME, Karaağaçlıoğlu L, Yılmaz B. Türkçe Ağız Sağlığı Etki Ölçeğinin Geliştirilmesi-OHIP-14-TR. *Türkiye Klin Dent Sci*. 2014;20(2):85–92.
 31. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* [Internet]. 2011;10(2):138–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633691>
 32. Nandaprasad S, Sharma N, Reddy Y, Gowda M, Chaitanya B, Nonitha S. Assessment of oral hygiene , tooth brushing habits, and mucosal changes of non- institutionalized and institutionalized psychiatric patients in a tertiary rehabilitation center in Bengaluru: A comparative study. *J Int Oral Heal*. 2016;8(2):202–4.
 33. Denis F, Milleret G, Wallenhorst T, Carpentier M, Rude N, Trojak B. Oral health in schizophrenia patients: A French Multicenter Cross-Sectional Study. *Press Medicale* [Internet]. 2019;48(2):e89–99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.06.018>
 34. Chapuis J, Siu-paredes F, Pavageau C, Amador G, Rude N, Denis F. Anticholinergic drugs and oral health-related quality of life in patients with schizophrenia: a pilot study. *Tranlational Neurosci*. 2020;11:10–6.
 35. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2012;111(4):214–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2011.02.005>
 36. Kisely S, Quek LH, Pais J, Laloo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011;199(3):187–93. Available from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/64FACA102967E92D5BD265C3304447A6/S0007125000256365a.pdf/advanced_dental_disease_in_people_with_severe_mental_illness_systematic_review_and_metaanalysis.pdf
 37. Association TD. Toothpaste and brush usage rates in Turkey [Internet]. 2017. Available from: https://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=148
 38. Singhal V, Heuer AJ, York J, Gill KJ. The effects of oral health instruction, and the use of a battery-operated toothbrush on oral health of persons with serious mental illness: A quasi-experimental study. *Community Ment Health J* [Internet]. 2020;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00657-w>
 39. Burgel BJ, Devito B, Collins-Bride G, Sullivan B, Retzlaff A, Hyde S. Nursing case management strategies for adults with serious mental illness seeking dental services. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2018;39(4):311–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1397233>
 40. Dumitrescu AL. Depression and inflammatory periodontal disease considerations-an interdisciplinary approach. *Front Psychol*. 2016;7(MAR):1–8.
 41. Nascimento GG, Gastal MT, Leite FRM, Quevedo LA, Peres KG, Peres MA, et al. Is there an association between depression and periodontitis? A birth cohort study. *J Clin Periodontol*. 2019;46(1):31–9.
 42. Lopes AG, Ju X, Jamieson L, Mialhe FL. Oral health-related quality of life among Brazilian adults with mental disorders. *Eur J Oral Sci*. 2021;129(3):1–1

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi

 Özgül KARAYURT¹,  Aylin DURMAZ EDEER²,  Yaprak SARIGÖL ORDİN³,  Kübra YASAK⁴

 Eda AYTEN KANKAYA⁵,  Filiz ÖĞCE⁶,  Koray ATILA⁷

¹Prof. Dr., Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

²Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

³Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

⁴Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

⁵Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

⁶Prof. Dr., Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

⁷Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Giriş: Bariatrik cerrahinin kilo vermede etkili olmasının yanı sıra fizyolojik ve psikososyal sağlık üzerine de önemli etkileri vardır. Bu etkilerden biri de yaşam kalitesi üzerinedir. **Amaç:** Bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililiğin ve seçilmiş faktörlerin yaşam kalitesine etkisini incelemektir. **Yöntem:** Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve kestirim tipi bir araştırmadır. Araştırma örneklemini bariatrik cerrahi yapılan 103 hasta oluşturmuştur. Veriler Eylül 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında sosyodemografik özellikler formu, Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği ve Öz etkililik Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 33.70±8.13 olup ameliyat sonrası geçen süre 9.64±5.22 ay olarak bulunmuştur. Hastaların tamamına sleeve gastrektomi ameliyatı yapılmıştır. Hastaların Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği toplam puan ortalaması 75.12±20.14; Öz etkililik Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 51.25±6.57 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Modele dahil edilen değişkenler hastaların yaşam kalitesinin %52'sini açıklamaktadır. Ameliyat sonrası geçen sürenin (β : -0.653, $p = .000$) anlamlı ve negatif yönde yaşam kalitesini yordadığı saptanmıştır. **Sonuç:** Hastaların yaşam kalitelerinin orta düzey ve öz-etkililiklerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Hastalarda Öz etkililiğin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Hastalarda bariatrik cerrahi sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesinin artırılması için hemşirelerin ve ekip üyelerinin ameliyat sonrası uzun dönem hastaları izlemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik Cerrahi, Öz-etkililik, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik.

Abstract

Effect of Self-Efficacy and Selected Factors on the Quality of Life After Bariatric Surgery

Background: Bariatric surgery has important effects on physiological and psychosocial health as well as being effective in losing weight. One of these effects is on quality of life. **Objective:** To examine the effect of self-efficacy and selected factors on quality of life after bariatric surgery. **Method:** The research is a cross-sectional, descriptive and predictive type of research. The research sample consisted of 103 patients who underwent bariatric surgery. Data were collected between September 2018 and July 2019 using the sociodemographic characteristics form, the Effect of Weight on Quality-of-Life Scale, and the Self-Efficacy Scale. **Results:** The mean age of the patients was 33.70 ± 8.13, and the time elapsed after surgery was 9.64 ± 5.22 months. Sleeve gastrectomy was performed for all patients. The effect of weight on the quality-of-life scale total mean score of the patients 75.12 ± 20.14; The total score average of the Self-Efficacy Scale was 51.25 ± 6.57. When the factors affecting the patients' quality of life were examined, the model was found to be significant. The variables included in the model explain 52% of the patients' quality of life. It was found that the elapsed time after the operation (β : -0.653, $p = .000$) significantly and negatively predicted the quality of life. **Conclusion:** The patients' quality of life was found to be moderate and their self-efficacy to be low. It was found that self-efficacy had no effect on quality of life in patients. It was found that the quality of life of the patients decreased as the time elapsed after bariatric surgery increased. It is recommended that nurses and team members follow up patients for long periods after surgery in order to increase the quality of life after surgery.

Key Words: Bariatric Surgery, Self Efficacy, Quality of Life, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 23.03.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.06.2022

Correspondence Author: Arş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. Telefon: +902324124792 E-posta: k.yasak@gmail.com

Cite This Article: Karayurt Ö, Durmaz Edeer A, Sarigöl Ordın Y, Yasak K, Kankaya E. A, Öğce F, Koray A. Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 340-348.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından anormal ve aşırı yağ birikmesi sonucu kilo artışı olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya'da önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ, 2016 yılında 18 yaş ve üstü 1.9 milyardan fazla yetişkin bireyin fazla kilolu ve yetişkinlerin 650 milyondan fazlasının obez olduğunu açıklamıştır (1). Türkiye'de 15 il, 540 merkezde yapılan 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) verilerine göre de obezite sıklığının, genel toplumda %35 (kadın %44, erkek %27) olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları, 12 yıl önce yapılan TURDEP-I çalışması ile standardize edilerek 1998 ile 2010 yılı verileri karşılaştırıldığında Türkiye'de yetişkin toplumunda obezite prevalansının %22.3'ten %31.2'ye yükseldiği görülmektedir (2).

Obezite yalnızca bir hastalık değil, aynı zamanda birçok hastalığa sebep olan ciddi bir sağlık sorunu olduğu için geleneksel tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen hastalarda kilo kaybını sağlayacak cerrahi girişimlere gereksinim duyulmaktadır. Amerika'da 2018 yılında 252.000 kişiye bariatrik cerrahi uygulandığı ve bunların %61.4'ünün sleeve gastrektomi ve %17'sinin Roux-en-Y Gastrik Bypass olduğu tahmin edilmektedir (3). Türkiye'de 2014 yılında 3520'si sleeve gastrektomi olmak üzere toplam 6347 obez hastaya bariatrik cerrahi uygulanırken, 2016 yılında yaklaşık 10.000 obez hastaya bariatrik cerrahi uygulandığı belirtilmektedir (4, 5).

Bariatrik cerrahinin kilo vermede etkili olmasının yanı sıra fizyolojik ve psikososyal sağlık üzerine de önemli etkileri vardır. Bu etkilerden biri de yaşam kalitesi üzerinedir. Yaşam kalitesi sosyal, psikolojik, spiritüel ve fiziksel iyilik halini kapsayan çok boyutlu bir durumdur. Ayrıca yaşam kalitesi, bireylerin yaşamıyla ilişkili refah hali ve memnuniyet düzeyleri ile onların hastalıklardan, kazalardan ve tedavilerden ne kadar etkilendiği olarak tanımlanmaktadır (1, 6). Bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelendiği çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (7-9, 10-13). Silva ve ark. (2018) bariatrik cerrahinin obez hastaların yaşam kaliteleri ve psikolojik durumlarının iyileşmesine katkı sağladığını belirtmişlerdir (14). Vegal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesinin anlamlı olarak geliştiği; ancak yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, ırk, ameliyat öncesi beden kitle indeksi (BKİ), komorbidite sayısı, fazla kilo kaybı yüzdesi ve 90 günlük komplikasyonlar ile ilişkili olmadığı, yalnızca sağlık sigortası ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (9). Khandalavala ve ark. yaptıkları çalışmada, bariatrik cerrahi geçiren hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) fiziksel ve zihinsel alt boyut puanlarının normal popülasyona göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada ameliyat sırasındaki yaş, ameliyat öncesi BKİ ve ameliyattan sonra geçen sürenin SF-36'nın fiziksel alt boyutu ile negatif ilişkili olduğu ifade edilmektedir (12). Bariatrik cerrahi geçiren ve geçirmeyen obez hastalarla yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet ve partneri olmanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (11). Bariatrik cerrahiden 4-5 yıl sonraki kilo kaybı yüzdesinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği diğer bir çalışmada yaş ve cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği; kilo kaybı %40 ve üzeri olanlarda klinik olarak yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (13). Ülkemizde bariatrik cerrahi hastalarıyla yapılan sınırlı hemşirelik çalışmasına ulaşılmıştır (13, 15-17). Yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahinin beden imajını olumlu yönde etkilediği, bu değişikliğin de erken dönemde yaşam kalitesini yükselttiği vurgulanmıştır (13). Akkayaoğlu ve Çelik'in (2020) bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası yeme tutumları, beden imajı algıları ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında; hastaların yaşam kalitesi puanlarında ameliyat öncesine göre anlamlı derecede artış olduğu belirtilmiştir (17). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ilk üç ay gibi erken dönemdeki yaşam kaliteleri ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler ile ilgili sonuçlar bulunmaktadır, ancak bariatrik cerrahiden üç ay sonra yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğine yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

Öz etkililik; bireyin, yaşamıyla ilgili olaylar üzerinde etkili olabilmesi için, gerekli olan etkinlikleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır. Güçlü bir Öz etkililik inancı, başarı ve iyilik durumunu artırır (18,19). Öz-etkililik, hem sağlıkla ilgili davranış değişikliği kararında, hem de davranışın denetimi aşamasında oldukça önemlidir (19). Bariatrik cerrahi sonrasında hastanın ameliyat sonrası değişime inanması, yeme davranışlarında değişikliğe gitmesi, bu değişiklikleri sürdürebilmesi, diyetine uyması ve kontrollerini sürdürebilmesi çok önemli olduğundan Öz etkililik düzeylerinin yüksek olması istenir (20). Yapılan bir çalışmada hastaların kilo kayıplarının, öz yeterlik düzeyleriyle yüksek derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (21). Nickel ve ark. (n = 30) hastaların ameliyat öncesi, ameliyattan 6 ve 24 ay sonrası yaşam kalitesi, öz-etkililik düzeylerini inceledikleri çalışmalarında; zamanla hastaların yaşam kalitesi ve öz-etkililik puanlarında anlamlı bir artış olduğu; yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu ve genel öz-etkililik puanları arasında da anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (22). Bariatrik cerrahi hastaları ameliyat öncesi diyetine uyum sağlama veya sürdürmede güçlük çekmiş kişiler olduklarından dolayı, ameliyat sonrası da oral alımlarını sınırlama konusunda problem yaşayabilmektedir (23, 24). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların yaşam kalitesi ve öz-etkililiği konusunda sınırlı çalışmaya ulaşılmıştır (21,22).

Bu saptamadan yola çıkılarak araştırmanın amacı, bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililiğin ve seçilmiş faktörlerin yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Çalışma sonuçlarının ameliyat sonrası dönemde hemşirelik girişimlerine yol göstereceği ve hastalarının yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, ana amaç doğrultusunda aşağıdaki soruya yanıt aranmıştır:

- Bariatrik cerrahisi sonrası hastaların öz-etkililik ve seçilmiş değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları, sigara içme durumu, ameliyat sonrası geçen süre) yaşam kalitesini ne derece açıklamaktadır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve kestirim tipi bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Örneklemi

Araştırma, İzmir'de bir üniversite hastanesinin genel cerrahi polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini, İzmir'de aynı üniversite hastanesinde bariatrik cerrahi yapılan bireyler oluşturdu. Amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldı. Araştırmaya, örnekleme dahil edilme ölçütlerini karşılayan 103 hasta dahil edildi.

Örnekleme dahil edilme ölçütleri; araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi, bariatrik cerrahi uygulanan, 18 yaş ve üzerinde, bilinci açık, kişi-yer ve zaman oryantasyonu olması, işitme ve konuşma sorunu olmaması, okuryazar, Türkçe anlayabilen ve konuşabilen bireyler olması, ilk kez bariatrik cerrahi geçirmesidir.

Örneklemeden dışlanma ölçütü; aktif psikiyatrik tanısının olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Veriler Eylül 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında sosyodemografik ve klinik özellikler formu, Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği ve Öz etkililik Yeterlilik Ölçeği kullanılarak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ve telefon ile arama yöntemleriyle toplanmıştır.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Bu form sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda (7-13) araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik-klinik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, komorbid hastalıklar, sigara içme durumu, ameliyat sonrası geçen süre (ay), ameliyat öncesi BKİ, ameliyat sonrası BKİ, fark BKİ ve ameliyat tipini içeren toplam 13 soru ile irdelenmiştir.

Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

Şişmanlığa özgü ilk yaşam kalitesi ölçeği olan Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği (The Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL)) Kolotkin ve ark. tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek; sağlık, sosyal/kişilerarası ilişki, iş, mobilite, benlik saygısı, cinsel yaşam, gıda, günlük yaşam aktiviteleri ve konfor olmak üzere sekiz bölümden oluşmaktadır. Ölçek toplam 74 maddedir, çok maddeli bir ölçek olduğu için 2001 yılında kısa sürümü olan IWQOL-Lite geliştirilmiştir. IWQOL-Lite ölçeği bedensel işlevler (11 madde), özgüven (7 madde), cinsel yaşam (4 madde), toplum baskısı (5 madde) ve iş (4 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.96, alt boyutlar için 0.90 ile 0.94 arasında olduğu saptanmıştır (25).

Ölçek maddeleri 5'li likert tipi puanlamaya sahiptir. Her madde 1 = hiçbir zaman doğru değil, 2 = nadiren doğru, 3 = bazen doğru, 4 = genellikle doğru, 5 = her zaman doğru şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanının hesaplanabilmesi için Bedensel İşlevler alt boyutunda 11 maddeden en az 6, Özgüven alt boyutunda 7 maddeden en az 4, Cinsel Yaşam alt boyutunda 4 maddeden en az 2 Toplum Baskısı alt boyutunda 5 maddeden en az 3, İş alt boyutunda 4 maddeden en az 2 maddenin doldurulması gerektiği bildirilmiştir. IWQOL-Lite ölçeğinin alt boyut ve toplam puanları ölçeğe özgü geliştirilmiş olan bir formül ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 100'dür. Ölçek puanlamasına göre; puan azaldıkça yaşam kalitesi azalmakta, puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması Çömlekçi ve Özcan tarafından 2011 yılında yapılmış, 29 maddeden oluşan Türkçe IWQOL-Lite şeklinde uyarlanmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin içerik geçerliği mevcut olup, yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile sınımlanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri 0.56 üzerindedir. Ölçeğin güvenilirliğinin sınanmasında madde-toplam puan korelasyonları 0.50 ile 0.76 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.96, alt boyutlar için 0.88 ile 0.95 arasında olduğu saptanmıştır (26). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı toplam ölçekte 0.94 olarak hesaplanmıştır.

Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)

Bu ölçek, Sherer ve ark. (1982) tarafından geliştirilmiştir (27). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmıştır (28). ÖEYÖ, 5'li Likert tipi bir ölçektir ve 23 madde içermektedir (27, 28). Orijinal ölçeğin faktör analizinde iki alt boyut bulunmuştur. Bu boyutlar genel Öz etkililik ve sosyal Öz etkililik alt boyutudur. Genel Öz etkililik Cronbach alfa katsayısı 0.86 ve Sosyal Öz Etkililik Cronbach Alfa katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur (27). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı toplam ölçekte 0.62 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe dil geçerliliği çeviri ve geri çevirisi ile içerik geçerliliği, uzman görüşlerine başvurularak yapılmıştır. Yapı geçerliliği için temel bileşenler analizi ile ölçeğin faktör yapısı incelenmiştir (28). Türkçe öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin faktör yapısının orijinal ölçekteki yapı ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar- test güvenilirlik katsayısı $r = 0.92$ olarak bulunmuş olup açıklayıcı faktör analizi sonucu, öz değeri aşan 6 faktör elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Ölçek herhangi bir özgül alana özgü olmayan, genel ÖEY algısını ölçmektedir. Ölçeğin; davranışa başlama (2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeler), davranışı sürdürme (4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddeler), davranışı tamamlama, (3, 8, 9, 15, 23. maddeler) ve engellerle mücadele (1, 13, 21. maddeler) olmak üzere dört alt boyutu vardır (28). Ölçekte her bir madde; 1: Beni hiç tanımlamıyor, 2: Beni biraz tanımlıyor, 3: Kararsızım, 4: Beni iyi tanımlıyor, 5: Beni çok iyi tanımlıyor şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında; 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddelere ters yönde puan verilmektedir. Ölçekten 23 ile 115 puan arasında alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin Öz Etkililik Yeterlik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca puanlar her alt boyut için düşük, orta ve yüksek olarak değerlendirilmektedir (28).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri IBM SPSS for Windows Version 24.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bariatrik cerrahi geçiren bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzde ve aritmetik ortalama ile incelenmiştir. Kilonun yaşam kalitesi ölçeği ve Öz etkililik yeterlik ölçekleri ve alt boyutlarının değerlendirmesinde ortalama, standart sapma, min-max kullanılmıştır. Yaşam kalitesini etkilediği düşünülen seçilmiş değişkenlere literatür doğrultusunda karar verilmiştir (9,10-12). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların seçilmiş faktörlerin (ameliyat sonrası geçen süre (ay), yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, sigara içme durumu, fark BKİ ve Öz etkililik toplam puanı) yaşam kalitesini yordamasında çoklu linear regresyon analizi yapılmıştır. Bariatrik cerrahi sonrası geçen sürenin yaşam kalitesini yordamasında da linear regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin etik kurulundan izin alınmıştır (Tarih: 18.07.2017; Sayı: B.30.2.iEUSB.0.05.05-20-002) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni ve katılımcılardan yazılı gönüllü olur formu alınmıştır. Makalede araştırma ve yayım etiğine uyulmuştur.

Bulgular**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:103)**

	$\bar{X} \pm SS(\text{Min-Max})$
Yaş (yıl)	33.70±8.13 (19-57)
Ameliyat sonrası geçen süre (ay)	9.64±5.22 (4-24)
Ameliyat öncesi BKI*	49.58±4.48 (40.8-57.5)
Ameliyat sonrası BKI	33.44±5.42 (24.0-48.6)
Fark BKI**	16.13±4.78
	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	44 (%42.7)
Erkek	59 (%57.3)
Medeni durum	
Evli	40 (%38.8)
Bekar	63(%61.2)
Eğitim durumu	
İlköğretim	18 (%17.5)
Lise	48 (%46.6)
Üniversite	37 (%35.9)
Komorbid hastalık	
Var	99 (%96.1)
Yok	4(%3.9)
Komorbid hastalık (n = 99)	
Diabetes mellitüs	32 (%32.3)
Hipertansiyon	46 (%46.5)
Hiperlipidemi	2 (%2.0)
Diğer***	19 (%19.2)
Sigara içme	
Evet	53 (%51.5)
Hayır	50(%48.5)

*BKI: Beden Kütle İndeksi

** Fark BKI = Ameliyat öncesi BKI – Ameliyat sonrası BKI

*** Diğer = Astım, KOAH, Kalp Yetmezliği, Romatoid Artrit, Osteoartrit, Guatr, Uyku Apnesi, Koroner Arter Hastalığı, Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı vb.

Hastaların yaş ortalaması 33.70±8.13 (min-max: 19-57) olup ameliyat sonrası geçen süre 9.64±5.22 ay (min-max: 4-24 ay) olarak bulunmuştur. Hastaların %57.3'ü (n = 59) erkek, %61.2'si (n = 63) bekar, %46.6'sı (n = 48) lise mezunu, %52.6'sı (n = 50) işçi, %26.31'i (n = 25) memur ve %96.1'inin (n = 99) komorbid hastalığı olduğu saptanmıştır. İki kronik hastalığı olan hastamız bulunmamaktadır. Ameliyat öncesi BKI ortalaması 49.58±4.48, (min-max: 40.8-57.5), ameliyat sonrası BKI 33.44±5.42 (min-max: 24.0-48.6) ve fark BKI 16.13±4.78'dir (min-max: 5.50-27.5) (Tablo 1). Hastaların tamamı sleeve gastrektomi ameliyatı olmuştur.

Tablo 2. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği İle Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:103)

Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max
Bedensel işlevler alt boyutu	28.39±5.85	14-43
Özgüven alt boyutu	19.41±6.33	7-25
Cinsel yaşam alt boyutu	10.14±3.30	4-14
Toplum baskısı alt boyutu	17.16±7.32	5-20
İş alt boyutu	4.59±2.12	2-7
Ölçek Toplam Puan	75.12±20.14	32-99
Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max
Davranışa başlama alt boyutu	12.72±1.86	11-20
Davranışı sürdürme alt boyutu	16.44±3.24	11-30
Davranışı tamamlama alt boyutu	14.72±2.99	12-21
Engellerle mücadele alt boyutu	7.33±1.76	5-13
Ölçek Toplam Puan	51.23±6.47	45-78

Kilonun yaşam kalitesine etkisi ölçeği toplam puan ortalaması 75.12±20.14 (Min-Max: 32.00-99.00), alt boyut puan ortalamaları; bedensel işlevler 28.39±5.85, özgüven 19.41±6.33, cinsel yaşam 10.14±3.30, toplum baskısı 17.16±7.32 ve iş 4.59±2.12 olarak bulunmuştur. Hastaların Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalaması 51.25±6.57 (Min-Max: 45.00-78.00), alt boyut puan ortalamaları; davranışa başlama 12.72±1.86, davranışı sürdürme 16.44±3.24, davranışı tamamlama 14.72±2.99 ve engellerle mücadele 7.35± 1.78 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Bariatrik Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

	B	SH	β	t	p
Değişkenler	131.964	15.762		8.372	.000*
Yaş	-0.327	0.206	-0.132	-1.591	.115
Cinsiyet	-1.878	2.988	-.046	-.629	.531
Medeni durum	-3.502	3.148	-.085	-1.113	.269
Eğitim durumu	-2.742	2.242	-.097	-1.223	.224
Ek hastalık	-9.169	8.095	-.088	-1.133	.260
Sigara içme	-2.248	2.989	-.056	-.752	.454
Ameliyat sonrası geçen süre (ay)	-2.513	.364	-.653	-6.908	.000*
Fark BKİ	-.490	.393	-.117	-1.247	.216
Öz-etkililik	.053	.248	.017	.213	.832
R	0.721				
R ²	0.520				
F	11.179				
P	.000				
DW (1.5-2.5)	1.756				

*p < .05 β : Beta DW: Durbin-Watson

Yaşam kalitesini yordayan dokuz değişkene ilişkin çoklu regresyon analiz sonuçları Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir (p = 0.000). Modele dahil edilen değişkenlerin tamamı hastaların yaşam kalitesinin %52'sini açıklamaktadır. Değişkenler incelendiğinde ameliyat sonrası geçen sürenin (β : -0.653, p = 0.000) anlamlı ve negatif yönde yaşam kalitesini yordadığı saptanmıştır. Diğer değişkenler tek başına yaşam kalitesini anlamlı şekilde yordamamıştır (p > .05) (Tablo 3).

Bariatrik cerrahi sonrası geçen sürenin yaşam kalitesini tek başına ne kadar yordadığına yönelik linear regresyon analizi sonucunda, ameliyat sonrası geçen sürenin tek başına yaşam kalitesinin %47'sini açıkladığı bulunmuştur (p = .000, β :-.688, DW:1.756). Ameliyattan sonra geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır.

Tartışma

Dünya genelinde obezite prevalansındaki artış ve konservatif tedavilerin etkili olmaması, bariatrik cerrahiye eğilimin artmasında etkili olmuştur (1, 4). Bu çalışmada bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililiğin ve seçilmiş faktörlerin yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir.

Çalışmamıza katılan hastalarda kilonun yaşam kalitesine etkisi ölçeği toplam puan ortalaması 75.12±20.14 ve tüm alt boyutları orta düzeyde bulunmuştur. Literatürde bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların genelinde bizim

çalışmamızda kullandığımızdan farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır (8-11, 13, 14). Zengin Eroğlu ve arkadaşlarının bariatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada SF-36 ölçeği kullanılmış ve alt boyut puanları; fiziksel işlev için 38.8 ± 23.3 , fiziksel için 27.0 ± 35.7 ve genel sağlık için 47.4 ± 27.2 bulunmuş olup, sonuçların düşük olduğu görülmektedir (29). Bariatrik cerrahi hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada ise Moorehead Ardelit Yaşam Kalitesi Ölçeği II (The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II) kullanılmış ve hastaların ameliyat öncesi 0.46 olan ölçek puanlarının ameliyat sonrası 3. ayda 1.14'e yükseldiği belirlenmiştir. Moorehead Ardelit Yaşam Kalitesi Ölçeği II puanlama yönergesine göre bu değer "iyi" olarak değerlendirilmektedir (30). Kryvopustov'un (2018) yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının 12. ayda orta düzey olduğu bulunmuştur (31). Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası farklı dönemlerde yaşam kalitesi düzeyleri genellikle benzer ve orta düzeydedir. Hastaların kilo verme durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bariatrik cerrahi sonrasında hastanın diyet ve egzersiz programına uyması, kontrollerini sürdürebilmesi gibi bir takım yaşam biçimi değişikliğine gitmesi önemli olduğundan Öz etkililik düzeylerinin yüksek olması istenir. Çalışmamızda hastaların ÖEYÖ toplam puan ortalamasının 51.25 ± 6.57 ve düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların ÖEYÖ davranışa başlama, davranış sürdürme, davranış tamamlama, engellerle mücadele alt boyut puan ortalamalarının da düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde bariatrik cerrahi sonrası Öz etkililik-yeterlik düzeyine ilişkin bir çalışmaya ulaşılammıştır. Çalışma grubumuzdaki hastaların %26.3'ünün bir yıldan daha uzun zaman önce ameliyat olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda bir yıldan sonra geri kilo alımının olduğu saptanmıştır (32). Yapılan başka bir çalışmada da bariatrik cerrahi sonrası 1. yıldan itibaren tıkanırçasına yeme, gece yeme, kontrolsüz yeme ve otlama şeklinde beslenme davranışlarının yeniden geri kazanıldığı yönündedir (33). Bu nedenle hastaların davranış sürdürme konusunda sıkıntı yaşadığı düşünülebilir. Bu hastaların ameliyat sonrası özellikle beslenme ve yaşam biçimine yönelik davranış değişikliği (örneğin egzersize başlama ve sürdürme) yapması beklendiğinden, sonuçlar hastaların yeni duruma uyum sürecinde güçlük çektiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, ameliyat sonrası geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür. Çalışma sonucumuza benzer olarak Khandalavala ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada bariatrik cerrahi olan hastalarda ameliyat sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesi SF-36'nın fiziksel alt boyutunun azaldığı saptanmıştır (11). Karlsson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bariatrik cerrahi sonrası ilk yıl kilo kaybının ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu, sonraki 6 yıllık takip sürecinde kilo alındığı ve yaşam kalitesinde azalma olduğu saptanmıştır (32). Bariatrik cerrahi sonrası özellikle kilo kaybının ilk yıl daha hızlı ve fazla olması ve sonraki aylarda bu hızın azalması ile ameliyat sonrası geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca, bu sonuç, ameliyat sonrası geçen süre uzadıkça hastaların yaşam biçimi değişikliklerini sürdürmekte zorlanmaları ile açıklanabilir. Bariatrik cerrahi sonrası hastalarının yaşam kalitelerindeki iyileşmeyi sürdürebilmeleri için beslenme ve egzersizi içeren yaşam tarzı değişikliklerini yaşam boyu alışkanlık haline getirebilmeleri istenir (17). Bu nedenle hastalara uzun dönem danışmanlık verilmesi, izlenmesi ve desteklenmesi oldukça önemlidir.

Çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigara içme durumu, ek hastalık varlığı, fark BKİ ve öz-etkililiğin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (10, 30). Janik ve ark. 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada bariatrik cerrahi sonrası yaş, cinsiyet ve partnere sahip olmanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (10). David ve ark. yaptıkları çalışmada (2020) hastaların cinsiyet ve yaşına göre yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (30). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve ek hastalık durumlarının yaşam kalitesine etkisi konusunda fikir birliğine varılamamış olup bu konuda çalışma yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Literatürde, bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası BKİ değerlerindeki azalmaya bağlı olarak Moorehead Ardelit Yaşam Kalitesi Ölçeği II puanlarında istatistiksel olarak artış olduğu gösterilmiştir (30). Gönenir Erbay ve arkadaşlarının çalışmasında, BKİ ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (34). Hastaların beden kitle indeksindeki azalmaya bağlı yaşam kalitesinin artmaması yaşam kalitesini etkileyen farklı faktörler olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda hastaların öz-etkililik puanlarının yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Nickel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hastaların yaşam kalitesi ve özyeterlik puanları arasında anlamlı, pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (22). Çalışmamızda hastaların Öz etkililik düzeyinin, yaşam kalitesini etkilememesi çalışmamızdaki hastaların öz-etkililik puan ortalamasının düşük olması ve yaşam kalitesini etkileyen birçok boyutun olması ile açıklanabilir. Öz-etkililik, uzun vadeli davranış değişikliği yaratmanın önemli bir parçasıdır. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların davranış değişikliğini sürdürebilmeleri için bir program çerçevesinde takipler ile desteklenerek öz-etkililiklerini artıracak girişimlerin yapılması önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmada bariatrik cerrahi sonrası dört ay ve daha fazla süre geçen hastalar örnekleme alınmıştır. Sonuçlar, bariatrik cerrahi sonrası ilk üç aya genellenemez.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmamızda, öz-etkililik düzeyinin düşük ve ameliyat sonrası geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin bariatrik cerrahi sonrası hastaları beslenme, fiziksel egzersiz gibi yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilgilendirmesi, eğitim vermesi ve gerektiğinde danışmanlık sağlaması oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası yaşam kalitesi ve öz-etkililik düzeylerinin artırılması için multidisipliner ekibin (cerrah, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist vb.) tüm üyelerinin, hastaları belirli aralıklarla izlemesi ve uzun dönemde desteklemesi gerekmektedir.

Gelecek çalışmalarda bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililik düzeylerinin artırılmasına ve uzun dönemde yaşam kalitesinin geliştirilmesine yönelik girişimler planlanması ve bu girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.

Bilgilendirme



Yazarlar, bu makalenin yazarı ve / veya yayınlanmasıyla ilgili herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemişlerdir. Yazarlar, orada arama ve / veya bu makalenin yazarlığı için hiçbir mali destek almamışlardır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin etik kurulundan izin alınmıştır (Tarih: 18.07.2017; Sayı: B.30.2.iEUSB.0.05.05-20-002) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni ve katılımcılardan yazılı gönüllü olur formu alınmıştır. Yazarların araştırmaya katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram: ÖK, EAK, KY, YSO; tasarım: ÖK, EAK, KY, YSO; kaynak taraması KY, EAK; Veri Toplama ve İşleme: KY, EAK; analiz ve yorum: ÖK, ADE, YSO; FÖ makalenin yazımı: ÖK, ADE, YSO, KY, EAK, FÖ, KA denetleme, eleştirel inceleme ve son kontrol; ÖK; ADE; araştırmanın bütçesi yazarlar tarafından karşılanmıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. 2020, May 17. Retrived from:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018, 6. Baskı, Miki Matbaacılık.
3. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2018. 2020, Retrived from:<https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>
4. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Zundel N, Buchwald H et al. Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSO worldwide survey 2014. *Obes Surg.*, 2017, 27(9), 2279-2289. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2666-x>
5. Sabuncu T, Kıyıcı S, Eren MA, Sancak S, Sönmez A, Güldiken S et al. Summary of bariatric surgery guideline of the society of endocrinology and metabolism of Turkey. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2017, 21(4).<https://doi.org/10.25179/tjem.2017-57388>
6. Popek S, Grant M, Gemmill R, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM et al. Overcoming challenges: life with an ostomy. *Am J Surg.*, 2010, 200(5), 640-645. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.07.009>
7. Alkassis M, Haddad FG, Gharios J, Noun R & Chakhtoura G. Quality of life before and after sleeve gastrectomy in lebanese population. *J Obes.*, 2019, <https://doi.org/10.1155/2019/1952538>
8. Le Foll D, Lechaux D, Rascle O & Cabagno G. Weight loss and quality of life after bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surg Obes Relat Dis.*, 2020, 16(1), 56-64..<https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.010>
9. Vegel AJ, Shah N, Lidor AO, Greenberg JA, Shan Y, Wang X et al. Patient-reported quality of life after bariatric surgery: a single institution analysis. *J Surg Res.*, 2017, 218, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.068>
10. Janik MR, Rogula T, Bielecka I, Kwiatkowski A & Paśnik K. Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. *Obes Surg.*, 2016, 26(12), 2849-2855. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2220-2>
11. Khandalavala BN, Geske J, Nirmalraj M, Koran-Scholl JB, Neumann-Potash L & McBride CL. Predictors of health-related quality of life after bariatric surgery. *Obes Surg.*, 2015, 25(12), 2302-2305. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1684-9>
12. Reynolds CL, Byrne SM & Hamdorf JM. Treatment success: investigating clinically significant change in quality of life following bariatric surgery. *Obes Surg.*, 2017, 27(7), 1842-1848. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2568-y>.
13. Yılmaz P & Yılmaz M. Effect on quality of life of the changing body image of individuals with obesity surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 2019, 14(2), 74-80. <https://doi.org/10.1089/bari.2018.0034>
14. Silva J, Vasconcelos H, Figueiredo-Braga M & Carneiro S. How is bariatric surgery improving the quality of life of obese patients: a portuguese cross-sectional study. *Acta Med Port.*, 2018, 31(7-8), 391-398. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.9133>.
15. Akkayaoğlu H & Çelik S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Appl Nurs Res.*, 2020, 53/151270. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151270>
16. Cengiz Açıl H, Doğu Kökçü Ö, Usta E, Çelik Yılmaz A, Karaman K & Aygin D. Development of the post bariatric surgery quality of life scale. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2020, Vol. 15, No. 4. <http://doi.org/10.1089/bari.2020.0014>
17. Güven B & Akyolcu N. Effects of nurse-led education on quality of life and weight loss in patients undergoing bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 2020, 15(2), 81-87. <https://doi.org/10.1089/bari.2019.0025>
18. Aksayan S & Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde Öz etkililik algısının önemi. [The importance of perceived self-efficacy in being initiated and maintained of positive health behavior]. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 1998, 2, 35-42.
19. Bandura A. Self-efficacy. In V.S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. 1994, vol. 4, pp.71-81. New York: Academic Press.
20. Lombardo C, Cerolini S, Alivernini F, Ballesio A, Violani C, Fernandes M et al. Eating self-efficacy: validation of a new brief scale. *Eat Weight Disord.*, 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00854-2>
21. Batsis JA, Clark MM, Grothe K, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML, Somers VK et al. Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study. *Appetite*, 2009, 52(3), 637-645. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.02.017>
22. Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Büchler MW, Müller-Stich BP & Fischer L. Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months—a prospective cohort study. *Surg Obes Relat Dis.*, 2017, 13(2), 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.08.017>
23. Daniels J. *Nursing Management: Obesity*. Chapter 41. In: Levis, S., Dirksen, S., Bucher, L., Heitkemper, M., editors. *Medical Surgical Nursing*. 2014, Ninth edition.
24. Neil JA & Roberson DW. Enhancing nursing care by understanding the bariatric patient's journey. *AORN journal*, 2015, 102(2), 132-140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.014>
25. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG & Nicol S. The relationship between health related quality of life and weight loss. *Obes Res.*, 2001, 9(9), 564-571. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.73>
26. Çömlekçi N. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOL-LİTE) Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi. 2011, [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul].
27. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B & Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 1982, 51(2), 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
28. Gözüm S & Aksayan S. Öz etkililik-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. [The reliability and validity of turkish form of the self-efficacy scale]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1999, 2(1), 21-34.

29. Zengin Eroğlu M, Sertçelik S, Gündüz A & Demirkol ME. Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı. [Self-esteem and quality of life in bariatric surgery candidates]. *Anadolu Psikiyatri Derg.*, 2019, 20(1). <https://doi.org/10.5455/apd.298864>
30. Le Foll D, Lechaux D, Rasclé O, Cabagno G. Weight loss and quality of life after bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surg Obes Relat Dis.*, 2020, Volume 16, Issue 1, Pages 56-64, ISSN 1550-7289, <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.010>.
31. Kryvopustov MS. Assessment of quality of life of patients with morbid obesity in a two-stage approach to their surgical treatment. *Medicni perspektivi (Medical perspectives)*, 2018, 23(3), 20-26. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3.147949>
32. Karlsson J., Taft C, Ryde'n A, Sjö'stro'm L and Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity (2007)* 31, 1248–1261. Doi:10.1038/sj.ijo.0803573
33. Conceição E, Mitchell JE, Vaz A, Bastos AP, Ramaldo S, Silva C, et al. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors*. 2014; 15(4): 558-62
34. Gönenir Erbay L, Akyüz M, Şahin İ, Evren B, Kayaalp C, Karlıdağ R. Bariatrik cerrahi adayı morbid obezite hastalarının yaşam doyumununun beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. [The Relation of Life Satisfaction with Body Perception and Self Esteem in Morbid Obesity Patients which are Candidates for Bariatric Surgery]. *Firat Tıp Dergisi*, 2018, 23(1).

Göğüs Cerrahisi Sonrası Tüp Torakostomi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeylerinin ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi

 Sema Nur YAMAN ÇELİK¹,  Aylin DURMAZ EDEER²

¹Öğretim Görevlisi, İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, Ameliyathane Hizmetleri Bölümü, İzmir, Türkiye.

²Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye.

Öz

Giriş: Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastalarda ağrı ve hareket kısıtlaması görülebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ağrı düzeyleri ve günlük yaşam aktivitelerini saptamak, ağrı düzeyleri ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. İki üniversite hastanesinde göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan 130 hasta örneklemini oluşturmuştur. Araştırmamızda Bireysel Özellikler Formu, McGill Melzack Ağrı Soru Formu, Görsel Analog Skala ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır. Verilerin analizinde Kruskal Wallis-H testi, Spearman korelasyon ve lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların yaş ortalaması 54.46±16.39'dır. Hastaların %67.7'si erkek ve %63.8'i torakotomi yöntemi ile ameliyat edilmiştir. Hastaların ağrı puan ortalaması 4.15 ± 2.42'dir (10 üzerinden). McGill Melzack Ağrı Soru Formuna göre hastaların %55.4'ü hareket etmenin ağrısını arttırdığını belirtmiştir. Hastaların %75.4'ünün giyinme ve %50.8'inin banyo aktivitelerinde bağımlı oldukları bulunmuştur. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplam puanı ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta düzey bir ilişki saptanmıştır ($r = .44, p = .000$). Hastaların cinsiyet ($\beta = -.232, p = .004$) ve günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı ($\beta = -.373, p = .000$) bağımsız değişkenlerinin ağrı şiddetini anlamlı düzeyde yordadığı ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .000$). Değişkenlerin toplam varyansın %27'sini açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların ameliyat sonrası orta düzeyde ağrı yaşadığı saptanmış ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşadıkları bulunmuştur. Hastaların ağrı şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıkları artmaktadır. Kadın hastaların ağrı puan ortalaması erkek hastaların ağrı puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Göğüs Cerrahisi, Tüp Torakostomi, Ağrı, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Hemşirelik.

Abstract

Investigation of The Pain Levels and Daily Life Activities of Patients Who Applied Tube Thoracostomy After Chest Surgery

Introduction: Pain and limitation of movement can be seen in patients who underwent tube thoracostomy after thoracic surgery.

Objective: The aim of this study is to determine the pain levels and activities of daily living of patients who underwent tube thoracostomy after thoracic surgery, and to examine the relationship between pain levels and activities of daily living.

Method: The study is a descriptive and relation-seeking study. The sample consisted of 130 patients who underwent tube thoracostomy after thoracic surgery in two university hospitals. In our study, Individual Characteristics Form, McGill Melzack Pain Questionnaire, Visual Analog Scale and Katz Activities of Daily Living Index were used. In the analysis of the data, Kruskal Wallis-H test, Spearman correlation and linear regression analysis were performed.

Results: The mean age of the patients who underwent tube thoracostomy after thoracic surgery was 54.46±16.39 years. 67.7% of the patients were male and 63.8% of them were operated with the thoracotomy method. The mean pain score of the patients was 4.15 ± 2.42 (out of 10). According to the McGill Melzack Pain Questionnaire, 55.4% of the patients stated that movement increases their pain. It was found that 75.4% of the patients were dependent on dressing and 50.8% in bathroom activities. A statistically significant negative moderate correlation was found between Katz Activities of Daily Living Index total score and pain score averages ($r = .44, p = .000$). It was found that the independent variables of the patients' gender ($\beta = -.232, p = .004$) and total score of activities of daily living ($\beta = -.373, p = .000$) significantly predicted the severity of pain and the model was significant ($p = .000$). It was determined that the variables explained 27% of the total variance.

Conclusion: It was determined that the patients experienced moderate pain after the surgery and they were found to be addicted in their daily living activities. As the pain intensity of the patients increases, their addiction in daily living activities increases. The mean pain score of female patients was found to be higher than the average of pain score of male patients.

Key words: Thoracic Surgery, Tube Thoracostomy, Pain, Activities of Daily Living, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 06.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 24.06.2022

Correspondence Author: Öğretim Görevlisi, İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, Ameliyathane Hizmetleri Bölümü, İzmir, Türkiye. Telefon: 05050798391

E-posta: semanur.yamancelik@kavram.edu.tr

Cite This Article: Yaman Çelik SN, Durmaz Edeer A. Göğüs Cerrahisi Sonrası Tüp Torakostomi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeylerinin Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 349-358.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Göğüs cerrahisi uygulanan hastalarda plevral alanın hacmini azaltmak, plevral alanın negatif basınçta kalmasını sağlamak, akciğerlerin yeniden genişlemesini ve ventilasyonun olağan devam etmesini sağlamak ve mediastinal şifti, akciğer ödemi, kanama, ampiyem, uzamış hava kaçağı gibi birçok komplikasyonu engellemek amacıyla tüp torakostomi takılmaktadır (1-3). Tüp torakostomi takılması hastada ağrıya, konforda bozulmaya ve hareket kısıtlamasına sebep olabilmektedir (1).

Ağrı, cerrahi işlemler/girişimler sonrasında en beklendi sonuçlardan biridir (4,5). Göğüs cerrahisinde torakotomi sırasında ekartasyon ile kaburga kemiklerinin ayrılması, interkostal insizyon ile kasların kesilmesi, interkostal sinir yaralanması, plevral travma, tüp torakostomi takılması gibi farklı nedenlerle ameliyat sonrası bireyler yoğun ve uzun süreli ağrı yaşamaktadır (1,5,6,7). Göğüs cerrahisine bağlı tüp torakostomi takılan hastalarda; ağrı ile birlikte tüp torakostomine bağlı bazı hareketlerin gerçekleşmesinde kısıtlamalar olabilmektedir (1,6). Hastaya rahatsızlık veren tüp torakostomi, hastanın günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir.

Literatür de göğüs cerrahisi uygulanan hastaların ağrı durumu ile ilgili sınırlı çalışmaya ulaşılmıştır. Göğüs cerrahi uygulanan hastalarda ağrı puanının üçün üstünde olduğu, hastaların orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları belirtilmiştir (8-10). Ancak tüp torakostomi takılı olan hastaların ağrı ve günlük yaşam aktivitelerinin düzeylerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Hemşirelerin göğüs cerrahisi yapılan hastaların bakım gereksinimlerini belirlemesi ve hastalara uygun bakımı uygulamaları gerekmektedir. Bu gereksinimden yola çıkarak göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi takılan hastaların ağrı düzeylerinin ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin değerlendirilmesine gereksinim vardır. Bu çalışma ile göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ağrı düzeyleri ve etkilenen günlük yaşam aktiviteleri belirlenmiştir. Bu bulguların göğüs cerrahisi sonrası bakım için göğüs cerrahisi hemşirelerine rehber olacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmanın amacı göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ağrı düzeyleri ve günlük yaşam aktivitelerini saptamak, ağrı düzeyleri ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma Soruları

- Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeyleri nasıldır?
- Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların günlük yaşam aktiviteleri düzeyleri nasıldır?
- Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların, ağrı puan ortalaması ile günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki var mıdır?
- Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ağrı puan ortalamasını ilgili değişkenler (cinsiyet, yaş, ameliyat yöntemi, günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı) ne derece açıklamaktadır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipine uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma İzmir ilinde bulunan iki üniversite hastanesinin göğüs cerrahisi kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Temmuz-Aralık 2018 tarihlerinde toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İki üniversite hastanesinin Göğüs Cerrahisi Kliniğinde göğüs cerrahisi ameliyatı uygulanan ve tüp torakostomi takılan tüm bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğüne karar vermek için güç analizi testi G-power 3.0 programında tek grupta 0.5 orta etki büyüklüğünde 0.01 anlamlılık düzeyinde, 0.95 gücünde örneklem sayısı %10 kayıp da düşünülerek 90 kişi olarak hesaplanmıştır. Regresyon analizinin yapılabilmesi için örneklem sayısının 100'ün üzerinde olması uygun olduğundan (11), örnekleme alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 130 hasta örnekleme oluşturmuştur.

Örnekleme Alınma Kriterleri

18 yaşından büyük olan, kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, işitme ve görme sorunu olmayan hastalar, Türkçe okuma ve yazmasında sorun olmayan hastalar, göğüs cerrahisi ameliyatı olan ve tüp torakostomi ile 25-48 saat geçirmiş olan hastalar, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden ve yazılı onam alınan hastalar çalışmamızın örneklem grubunu oluşturmuştur. Klinikte genel durumu (yaşam bulguları instabil olan) veya bilinç durumu bozulan hastalar, oksijen saturasyonu %90'ın altında olan hastalar ve tüp torakostomisine bağlı ilk 24 saat içinde komplikasyon geçiren hastalar (tıkanma, kanama) çalışmamızdan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada hastaya ait sosyo-demografik ve ameliyata yönelik veriler bireysel özellikler formu, hastanın ağrı yeri, özelliği, ağrıyı artıran ve azaltan durumları tanımlamak için McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF), hastaların ameliyattan 24 saat sonra yaşadığı ağrı şiddetini tanımlamak için Görsel Analog Skala (GAS) ve hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunu değerlendirmek için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır.

Bireysel Özellikler Formu

Bireysel özellikler formu, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi yapılarak oluşturulmuştur (1,2,6,7). Bu formda, hastanın cinsiyeti, yaşı, ameliyat kesi tipi, insizyon yeri, tüp torakostomi yeri ve sayısı, cerrahi girişim bölgesi, hastanın mobilizasyonu, gibi verileri elde etmek için dokuz sorudan oluşturulmuştur.

Mcgill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)

Bu form, Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilmiş olup, günümüzde birçok çalışmada kullanılmış, birçok dile çevrilmiştir. Formun, ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Yazıcı, Eti-Aslan ve Olgun (1998) tarafından yapılmıştır. McGill Melzack Ağrı Soru Formu'nun Cronbach alfa değeri 0.98 olarak bulunmuştur (12). Bu ölçek, dört bölümden oluşur. Birinci bölümde; hastanın ağrısının derinliği değerlendirilir (13). İkinci bölümde; ağrının duyuşal, algısal ve ağrının özelliğinin değerlendirilmesini ölçen 20 takım kelime grubu ağrının niteliğini tanımlamaktadır (13-15). Üçüncü bölümde; ağrının zamanla

ilişkisi değerlendirilir. Ayrıca hastanın ağrısını rahatlatan ve artıran durumları açıkladığı bölümdür. Dördüncü bölümde; hastanın ağrı şiddetini ölçmek için birden beşe kadar kelimeler hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz şeklinde derecelendirilmiştir (13). MASF'ın toplam puanı yoktur, her bölüm kendi içinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada ise MASF'nin Cronbach alfa katsayısı toplam ölçekte 0.70 olarak hesaplanmıştır.

Görsel Analog Skala (GAS)

Bu skala, ağrının şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. Skalanın bir ucunda ağrının olmadığı ifadesi, diğer ucunda ise oluşabilecek en şiddetli ağrıyı anlatan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hastaya kendi ağrısını işaretlemesi söylenir. GAS, ağrı şiddeti ölçmede tek boyutlu ölçekler arasında fazla hassas ve güvenilen bir ölçektir (12,16). Bu skala çalışmanın yapıldığı her iki klinikte rutin olarak hemşireler tarafından uygulanmaktadır.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (KGYAI)

Bu indeks Katz ve ark. (1963) tarafından geliştirilmiştir. Hastanın günlük yaşamında sıklıkla yapmak zorunda olduğu aktivitelerde başkasına olan bağımlılığını belirler (17). Bu indeksin Türkçe versiyonun ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2015 yılında Arık ve ark. (18) tarafından yapılmış ve 2018 yılında Pehlivanoğlu ve ark. (19) tarafından ikinci geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İki çalışmada da iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur ve ölçeğin güvenilir olduğu gösterilmiştir (18, 19). Bu çalışmada ise KGYAI'nin Cronbach alfa katsayısı toplam ölçekte 0.73 olarak hesaplanmıştır.

GYA indeksi bireylerin banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme gibi temel aktivitelerini sorgulamaya yönelik altı sorudan oluşmaktadır. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksinde banyo aktivitesi, vücudunun küçük bir parçasının yıkanması olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda da hastaların el, yüz yıkaması banyo aktivitesi olarak değerlendirilmiştir. Hastalara bu şekilde açıklanmıştır. Birey altı aktivite açısından değerlendirilir. Bağımsız olarak yaptığı aktivitelerden bir puan alır, hiç yapamıyorsa sıfır puan verilerek değerlendirilir. Birey, altı günlük yaşam aktivitesini bağımsız olarak yapıyorsa toplam altı puan alır. Hastaların bu aktivitelerini yaparken bir başkasının yardımına ihtiyaç duyması bağımlılık olarak tanımlanmıştır. Araştırmamızda her aktivitenin yapılma durumu ve GYA indeksinin toplam puanı kullanılmıştır.

Verilerin Toplanması

Hastalar ile ameliyatlarından 25-48 saat sonra klinik ortamda yüz yüze görüşülmüştür. GAS, MASF ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve bireysel özellikler formu araştırmacı tarafından hastalar ile görüşülerek doldurulmuştur. Bireysel özellikler soru formunda yer alan hastanın tanısı, yapılan cerrahi girişim, ameliyat ve torakotomi ile ilgili bilgiler hasta dosyasından alınmıştır. Göğüs cerrahisi kliniğinde hastaların ağrı yönetimine yönelik rutin farmakolojik tedavisi uygulanmıştır. Tedavi planında atipik opioid analjezik 2*1, asetaminofen ise 4*1 şeklinde uygulanmaktadır. Hastaların ağrı değerlendirmesi görüşme sırasında bir kez yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Packet Programma For Social Sciences) 24.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Cinsiyete, yaşa ve ameliyat tipine göre hastaların ağrı düzeyleri arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki Sperman Korelasyon testi ile incelenmiştir. Hastaların ağrı şiddetini etkileyen bağımsız değişkenlerin (cinsiyet, yaş, ameliyat tipi, ameliyat yöntemi, Katz GYA toplam puanı) yordamasında lineer (doğrusal) regresyon analizi yapılmıştır. Hastanın ağrı şiddetini etkileyeceğini öngördüğümüz değişkenler regresyon modeline dahil edilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: McGill Melzack Ağrı soru Formu ve Görsel Analog Skala ağrı puan ortalaması, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalamaları

Bağımsız değişken: Hastanın yaşı, cinsiyeti, ameliyat yöntemi (torakotomi ve VYGC)

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir ilinde bulunan iki üniversite hastanesi başhekimliği ve göğüs cerrahisi ana bilim dallarından kurum izinleri (tarih ve sayı: 04/05/2018-7229585-10.99-E.23006; tarih ve sayı: 14/09/2018-49587101-044) ve ilgili üniversitenin girişimsel olmayan etik kurulundan etik onay alınmıştır (Tarih ve sayı: 07.06.2018- 2018-14-21). Araştırmanın örnekleme uygun hastalara sözlü açıklama yapılmış, katılmak isteyen hastalardan bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak yazılı onamları alınmıştır. Bu araştırma Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırma makale ve yayın etiğine uygun olarak hazırlanmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş		54,46 ± 16,39 (Min:18, Max:79)	
Ağrı Puanı		4.15 ± 2.42 (Min:1, Max:10)	
Cinsiyet	Kadın	42	32.3
	Erkek	88	67.7
Ameliyat yöntemi	Video yardımcı göğüs cerrahisi (VYGC)	47	36.2
	Torakotomi	83	63.8
Ameliyat Tipi	Lobektomi	36	27.7
	Wedge rezeksiyon	21	16.2
	Kitle eksizyonu	19	14.6
	Büllektomi	13	10
	Biyopsi	13	10
	Plöredez	10	7.7
	Pnöminektomi	5	3.8
	Dekortikasyon	4	3.1
	Bilobektomi	2	1.5
	Kisthidatik-kapitonaj	4	3.1
	Diyafram onarımı	3	2.3
Tanı	Akciğer kitle	82	63.1
	Spontanpnömotoraks	14	10.8
	Büllöz akciğer	11	8.5
	Plevra hastalıkları	5	3.8
	Kist hidatik	5	3.8
	Mediastinal kitle	4	3.1
	İnterstisyel Akciğer Hastalığı	3	2.3
	Diyafram onarımı	3	2.3
Tüp torakostomi Sayısı			
	1	107	82.3
	2	23	17.7
Toplam		130	100

n: toplam sayı, %: yüzde

Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların yaş ortalaması 54.46±16.39 'dır. Hastaların %67.7'si (n = 88) erkektir. Hastaların %63.8'i (n = 83) torakotomi yöntemi ile ameliyat edilmiştir. Hastaların %63.1'i (n = 82) akciğerde kitle nedeniyle ameliyat olmuştur. Hastaların %27.7'sine (n = 36) lobektomi, %16.2'sine (n = 21) wedge rezeksiyonu, %14.6'sına (n = 19) kitle eksizyonu yapılmıştır. Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların %82.3'ünde (n = 107) bir adet tüp torakostomi bulunmaktadır. Hastaların GAS'a göre ameliyattan sonraki 25-48. saatler arası ağrı puan ortalaması 4.15 ± 2.42'dir (10 üzerinden) (Tablo 1).

Tablo 2. McGill Melzack Ağrı Soru Formuna Göre Ağrı Şiddeti Puan Dağılımı (n = 130)

Ağrı şiddeti	n	%
Hafif	35	26.9
Rahatsız edici	48	36.9
Şiddetli	34	26.2
Çok şiddetli	9	6.9
Dayanılmaz	4	3.1
Toplam	130	100

n: toplam sayı, %: yüzde

MASF'na göre hastaların %36.9'u (n = 48) ağrılarının rahatsız edici olduğunu, %26.9'u (n = 35) hafif düzeyde ağrı yaşadığını ve %26.2'si (n = 34) şiddetli düzeyde ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyleri (n:130)

Günlük yaşam aktiviteleri	Bağımlı		Bağımsız	
	(n)	%	(n)	(%)
Banyo	66	50.8	64	49.2
Giyinme	98	75.4	32	24.6
Tuvalet	46	35.4	84	64.6
Transfer	67	51.5	63	48.5
Kontinans	0	0	130	100
Beslenme	14	10.8	116	89.2

n: toplam sayı, %: yüzde

Ameliyat sonrasında tüp torakostomi takılı olan hastaların %55.4'ü (n = 72) hareket etmek, %17.7'si (n = 23) hareket etmek ve öksürmenin birlikte, %16.9'u (n = 22) öksürmek, %10'u (n = 13) ise derin nefes almanın ağrısını artırdığını ifade etmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (t = 3.86, p = .000). Kadın hastaların ağrı puan ortalaması erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaş (t = 1.82, p = .070) ve ameliyat yöntemine (Torakotomi ve VYGC) (t = 1.41, p = .161) göre ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksine göre GYA dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların %75.4'ü (n = 98) giyinme ve %51.5'i (n = 67) transfer (yataktan kalkma) aktivitesinde bağımlıdır. Hastaların hiçbirinde kısmi ya da tam olarak mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut değildir. Hastaların Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri toplam puan ortalaması (6 üzerinden) 3.76 ± 1.44 'dür.

Hastaların GYA toplam puanı ile ağrı puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzey bir ilişki saptanmıştır (r = -.44, p = .000). Hastaların ağrıları arttığında günlük yaşam aktivitelerinde azalma meydana gelmektedir. Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların GAS ölçeğine göre ağrı puan ortalaması ile banyo (r = -.19, p = .026), tuvalet (r = -.29, p = .001), transfer (r = -.27, p = .002), beslenme (r = -.24, p = .005) günlük yaşam aktivite düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır. Hastaların GAS ölçeğine göre ağrı puan ortalaması ile giyinme (r = -.42, p = .000) günlük yaşam aktivite düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzey bir ilişki saptanmıştır. Ağrı şiddeti arttıkça giyinme aktivitesinde bağımlılık artmıştır.

Tablo 4. Ağrı Şiddetiyle İlgili Değişkenlerin Linear Regresyon Sonuçları

Değişkenler	Model				
	B	SH	B	t	p
Constant	10.069	1.040		9.677	.000
Cinsiyet	-1.203	.407	-.232	-2.954	.004
Yaş kategorisi	-.691	.397	-.134	-1.739	.084
Ameliyat yöntemi	-.453	.388	-.090	-1.168	.245
GYA (toplam)	-.629	.133	-.373	-4.731	.000
R	.520				
R ²	.270				
F	11.581				
p	.000				
DW (1.5-2.5)	1.78				

p < .050 B:Tahmin denklemi SH: Standart Hata β: Beta R²: Belirtme Katsayısı DW: Durbin-Watson GYA: günlük yaşam aktiviteleri kategorik:Cinsiyet 0: kadın, yaş kategorisi 0:65 yaş ve altı)

Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların GAS ölçeğine göre ağrı puan ortalaması ile ilgili değişkenlerin linear regresyon sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Hastaların cinsiyet, yaş kategorisi, ameliyat yöntemi, günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı bağımsız değişkenleri ile ağrı şiddeti arasında ki yordama incelenmiştir. Hastaların cinsiyet (β = -.232 p = .004) ve GYA toplam puanı (β = -.373 p = .000) bağımsız değişkenlerinin ağrı şiddetini anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (p = .000). Modelde hastaların cinsiyet ve GYA toplam puanı değişkenleri ağrı şiddetiyle anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu değişkenlerin toplam varyansın %27'sini açıkladığı saptanmıştır.

Tartışma

Hastaların GAS'a göre ameliyattan sonraki 25-48. saatler arası ağrı puan ortalaması 4.15 ± 2.42 'dir. Torakotomi sonrası ağrı kontrolüne yönelik yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası GAS'a göre ağrı (5 ± 4 [median=range]) bulunmuştur (20). Posterolateral veya antero lateral torakotomi yapılan 30 hastanın ameliyat sonrası ağrısının değerlendirildiği çalışmada ameliyat sonrası 1.günde perikostal sütür atılan hasta grubunun GAS'a göre ağrı puanı 7.1 olarak bulunmuştur (21). VYGC ile ameliyat yapılan hastaların ortalama ağrı seviyesi ameliyat sonrası 1. günde 2.7 bulunmuştur (22). Torakotomi sonrası ağrı tedavisindeki gereksinimlere yönelik yapılan çalışmada ise GAS ortalaması ilk 24 saatte 5.26 olarak bulunmuştur (23). Çalışma sonuçlarına göre farklı ağrı şiddeti saptanmıştır. Bir çalışmada şiddetli, bir çalışmada da hafif düzey ağrı yaşadıkları diğer çalışmalarda hastaların orta şiddette ağrı yaşadıkları bildirilmiştir. Toraks cerrahisi sonrası yaşanan ağrıda major kasların kesilmesi, kostaların ekartasyonu ve tüp torakostomi yerleştirilmesi önemli rol oynar (1,5,24,25). Ameliyat sonrası ağrı, cilt insizyonu ile başlar ve

kaslarda ve periferik sinirlerde meydana gelen harabiyetle devam eder. Hastaların etkili bir şekilde ağrılarının yönetilmemesi de ağrı yaşamalarını etkilemektedir. Hastalarımız insizyon varlığı, tüp torakostomi takılı olması ve ağrı yönetimindeki eksiklikler nedeniyle orta düzeyde ağrı yaşamış olabilir.

Çalışmamızda; hastaların %36.9'u ise rahatsız edici, %26.9' hafif düzeyde ağrı, hastaların %26.2'si şiddetli, %6.9'u çok şiddetli, %3.1'i dayanılmaz düzeyde ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ameliyat sonrası hastaların ağrısını değerlendiren bir çalışmada hastaların %38,7'sinin ağrılarının "hafif", %28'in de "rahatsız edici" olduğu saptanmıştır (26). Tavşanlı ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı hastaların %52.4'ü rahatsız edici, %35.7'si şiddetli ağrı yaşadığını ifade etmişlerdir (27). Bizim araştırma sonuçlarımız diğer sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Ameliyat sonrası hastalar ağrı yaşamaktadırlar. Ağrının algılanması, hastalara göre farklılık gösterebilmektedir. Ağrı algılamasındaki farklılıklar nedeniyle hastalar yaşadıkları ağrıları bu şekilde tanımlamış olabilir. Ayrıca hastalara klinikte uygulanan ağrıyı azaltmaya yönelik farmakolojik tedavilere rağmen hastaların farklı düzeylerde ağrı yaşadığı da görülmektedir.

Hastaların %55.4'ü hareket etmek, %17.7'si hareket etmek ve öksürmenin birlikte, %16.9'u öksürmek, %10'u ise derin nefes almanın ağrıyı artıran durumlar olduğunu ifade etmiştir. Kol'un 2013 yılında tüp torakostomi olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %85.7'si hareket etme, %74.3'ü nefes alma, %68.6'sı öksürme, %54.3'ü tüp torakostomi hareketi ve %37.1'i gürtlülü ortamların ağrıyı artıran durumlar olduğunu söylemişlerdir (28). Tüp torakostomi olan hastalarda ameliyat sonrası hareket etme, öksürme ve derin nefes alma davranışları sırasında mekanik uyarılar oluşur. İnflamasyon alanında sinir uçlarının uyarılması nörotransmitter madde salınımını sağlar. Substans P, bradikinin, histamin, prostaglandin, lökotrienler salgılanarak ağrı üzerinde aktivasyon ve sensitizasyon yaparlar. Bunun sonucundan nörotransmitterlerin aktivasyonu veya salınım mediyatörler aracılığıyla ağrı medulla spinalis afferent transmisyon ve dorsal boynuz üzerinden üst merkezlere iletilerek ağrı algılanır (1,29,30). Hastalarımızda göğüs kafesinde insizyonun varlığı, tüp torakostominin varlığı göğüs kafesini hareket ettirecek (öksürme, derin nefes alma vb.) aktiviteler sırasında ağrı uyarımının başlamasına sebep olması nedeniyle hastalar bu durumları ağrıyı artıran durumlar olarak tanımlamış olabilir.

Hastaların ameliyat yöntemlerine (Torakotomi ve VYGC) göre ameliyattan sonra GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .050$). Torakotomi ve VYGC uygulanan hastalardaki ağrıyı inceleyen bir çalışmada ameliyat sonrası nöropatik ağrı yaşayan hasta sayısının, torakotomi uygulanan hastalarda (%71.4) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .000$) (31). Torakotomi ve VYGC ile lobektomi yapılan hastaların ağrı şiddetlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, torakotomi yapılan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanları VYGC yapılan hastaların ağrı puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (32). VYGC ve anterolateral torakotomi yoluyla lobektomi yapılan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde anterolateral torakotomi yöntemi ile ameliyat olan hastaların %63'ünün, VYGC yöntemi ile ameliyat olan hastaların %38'inin orta-şiddetli ağrı yaşadığı, hastaların ağrı düzeyleri arasında klinik olarak anlamlı ($NRS \geq 3$) fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,0012$) (10). VYGC ve mini torakotomi yapılan hastaların ağrılarının değerlendirildiği başka bir çalışmada da ameliyat sonrası 24. Saatte VYGC yapılan hastaların ağrı puan ortalamaları 4.19 ± 2.73 , mini torakotomi yapılan hastaların ağrı puanı 6.89 ± 1.06 , 48. saatte ağrı puan ortalamaları VYGC yapılan hastalar için 2.23 ± 1.88 , mini torakotomi yapılan hastaların ağrı puanı 5.33 ± 1.06 bulunmuştur (9). Lobektomi sonrası ağrı şiddetinin incelendiği başka bir çalışmada torakotomi yöntemi ile ameliyat olan hastaların ilk 48 saat içinde anlamlı düzeyde ağrı yaşadığı bulunmuştur (8). Bu çalışmada ameliyat yöntemlerine göre ağrı şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki ameliyat tipinde de cilt insizyonu, kas ve sinir hasarı olmaktadır. Göğüs cerrahisi ameliyatlarından sonra fazla uyarandan dolayı ağrı kontrolü zordur ve tek bir analjezik yöntem ile tüm uyarıların engellenmesi mümkün değildir. Hastaların ağrı yönetiminde genellikle non-steroid antiinflamatuar ve santral etkili kas gevşeticiler öncelikle kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının tedavisinde tek bir ajan değil de farklı ilaçlarla dengeli şekilde multimodal analjezi uygulanması önerilmektedir (33). Hastalarımıza multimodal analjezi uygulaması yapılmaması nedeniyle iki farklı yöntem ile ameliyat edilen hastalar benzer şekilde ağrı yaşamış olabilirler. Ayrıca iki farklı yöntem ile ameliyat olan hastaların ameliyata bağlı interkostal kasları kesilmiş ve tüp torakostomi uygulanmıştır. Bu nedenlere bağlı hastaların ağrı şiddetlerinde fark olmamış olabilir.

Çalışmamızda göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların cinsiyetlerine göre GAS puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .050$). Ameliyat sonrası ağrı şiddetine cinsiyetin etkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır (34-40). Göğüs cerrahisi olan hastaların cinsiyetlerine göre ağrı düzeylerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmıştır (36) Video yardımcı torakoskopik cerrahi uygulanan hastalarda orta-şiddetli postoperatif ağrının incelendiği bir çalışmada erkeklerin %48.4'ü, kadınların %55.4'ü 24 saat içinde orta-şiddetli ağrı ($VAS \geq 4$) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (36). Göğüs cerrahisi dışında ameliyat olan hastaların ağrılarının değerlendirildiği çalışmalarda; kadınların ameliyattan sonra daha sık ve yüksek şiddette ağrı yaşadığı bulunmuştur (34, 35, 37). Ağrı şiddetinin cinsiyete göre değişmediğine yönelik çalışmalarda bulunmaktadır. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlendiği bir çalışmada kadınlarla erkeklerin ameliyat sonrası ağrı ortalamalarının benzer olduğu belirtilmiştir ($p > .050$) (38). Ağrıyla ilgili yapılan çalışmada bazı genetik (katekolaminleri metabolize eden bir enzim olan katekol-O-metil-transferazı (COMT) ve Mu-opioid reseptör geni (OPRM1)) özelliklerin cinsiyete ve etnik gruba göre değiştiği, ağrı deneyiminde bireyler arası değişkenlik olduğu da ortaya konulmuştur (39). Ayrıca, ağrı ve cinsiyet ilişkisinde kültürel etkilerle erkeklerin ağrıya toleransının daha iyi, kadınların ise ağrıya karşı toleranslarının daha az olduğu da belirtilmektedir (40). Bizim çalışmamızda kadınların ağrı puan ortalamaları erkeklerin ağrı puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kültürel olarak erkeklerin güçlü görünme davranışı nedeniyle ağrı yaşadıklarını daha az ifade etmeleri ile açıklanabilir.

Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların yaşlarına göre GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .050$). Video yardımcı torakoskopik cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif ağrının incelendiği çalışmada ilk 48 saat içinde 52 yaş ve altındaki hastaların %23'ü, 68 ve yukarıda yaşı olan hastaların %12'si orta-şiddetli ($VAS \geq 4$) ağrı yaşamışlardır (36). Göğüs cerrahisinde yaşın ağrıya etkisini inceleyen başka çalışmaya ulaşılabilir. Diğer cerrahi girişimler sonrası yaşın ağrı şiddetini algılamayı etkilediğini gösteren çalışmalar

bulunmuştur (37,41). Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde erken dönem komplikasyonların değerlendirildiği bir çalışmada 18-64 yaş arasında ağrı görülme sıklığının istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p < .050) (35). Bununla birlikte Acar ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise yaş ile ameliyat sonrası ağrı şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (p > .050) (38). Bizim çalışmamızda hastaların %32.4'ü 65 yaş ve üstü hastalardır. 65 yaş altı hastaların ağrı puanı 4.42 ± 2.47 , 65 yaş üstü hastaların ağrı puanı 3.59 ± 2.26 olarak saptanmıştır. Hastaların ağrıların etkin yönetilememesi, insizyon ve tüp torakostomi gibi ağrıyı artıran faktörlerin varlığı nedeniyle yaşlara göre ağrı puanları arasında fark bulunmamış olabilir.

Çalışmamız da göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksine göre %75.4'ü giyinme, %51.5'i transfer, %50.8'i banyo, %35.4'ü tuvalete gitme, %10.8'i beslenme aktivitesinde bağımlı yani birinin desteğine ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde cerrahi sonrası günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesini yapan az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Yapılan incelemelerde göğüs cerrahisi uygulanan hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren bir çalışmaya ulaşılmıştır. Göğüs cerrahisi sonrası kronik ağrının günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada göğüs cerrahisine bağlı ağrısı olan hastaların %50'den fazlasında ameliyat edilen tarafa yatma, öksürme, yiyecek taşıma gibi aktiviteleri bozulmuştur (p < .050) (42). Torakotomi ameliyatında göğüs duvarının majör kasları olan latissimus dorsi, serratus anterior ve trapezius kaslarının kesilmesi, Video yardımlı göğüs cerrahisi ile ameliyat olanlar için ise trokar yerleştirilirken kas ve sinir zedelenmesi görülmektedir (24). Ayrıca tüp torakostomi takılı hastalarda; tüp torakostomine bağlı bazı hareketlerin gerçekleşmesinde kısıtlamalar olabilmektedir (1,6). Bu yapılan girişimler hastaların ameliyat sonrası giyinme, transfer- yataktan kalkma ve banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmasına neden olabilir.

Hastaların GYA toplam puanı ile ağrı puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzey bir ilişki saptanmıştır (p = .000). Ayrıca, göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların, ağrı puan ortalaması ile giyinme günlük yaşam aktivitesi arasında negatif yönde orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların, ağrı puan ortalaması ile banyo, tuvalet, transfer ve beslenme günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların ağrı puanları azaldığında günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yapabilme durumlarında artış meydana gelmektedir. Hastaların ağrı puanları arttığında özellikle giyinme aktivitesinde bağımlılık görülmektedir. Literatürde ağrı ile GYA arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya ulaşılamamıştır. Tüp torakostomi takılması hastada ağrı, konforda bozulma ve hareket kısıtlamasına sebep olmaktadır (1). Ağrı puanı artması hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapma da bağımlı olmalarına sebep olmaktadır. Hastanın ağrı yaşamaması, ağrıyı artıracak hareketlerden kaçınmasına yol açmaktadır. Özellikle giyinme aktivitesinde gövde ve kolların kullanılması sırasında, insizyon yerinin ve tüp torakostominin toraksta olması nedeniyle ağrı oluşabilmektedir. Bu durum göğüs cerrahisi olan ve tüp torakostomi olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri sırasında bağımlı olmalarına neden olabilmektedir.

Çalışmamız da hastaların cinsiyet, yaş kategorisi (65 yaş üstü ve 64 yaş altı), ameliyat yöntemi, günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı bağımsız değişkenleri ile ağrı şiddeti arasındaki yordama incelenmiştir. Modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (p = .000). Hastaların kadın cinsiyet (p = .004) ve GYA toplam puanı (p = .000) bağımsız değişkenlerinin ağrı şiddetini anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Modelde hastaların cinsiyet ve GYA toplam puanı değişkenlerinin ağrı şiddetiyle anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu değişkenlerin toplam varyansın %27'sini açıkladığı saptanmıştır. Akut ağrıyı etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada 371 hasta ile yapılan regresyon analizi sonucunda kadın cinsiyeti, preoperatif ağrı, alkol veya uyuşturucu kullanımı, geçmiş ağrı deneyiminin akut ağrının %40'ını oluşturduğu açıklanmıştır (34). Ameliyat sonrası akut ağrının; ağrı yoğunluğu, yaş ve ameliyat öncesi ağrı varlığı ile pozitif yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır (37). Video yardımlı torakoskopik cerrahi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada da genç hasta olmanın, ameliyat öncesi 1 ay içinde mevcut ağrı varlığının olmasının ve göğüs tüpü yerleştirme sayısının ameliyat sonrası orta-şiddetli ağrı için risk faktörü olduğu bulunmuştur (36). Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası ağrı puanında cinsiyet ve günlük yaşam aktiviteleri toplam puanının etkili olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların ağrı puanının yüksek olmasının, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların ağrı puanının yüksek olmasının ameliyat sonrası ağrı da etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Göğüs cerrahisi sonrası tüp torakostomi uygulanan hastaların ağrı şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri bir kez değerlendirilmiştir. Hastaların taburculuk sürecine yönelik sonuç bulunmamaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak, göğüs cerrahisi yapılan ve tüp torakostomi takılan hastalar farmakolojik ağrı tedavisi almasına rağmen orta düzeyde ağrı yaşamaktadır. Bu hastaların yarısından fazlası hareket etme eyleminde ağrıların arttığını ifade etmiştir. Hastaların ağrı şiddeti puanı azaldığında günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız hale geldiği de gösterilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda; hemşirelerin ameliyat sonrası hastaların hareket etmesini (mobilizasyonunu) ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeden önce hastanın ağrısını etkili şekilde yönetmesi gerekmektedir. Hasta ağrısı yönetildiğinde aktivitelere katılımı artacaktır. Ayrıca hastaların dörtte üçünün giyinme aktivitesinde birinin desteğine ihtiyaç duyduğu ve bağımlı hissettiği saptanmıştır. Klinikte bu hastalara bakım veren hemşireler, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyini değerlendirmeli ve desteğe gereksinimi olan hastalara destekleyici tutum sergilemelidir.

Bu sonuçlara göre, araştırmacılar için göğüs cerrahi sonrası tüp torakostomi takılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiğini belirlemek için kalitatif araştırma yapılması, bu hastaların göğüs tüpü çıkarıldıktan sonra ve taburculuk sırasında yaşadıkları sorunların belirlenmesi önerilmektedir.

Bilgilendirme

Bu çalışma için ilgili üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 07.06.2018, No: 2018-14-21) onay alınmıştır. Bilgilendirilmiş yazılı onam bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır. Araştırmanın bütçesi yazarlar tarafından karşılanmıştır. Araştırmayı yöneten araştırmacılar arasında ve herhangi bir kurum ile bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazar katkısı: Çalışma konusunun belirlenmesi: ADE Literatür Tarama: SNÇY Tasarım: SNÇY, ADE Veri Toplama: SNÇY Veri Analizi: SNÇY, ADE Makalenin yazımı: SNÇY Makalenin eleştirel inceleme ve son kontrol: SNÇY, ADE. Çalışmaya katılan tüm hastalarımıza, kurum izni veren hastanelerin yöneticilerine teşekkür ederiz.



Kaynaklar

- Lindsay L, Polomano KRC. Pain, chapter 9. In Sharon L, Lewis L, Bucher M, Heitkemper M, Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 9th Edition. St. Louis:Elsevier; 2014. 114-139.
- Ravi C, Mcknight CL. Chest tube. In: StatPearls [online]. 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459199/>. 17 Haziran 2022
- Eti Aslan F. Ameliyat sonrası bakım. İçinde Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 5. Basım. Adana: Akademisyen Kitapevi; 2020. 299-327.
- Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nitelik değişimi: iki periyodun karşılaştırılması. *Kafkas J MedSci* 2014;4(2):62-68.
- Amprachim S, Dkegkes J, Papathanasio J, Kourkoata L. Factors associated with chronic post-thoracotomy pain. *Balkan Military Medical Review* 2013;16(2): 105- 113.
- Mergner D. Pain management in patients with a chest drain, chapter 10. In Kiefer T. Chest Drains in Daily Clinical Practice. First Edition. Cham Switzerland: Springer International Publishing 2017: 171-179.
- González LB, Castro OG, Candela SC. Chest wall paraesthesia after thoracic surgery. In İmbelloni L, Gouvenia MA. Paresthesia, First Edition. Janeza Trdine: IntechOpen 2012;17-34.
- Blichfeldt-Eckhardt MR, Andersen C, Ordning H, Licht PB, Toft P. From acute to chronic pain after thoracic surgery: the significance of different components of the acute pain response. *Journal of Pain Research* 2018;11:1541-1548.
- Andreotti C, Menna C, Ibrahim M, Ciccone AM, D'Andrilli A, Venuta F et al. Postoperative pain control: videothoracoscopic versus conservative mini-thoracotomic approach. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014;46(5):907-12.
- Bendixen M, Jørgensen OD, Kronborg C, Andersen C, Licht PB. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology* 2016;17(6):839-844
- Süt N. Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. *RAED Dergisi* 2011;3(1-2):29-33.
- Yazıcı S, Eti-Aslan F, Olgun N. Adölesan ve erişkinlerin postoperatif ağrı değerlendirilmesinde Mcgill melzack ağrı soru formu MASF'nun kullanımına yönelik bir çalışma. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi 1998; Ankara.
- Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6(1). 9-16.
- Ferreira VTK, Guirro ECO, Filho AVD, Ferreira SMA, Almeida AM. Characterization of chronic pain in breast cancer survivor using the mcgill pain questionnaire. *J Bodyw Mov Ther.* 2015;19(4):651-5.
- Melzack R. The mcgill pain questionnaire from description to measurement. *Anesthesiology.* 2005;7(103):199-202.
- Cline ME, Herman J, Show F, Marton RD. Standardization of the visual analogue scale. *NursRes.* 1992;41(6):378-379.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of adl. *Gerontologist* 1970;10(1):20-30.
- Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kılıç MK et al. Validation of katz index of independence in activities of daily living in turkish older adults. *ArchGerontolGeriatr.* 2015;61:344-50.
- Pehlivanoglu EFÖ, Özkan UM, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Adjustment and reliability of katz daily life activity measures for elderly in turkish. *Ankara Med J* 2018; 2:219-223.
- Öztürk T, Topçu İ, Yaldız S, Özbakkaloğlu A, Aşık K, Yentür A. Torakotomi sonrası postoperatif ağrı kontrolünde torakalepidural ve paravertebral bloğun karşılaştırılması. *Agri* 2016;28(1):32-38.
- Leandro JD, Rodrigues OR, Slaets AFF, Aurelino F, Schmidt, JR, Milton L et al. Comparison between two thoracotomy closure techniques: postoperative pain and pulmonary function. *J BrasPneumol* 2014;40(4): 389-396.
- Akar FA, Rivas DG, Ismail M, Deeb M, Reichenshtein Y, Halpern IH et al. Uniportal video-assisted thoracic surgery: themiddle east experience. *J ThoracDis.* 2017;9(4): 871-877.
- Demirhan A, Gül R, Ganıdağlı S, Koruk S, Mızrak A, Şanlı M ve ark. Torakotomi sonrası ağrı tedavisinde tramadol ve deksmedetomidinin kombinasyonu. *GKDA Dergisi* 2011;17(2):34-41.
- Erden S, Çelik ŞS. Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2 (1-2-3): 11-24.
- Wenk M, Schug SA. Perioperative pain management after thoracotomy. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(1):8-12.
- Yıldırım A, Şendir M, Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanınması ve ağrı yönetimi. *SBÜHD Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019; 1(3): 157-164.
- Tavşanlı GE, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı Dergisi* 2013; 25(3):93-100.
- Kol E, Erdogan A, Karslı B, Erbil N. Evaluation of the outcomes of ice application forthe control of pain associated with chest tube irritation. *Pain Management Nursing* 2013; 14 (1), 29-35.
- Guyton AC, Hall JE. Somatik duyular, 2. ağrı, baş ağrısı ve termal duyular. İçinde Yeğen BÇ, Alican İ, Solakoğlu Z, Tıbbi Fizyoloji. 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp kitapevleri; 2017: 598-608.
- Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi* 2017; 16:70-76.
- Homma T, Shimada Y, Tanabe K, Akemoto Y, Ojima T, Yamamoto Y et al. Adverse factors and postoperative neuropathic pain in challenging video-assisted thoracoscopic surgery. *Ann Palliat Med.* 2021;10(3):2849-2858.
- Wu L, Wang H, Cai H, Fan J, Jiang G, Yayi He et al. comparison of double sleeve lobectomy by uniportal video-assisted thoracic surgery (vats) and thoracotomy for nslc treatment. *Cancer Manag Res.* 2019; 11: 10167-10174.
- Kefeli ÇH, Doğanay Z. Postoperatif ağrı kontrolü, göğüs duvarı hastalıkları ve cerrahisi. İçinde Gürsoy S, Kutluk AC, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 1. Basım. İstanbul: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği; 2020: 279-291.
- Hah MJ, Cramer E, Hilmo H, Schmidt P, Mccue R, Trafton J et al. Factors associated with acute pain estimation, postoperative pain resolution, opioid cessation, and recovery. *JAMA Netw Open* 2019; 1;2(3):e190168.

35. Sözen KK. Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde görülen erken dönem komplikasyonların değerlendirilmesi. *J Cukurova Anesth Surg.* 2020;3(3):212-22.
36. Kai S, Liu D, Chen J, Yu S, Bai Y, Chen C et al. Moderate-severe postoperative pain in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery: A retrospective study. *Sci Rep.* 2020;10(1):795.
37. Wang Y, Liu Z, Chen S, Ye X, Xie W, Hu C et al. Pre-surgery beliefs about pain and surgery as predictors of acute and chronic post-surgical pain: A prospective cohort study. *Int J Surg.* 2018;52:50-55.
38. Acar K, Acar H, Demir F, Eti Aslan F. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2016;(2):85-91.
39. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain.* 2017;158 (1):11-18.
40. Meints SM, Wang V, Edwards RR. Sex and race differences in pain sensitization among patients with chronic low back pain. *J Pain* 2018;19(12):1461-1470.
41. Sertel M, Yümin ET, Şimşek TT, Arslan SA. Orta ve ileri yaş kadınlarda ağrı sıklığı ve sosyo demografik özellikler arasındaki ilişki. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2016; 3(1): 97-98.
42. Bayman EO, Lennertz R, Brennan TJ. Pain-Related limitations in daily activities following thoracic surgery in a united states population. *Pain Physician* 2017;20(3):367-378.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Smoking Frequency of Nursing Students and the Extent to Which They Are Affected by the Warning Labels on Cigarette Packs

 Erdal AKDENİZ¹,  Selma ÖNCEL²

¹ Prelector, Kırşehir Ahi Evran University Faculty of Health Science Department of Public Health Nursing, Kırşehir, Türkiye.

² Professor Doctor, Akdeniz University Faculty of Nursing Department of Public Health Nursing, Antalya, Türkiye.

Abstract

Background: Determining the smoking frequency of young people and their exposure to cigarette pack warnings is important in terms of developing new policies for smoking cessation. **Objectives:** This study was conducted to determine the smoking frequency of nursing students, their nicotine dependence, the extent to which they were affected by textual/graphic warning labels on cigarette packs, and the factors affecting them. **Methods:** The research is cross-sectional type. According to the sample calculation formula in cases where the universe is known, the universe was accepted as 855, the sample was calculated with 95% confidence interval and 0.05 error, and the number of people to be sampled was found to be 195. A total of 240 people were selected for the study, considering that there may be data losses. The students to be sampled were determined by the stratified sampling method. The data were collected via the survey created by the researchers and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). Chi-squared test were used for statistical analysis. **Results:** The average age of the students was 20.95 ± 1.70 . 22.5% of the participants smoked. 68.5% of students had a low addiction level, while 57.1% were affected by warnings on a cigarette packs. It was observed that the effect of textual warnings on the cigarette packs did not differ by gender. Graphics showing a person in intensive care and a dead person's foot in the morgue evoked higher levels of negative affect on women than on men. When the written warnings on the cigarette package and some variables are compared; It was found that there was a statistically significant difference between smoking status, presence of smokers in the family, level of smoking addiction and smoking status. No statistically significant difference was found when being affected by written warnings and gender were compared. **Conclusion:** In order to prevent early youth smoking initiation, preventive studies should be carried out on young people from childhood. Particularly male students should be observed more carefully. Nurses; should develop strategies that can be effective in smoking-related youth and conduct qualitative research on them.

Keywords: Nursing Students, Smoking, Warning.

Öz

Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara Paketleri Üzerindeki Uyarılardan Etkilenme Durumları

Giriş: Gençlerin sigara içme sıklığının ve sigara paketi uyarılarından etkilenme durumlarının belirlenmesi sigarayı bırakmada yeni politikalar geliştirmek açısından önemlidir. **Amaç:** Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin sigara içme sıklığını, nikotin bağımlılık düzeylerini, sigara paketleri üzerindeki yazılı/görsel uyarılardan etkilenme durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma kesitsel tiptedir. Evrenin bilindiği durumlarda örneklem hesaplama formülüne göre evren 855 olarak kabul edilmiş, örneklem %95 güven aralığı ve .05 hata ile hesaplanmış ve örneklem alınacak kişi sayısı 195 olarak bulunmuştur. Veri kayıpları olabileceği düşünülerek 240 kişi çalışma için seçilmiştir. Örneklem alınacak öğrenciler tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler için Ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20.95 ± 1.70 'dir. %22.5'i sigara içmektedir. Öğrencilerin %68.5'i düşük düzeyde sigara bağımlısı iken %57.1'i sigara paketi üzerindeki uyarılardan etkilenmektedir. Sigara paketi üzerindeki yazılı uyarıların cinsiyete göre etkili bulunmadığı görülmüştür. Görsel uyarılardan yoğun bakımda yatan bir insanı gösteren görsel ile, ölmüş bir insanın morgda ayağını gösteren görselin kızlar tarafından daha etkili bulunduğu saptanmıştır. Sigara paketi üzerindeki yazılı uyarılar ile bazı değişkenler karşılaştırıldığında; sigara içme durumu, ailede sigara içen varlığı, sigara bağımlılığı düzeyi ve sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Yazılı uyarılardan etkilenme ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. **Sonuç:** Sigaraya erken başlamanın önlenmesi için çocukluktan itibaren gençlerde önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Erkek öğrencilerin daha dikkatli gözlenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Hemşireler; sigara ile ilgili gençlerde etkili olabilecek stratejiler geliştirmeli ve bunlarla ilgili nitel araştırmalar yapmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Öğrencileri, Sigara İçmek, Uyarı.

Geliş Tarihi / Received: 24.09.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.06.2022

Correspondence Author: Prelector, Kırşehir Ahi Evran University Faculty of Health Science Department of Public Health Nursing, Kırşehir, Türkiye. Telefon: 03862805318 E-posta: erdalakdeniz@ahievran.edu.tr

Cite This Article: Akdeniz E, Öncel S. Smoking Frequency of Nursing Students and the Extent to Which They Are Affected by the Warning Labels on Cigarette Packs. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 359-368.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Introduction

Smoking is the main cause of many chronic diseases and ranks first among the causes of death (1). More than eight million people die each year as a result of smoking. Seven million of these deaths are smokers, and about one million two hundred thousand are passive smokers (2). In some studies, conducted with nursing students in the world, the smoking rate was 29.1% in Germany (3), 18.2% in Kuwait (4), and 17.6% in Australia (5); in Turkey it was found to be 10.3% (6), 20.6% (7), 21.0% (8) and 12.9% (9).

The World Health Organization (WHO) adopted the “Framework Convention on Tobacco Control” in 2003, and Turkey signed this treaty in 2004. In the “National Tobacco Control Program”, the WHO recommends training to inform the public about the harms of tobacco products, as well as practices such as preventing access to tobacco and increasing costs. One of these educational means is to put textual and graphic warning labels on cigarette packs (10). Between 2008 and 2012, the number of people who paid attention to the graphic warning labels on a cigarette packs and intended to quit increased by 14.4% (11). The use of textual and graphic warning labels on cigarette packs is extremely important in preventing individuals from starting smoking, reducing the continuation of for smoking, and implementing various initiatives in the fight against smoking (12).

“The Regulation on Procedures and Principles for the Form, Labelling and Inspection of Tobacco Products for Protection from Harm” was published in the official gazette dated January 6, 2005 in Turkey. According to this regulation, it is mandatory to write “*Warning: Smoking kills*” on cigarette packs. Since January 1, 2006, textual warnings such as “*Smoking kills*” and “*Smoking/tobacco seriously harms you and others around you*” on both sides of cigarette packs have been compulsory, and graphic warnings have been mandatory since January 2010 (13). With a regulation published on March 2019, the monotype packs started to be produced, and it was declared that brand logos/icons/signs on packs would no longer be included, while the warnings areas were increased from 65% to 85% (14). The goal of this regulation is to inform people about the risks of smoking, to prevent smoking and to promote attempts to quit.

In a study conducted with young people aged 17-26 in Jordan, the young people reported that images on cigarette packs were effective in quitting smoking (36.4%), and that graphic warnings were more effective than other means (motivation to quit smoking, arousing fear, etc.) (15). In a study with university students in Turkey, students' opinions about the warnings on cigarette packs were examined and as it was revealed that firstly “*Smoking can cause the death of a baby in the womb*” (the most effective warning %64.1); and secondly, “*Smoking clogs your arteries and causes to heart attacks and strokes,*” were the warnings that were the most effective ones (16). A study conducted with nursing students found that male students in the first year had a higher smoking rate than women. In the same study, there was no difference between men and women in third year; third-years smoked more in total than first-years (17).

Nurses can be considered to be in an important position given that nursing students will be a role model for the community in the future as an occupation in the first place, they can provide education/counselling to patients while working in clinics, and they can take part in a smoking cessation clinic to support patients. To prevent nursing students from starting smoking, it is important that they are properly informed about the risks of smoking and the fight against smoking, and that this information is correctly perceived by the students.

Aim

The objective of this study is to determine the frequency of smoking and nicotine dependence in nursing students, and whether their attention is drawn by the textual and graphic warning labels on cigarette packs.

Answers to following questions were sought in the study. Regarding nursing students:

- What is their frequency of smoking?
- What is their nicotine addiction level?
- To what extent are they affected by textual or graphic warning labels on cigarette packs?
- What is effective in drawing their attention to textual or graphic warnings on cigarette packs?
- Does the appeal of textual and graphic warnings on cigarette packs vary by gender?

Method

This study was prepared according to the STROBE checklist (18).

Type of Research

The study is cross-sectional type.

Location and Characteristics of the Research

The research was conducted with students of the Department of Nursing at Faculty of Health Sciences of a University. There are currently three departments in the Faculty: Nursing, Midwifery and Child Development. In the Department of Nursing, education is given in two divisions: Formal education and secondary education. The nursing department has six classrooms and a practice laboratory. Formal education is conducted in two sections, secondary education is conducted in two sections, and the total number of students is 855.

Population and Sampling

Between October and November 2020, students who gave their consent to participate in the study and who did not have internet problems were included in the study. The study conducted by Oguz and his colleagues (7) (smoking frequency 20.6%) was taken into account when calculating the sample in the study. According to the sample calculation formula in cases where the universe is known, the universe was accepted as 855, the sample was calculated with 95% confidence interval and 0.05 error, and the number of people to be sampled was found to be 195. A total of 240 people were selected for the study, considering that there may be data losses. The link of the questionnaire was sent to WhatsApp class groups through class representatives, but since each class exceeded the number determined by a stratified sample, random numbers were generated from the Excel program and

the participants were assigned to the relevant class. For example, 81 people in freshmen filled out the survey, but since the number determined by the sample was 45, 81 people were sorted in the Excel table respectively, and then numbers were randomly generated numbers in the program and ranked from high to low. The first 45 people were randomly included. This method was implemented for all classes. The students who would be sampled were selected from each class by stratified sampling method, as summarized in the table below.

Table 1. Determining the Students to be Sampled by Stratified Sampling Method

Year	Number of students	Strata	Sample Size
1	160	160/855=0.187	0.187x240=45
2	176	176/855=0.205	0.205x240=49
3	207	207/855=0.242	0.242x240=58
4	312	312/855=0.364	0.364x240=88

Data Collection Techniques and Tools

Since the schools were closed due to the Covid-19 pandemic, the data were collected online with a survey prepared via Google-Forms. In the study, a survey consisting of five parts prepared by the researcher was used, taking into account the literature (3,4,7-9,12,16). The survey link was delivered to students via social media with announcements that were posted to public student groups or shared from the researchers' personal accounts. Expert opinion was not taken while creating the survey questions and sections.

First Section

Sociodemographic features: Four questions related to age, gender, class, and perceived income adequacy,

Second Section

Smoking-related features: 12 questions about past and current smoking status, the age of starting smoking, the number of cigarettes smoked per day, smoking along with the presence of a chronic disease that has been diagnosed by a doctor, attempt to quit smoking in the past, the number of attempts to quit smoking, obtaining professional support to quit smoking, how long they quit for and started to smoke again, the presence of a family member who smokes, who this family member is, and the presence of a family member who drinks alcohol. No expert opinion on the questions was received in this part of the questionnaire.

Third Section

Features of textual and graphic warning labels: Three questions related to the appeal of textual warnings on cigarette packs, the appeal of visual warnings on cigarette packs, and whether graphic and textual warning labels on cigarette packs deter people from smoking.

Fourth Section

Textual and graphic warnings on cigarette packs: In this section, students were asked to mark the extent to which they were affected by textual and graphic warnings on cigarette packs as "very effective", "effective", "slightly effective", or "not effective at all". In this section, there are 28 warnings, including 14 textual warnings and 14 graphic warnings.

Fifth Section

The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: This test was developed to determine the level of smoking addiction in individuals by Karl O. Fagerstrom (1989) (19). The scale consists of six questions. In the scale, the first question is graded in the order 3, 2, 1, 0; the second and third questions are graded in the order 1,0; and the fourth question is first in the order 0, 1, 2, 3. One and 0 points are given respectively according to the answers to the fifth and sixth questions. Scores from 0-10 are obtained from the scale. A score of "0" obtained from the scale indicates that there is no addiction, while a score of "10" indicates that there is a high level of addiction. According to the scale:

- 0-2 points indicate **very low**, 3-4 points **low**, 5 points **moderately**, 6-7 points **high**, and 8-10 points indicate **very high** levels of addiction.

Cronbach's Alpha reliability coefficient was found by Fagerstrom to be 0.61. In Turkey, Uysal, Kadakal (20) found the Cronbach's Alpha reliability coefficient was found to be 0.56. In this study, the Cronbach's Alpha reliability coefficient was calculated as 0.67.

Pre-application

Pre-application in terms of the content, clarity, and time of the questions was made to ten smokers in another department other than the department where the research was conducted. At the end of the pre-application, there was no negative feedback, so the research was launched in its current state.

Data Analysis

The data were evaluated using the licensed SPSS 26.0 software package. In statistical analyses, the chi-square test was used to compare the percentage differences between groups, together with descriptive statistics such as number, percentage, and mean. The statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Ethical Considerations

Before starting the study, institutional permission was obtained from the Dean's Office at Faculty of Health Sciences (number: 92802276-730.08.03), and ethical approval was obtained from university's non-interventional ethics committee (Decision Number: 2020-15/113), while prior informed consent was obtained from the individuals with whom the study was conducted via Google Forms, and the students who committed to participate in the study completed the survey. Research and publication ethics were followed in this study.

Results

Table 2. Descriptive Some Characteristics of Participants and Distribution of Smoking Addiction Levels (n = 240)

Age	Mean±SD	20.95±1.70
	n	%
Gender		
Male	68	28.3
Female	172	71.7
Year		
1	45	18.8
2	49	20.4
3	58	24.2
4	88	36.6
Perceived income adequacy		
Low	35	14.6
Medium	193	80.4
High	12	5.0
Smoking status		
Smoker	54	22.5
Non-smoker	186	77.5
Attempt to quit smoking in the past		
Yes	69	28.7
No	171	71.3
Smoker in the family		
Yes	164	68.3
No	76	31.7
Drinker in the family		
Yes	32	13.3
No	208	86.7
Attention drawn by textual warnings		
Yes	160	66.7
No	80	33.3
Attention drawn by graphic warnings		
Yes	169	70.4
No	71	29.6
Effect of textual and graphic warnings		
Affected	28	11.7
Affected to some extent	109	45.4
Not affected	103	42.9
Addiction levels of smokers (n = 54)		
Low	37	68.5
Medium and high	17	31.5
Total	240	100

The sample size was 240 people and the median age was 20.95 ± 1.70 (min.18, max.29). Some characteristics and smoking and addiction levels of individuals included in the study are seen in Table 2. 71.7% of participants were women, 36.6% were fourth years, and 80.4% had a moderate income.

Table 3. Comparison of Some Characteristics of Participants and Their Levels of Smoking and Addiction and with the Appeal of Written Warnings on Cigarette Packs

Variables	People noticing the warnings		People not noticing the warnings		p
	n	%	n	%	
Age					
Age 20 and under	66	69.5	29	30.5	.455
Age 20 over	94	64.8	51	35.2	
Gender					
Male	44	64.7	24	35.3	.685
Female	116	67.4	56	32.6	
Year					
1 and 2	65	69.1	29	30.9	.513
3 and 4	95	65.1	51	34.9	
Perceived income adequacy					
Low	26	74.3	9	25.7	.298
Medium	128	66.3	65	33.7	
High	6	50.0	6	50.0	
Smoking status					
Yes	30	55.6	24	44.4	.049
No	130	69.9	56	30.1	
Attempt to quit smoking in the past					
Yes	45	65.2	24	34.8	.762
No	115	67.3	56	32.7	
Smoker in the family					
Yes	99	60.4	65	39.6	.002
No	61	80.3	15	19.7	
Drinker in the family					
Yes	20	62.5	12	37.5	.591
No	140	67.3	68	32.7	
Addiction levels of smokers					
Low	24	64.9	13	35.1	.042
Medium and high	6	35.3	11	64.7	
Total					














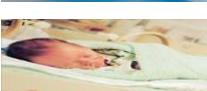
27.1% of participants had smoked in the past, while 22.5% of them currently smoked. 39.7% of male students and 15.7% of female students smoked. It was found that 28.7% of participants had previously tried to quit, 1.3% had received professional support to quit, and 8.3% had started again a few months after quitting. The rate of people who smoked and drank alcohol in their family was 68.3% and 13.3%, respectively. People who smoked the most in the family were the father at a rate of 38.8% and a brother or sister at a rate of 19.6%. Textual warnings on cigarette packs draw the attention of 66.7% of participants and graphic warnings drew the attention of 70.4% of participants. Textual and graphic warnings on cigarette packs were found to affect 11.7% of participants in abstaining from cigarettes. It was found that 31.5% of people who smoked were moderately and highly addicted to smoking. Some of the participants' characteristics, smoking status and smoking addiction levels, were compared with (Table 2) the extent to which they were affected by written warnings on cigarette packs (Table 3). It was found that there was a statistically significant difference between smoking status ($p = .049$), the presence of a smoker in the family ($p = .002$), smoking addiction level ($p = .042$), and the status of being affected by written warnings on cigarette packs.

Table 4. Comparison of Some Characteristics of the Participants and Their Smoking and Addiction Levels with and the Appeal of Graphic Warnings on Cigarette Packs

Variables	People noticing the warnings		People not noticing the warnings		p
	n	%	n	%	
Age					
Age 20 and under	68	71.6	27	28.4	.749
Age 20 over	101	69.7	44	30.3	
Gender					
Male	45	66.2	23	33.8	.365
Female	124	72.1	48	27.9	
Year					
1 and 2	69	73.4	25	26.6	.416
3 and 4	100	68.5	46	31.5	
Perceived income adequacy					
Low	25	71.4	10	28.6	.952
Medium	136	70.5	57	29.5	
High	8	66.7	4	33.3	
Smoking status					
Yes	32	59.3	22	40.7	.041
No	137	73.7	49	26.3	
Attempt to quit smoking in the past					
Yes	49	71.0	20	29.0	.897
No	120	70.2	51	29.8	
Smoker in the family					
Yes	107	65.2	57	34.8	.010
No	62	81.6	14	18.4	
Drinker in the family					
Yes	22	68.8	10	31.3	.824
No	147	70.7	61	29.3	
Addiction levels of smokers					
Low	26	70.3	11	29.7	.015
Medium and high	6	35.3	11	64.7	
Total					

Some of the participants' characteristics, smoking status and smoking addiction levels, were compared with the extent to which they were affected by graphic warnings on cigarette packs (Table 4). It was found that there was a statistically significant difference between smoking status ($p = .041$), the presence of a smoker in the family ($p = .010$), smoking addiction level ($p = .015$), and the status of being affected by graphic warnings on cigarette packs.

Table 5. Participants' Assessments of Graphic Warnings on Cigarette Packs According to Gender

Number	Graphic Messages	Gender	Very effective		/ Slightly effective/Not effective at all		Importance test χ^2	p
			n	%	n	%		
1		M	32	47.1	36	52.9	0.666	.415
		F	71	41.3	101	58.7		
2		M	46	67.6	22	32.4	0.139	.710
		F	112	65.1	60	34.9		
3		M	41	60.3	27	39.7	0.924	.337
		F	115	66.9	57	33.1		
4		M	57	83.3	11	16.2	0.315	.575
		F	149	86.6	23	13.4		
5		M	61	89.7	7	10.3	1.486	.265
		F	162	94.2	10	5.8		
6		M	60	88.2	8	11.8	2.488	.115
		F	162	94.2	10	5.8		
7		M	50	73.5	18	26.5	5.289	.021
		F	148	86.0	24	14.0		
8		M	61	89.7	7	10.3	2.007	.162
		F	163	94.8	9	5.2		
9		M	36	52.9	32	47.1	1.970	.160
		F	108	62.8	64	37.2		
10		M	39	57.4	29	42.6	0.902	.342
		F	110	64.0	62	36.0		
11		M	57	83.8	11	16.2	2.804	.094
		F	157	91.3	15	8.7		
12		M	28	41.2	40	58.8	3.256	.071
		F	50	29.1	122	70.9		
13		M	33	48.5	35	51.5	7.902	.005
		F	117	68.0	55	32.0		
14		M	47	69.1	21	30.9	1.052	0.305
		F	130	75.6	42	24.4		

M: male n=68, F: female n=172

In the study, participants were compared in terms of whether their gender identity affected the extent to which their attention was drawn by the textual and/or graphic warning labels. None of the written warnings were found to be statistically significant in terms of influence according to gender. Graphic warnings are given in detail in Table 5, and a statistically significant difference was found according to gender in terms of being affected by the graphics 7th (image of the patient in the intensive care unit) (p = .021) and 13th graphics (image of human foot in morgue) (p = .005).

Discussion

In the study, the frequency of smoking was 22.5%; 39.7% of men and 15.7% of women smoked. The age of starting smoking was 17.43 ± 2.31 (min.12, max. 27). In studies conducted with nursing students in Turkey, the frequency of smoking ranged from 12.9% to 28% (9,17,21). In a study conducted in Montenegro with nursing students, the frequency of smoking was 25%

(22), in a multicentred study conducted with nursing students in Portugal and Spain, the frequency of smoking was 18.9%, while in the same study, the rate was 18.3% in Spain and 16.2% in Portugal (23); the rate was 24.8% in Scotland (24); and 13.9% in Yemen (25). In a meta-analysis study, which included 46 studies on the frequency of smoking in nursing students, the frequency of smoking was found to be 26.6% (26). The frequencies found this study (22.5%) and the literature are consistent in general. In a study conducted with nursing students, the age at starting smoking was 16.5 (27). In the study, it is also noteworthy that the age of starting smoking was young (17.43 ± 2.31), and that about one in five people smoked (22.5%), indicating that the problem is important. When the results of the study are evaluated together with the literature, it is necessary to take measures for nursing students, who may qualify as late adolescents, on the point of reducing smoking, and to show the seriousness in implementing these measures.

In the study, it was found that smoking, the presence of a smoker in the family, and a low level of addiction were found to be effective in the extent to which participants were affected by the textual and graphic warnings on the cigarette packs. It was found that 66.7% of textual warnings and 70.4% of graphic warnings drew attention. It was observed that the warnings on the cigarette packs were 11.7% effective in abstaining from smoking. When studies on the appeal of the warnings on the cigarette packs are examined in the literature, it is seen that the rate of those who intended to quit smoking after warnings was 19.5% (27), and that in a study conducted with young people in Jordan, it was found that 36.4% of participants were affected by the graphic warnings on the cigarette packs and intended to quit (15). A study conducted in Turkey found that the vast majority of participants were not affected by warnings on the cigarette packs, and that even if they were effective, this effect decreased over time (28). In the study, it was observed that warnings on a cigarette packs were largely effective (textual warnings 66.7%, graphic warnings 70.4%), but that the same warnings were not so effective in persuading participants to quit smoking (11.7%). Although this study was conducted with the renewed written warnings in March 2019 in Turkey, it is shows that the warnings were not effective enough on individuals. These results suggest that the important thing is to prevent smoking, and that once it is started, it is very difficult to quit.

One of the most important findings in the study was that 57.1% of participants were affected by warnings on cigarette packs. None of the textual warnings had any influence on both genders. Graphic warnings, which included the 7th graphic depicting a person in intensive care, and the 13th graphic depicting the foot of a person who died in the morgue, were found to be more effective by women than men. When the studies about being affected by written and visual warnings on cigarette packs made with nursing or university students are examined, in one study, the statement "*smoking while pregnant harms the baby*" and the image of this expression, the image depicting a child wearing an oxygen mask and the accompanying statement "*protect children: do not let them breathe the smoke*" and the image depicting a healthy lung and a smoker's lung with the statement "*smoking causes fatal lung cancer*" on it were found effective (27). A study that examined university students' opinions on warnings on cigarette packs found that textual warnings about smoking causing certain types of cancer and strokes were more effective. In the same study, graphic warnings about heart attack, and smoking causing the death of a baby in the womb, reducing fertility and increasing the risk of impotence were found to be effective (16). In another study conducted with university students in Turkey, the graphic warnings which women and men found the most effective were first, "*Smoking during pregnancy harms the baby*", second, "*Smoking clogs your arteries, and can cause heart attacks and strokes*" and third, "*Protect children: don't let children breathe the smoke*". Female students found the graphic warning "*Smokers die young*" effective, while male students also found the graphic warning "*Smoking slows blood flow and causes sexual impotence*" effective (29). In a study conducted with adults in a family health center, the state of being affected by cigarette package warnings was compared with gender, and the statement "*Smoking damages sperms and reduces fertility*" was found to be more effective in men than in women. The statement "*Smoking during pregnancy is harmful to your baby*" was found to be more effective by women and visual warning showing the couple sitting next to each other on the bed were found to be more effective in men than in women (30). When the literature is examined, it can be said that the effective messages are mostly related to pregnancy, infancy/childhood, cancers, stroke, and sexuality. It is understood that none of the textual warnings were effective in this study, and also that the images found to be effective also differed from the literature in terms of the subject depicted. It is believed that research can be carried out to identify new warning messages on this issue. Accordingly, frequent changes to predetermined warnings can be effective in this sense.

Considering the results of the study; it was revealed that approximately one out of every five students smoked, and that boys should be observed more carefully from childhood in order to prevent early youth smoking initiation, since men smoke more than women. None of the textual warnings on the cigarette packs were effective in terms of gender; among the graphic warnings, the 7th graphic depicting a person in intensive care, and the 13th graphic depicting the foot of a person who died in the morgue were found to be more effective by women than men. Given that textual and graphic warnings did not draw enough attention, it may be recommended to conduct qualitative research on what can affect young people.

Limitations

In the study, data were obtained from university students based on their self-reports. No observations were made. Smoking and quitting situations were evaluated based on students' self-reports. The nicotine level in the blood could not be measured. These are the major limitations of the study.

Implication for Nursing Practice

As a result of this study, it was revealed that cigarette pack warnings were not very effective in terms of gender. Therefore, nurses involved in smoking cessation interventions can develop other strategies instead of using cigarette pack warnings. Nurses can benefit smokers to quit smoking by giving individual trainings and cognitive behavioral therapies to quit smoking.

Acknowledgements

Before starting the study, institutional permission was obtained from the Dean's Office at Faculty of Health Sciences (number: 92802276-730.08.03), and ethical approval was obtained from university's non-interventional ethics committee (Decision Number: 2020-15/113). None of the authors report conflicts of interest. The expenses of this research were covered by the researchers. Study design: EA, SÖ; Data collection: EA, SÖ; Data analysis: EA, SÖ; Manuscript writing: EA, SÖ.

References

1. Togawa K, Bhatti L, Roux L, Ullrich A, Ilbawi A, Varghese C, et al. WHO Tobacco Knowledge Summaries: Tobacco and Cancer Treatment Outcomes. World Health Organization; 2018.
2. WHO. Tobacco 2020. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. Vitzthum K, Koch F, Groneberg DA, Kusma B, Mache S, Marx P, et al. Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice*. 2013;13(5):407-12.
4. Omu FE, Al-Marzouk R, Al-Kandari I, Paulraj D, Rajagopal M, John P. The prevalence of tobacco products use among Kuwait nursing college students. *International Journal of Nursing*. 2015;2(2):157-67.
5. Moxham L, Dwyer T, Reid-Searl K. Graduate nurses and nursing student's behaviour: Knowledge and attitudes toward smoking cessation. *Nurse Education Today*. 2013;33(10):1143-7.
6. Gençtürk N, Bolat D, Bulut H, Yerli G. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme ile ilgili görüş ve davranışları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2009;17(1):16-23.
7. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. The prevalence of cigarette smoking and knowing status for diseases caused by smoking among university students. *Van Medical Journal*. 2018;25(3):332-7.
8. Duran S, Gözetin A. Analysis of relationship between university students' smoking behaviour and coping formats with loneliness and stress. *Bozok Med Journal*. 2017;7(1):1-7.
9. Çapık C, Cingil D. Cigarette smoking, nicotine dependency level and associated factors among nursing students. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2013;3(2):55-61.
10. Bayrak B, Bilir N, Yardım M, Gürkan H, Karakullukçuoğlu Z, Kaya A. Bir grup lise öğrencisinin sigara paketleri üzerinde bulunması planlanan birleşik (Yazılı ve Resimli) uyarı mesajlarının etkililiği hakkındaki görüşleri. *Türk Toraks Dergisi*. 2010;11:1-9.
11. TC Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara; 2014. Yayın No: 948.
12. Gerçek C, Doğan N. Sigara paketleri üzerindeki yazılı ve birleşik uyarıların üniversite gençleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2012;12(4):2573-84.
13. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Tütün kontrolünde AB müktesebatına uyum. In: *Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları*. Ankara: WHO Regional Office for Europe; 2010. p.53-6.
14. T.C. Tütün Mamüllerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik: Tarım ve Orman Bakanlığı; 2019. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-5.htm>.
15. Bader RK, Shihab RA, Al-Rimawi DH, Hawari FI. Informing tobacco control policy in Jordan: Assessing the effectiveness of pictorial warning labels on cigarette packs. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-7.
16. Özpulat F, Bilir N. Opinions of university students regarding pictorial warnings on cigarettes packs. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(1):987-99.
17. Yıldırım C, Mayda AS. Evaluation of cigarette smoking, perceptions of problem solving skills and locus of control in health profession students. *Duzce Medical Journal*. 2017;19(3):70-4.
18. Karaçam Z, Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, et al. Strobe bildirim: Epidemiyolojide gözlemsel araştırma raporu yazımının güçlendirilmesi için bir rehber. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(1):64-72.
19. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A review of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*. 1989;12(2):159-82.
20. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004;52(2):115-21.
21. Selçuk KT, Avcı D, Mercan Y. Smoking addiction among university students and the willingness and self-efficacy to quit smoking. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2018;8:36-43.
22. Ljaljević A, Mugoša B, Terzić N. Smoking status, knowledge and attitudes towards tobacco among health profession students in Montenegro. *Acta Medica Saliniana*. 2017;46(1):52.
23. Fernández-García D, Ordás B, Fernández-Peña R, Bárcena-Calvo C, Ordoñez C, Amo-Setién FJ, et al. Smoking in nursing students: A Prevalence Multicenter Study. *Medicine*. 2020;99(14):1-7.
24. Evans JM, Eades CE, Cameron DM. Health and health behaviours among a cohort of first year nursing students in Scotland: A Self-Report Survey. *Nurse Education in Practice*. 2019;36:71-5.
25. Nasser AM, Salah BA, Regassa LT, Alhakimy AA, Zhang X. Smoking prevalence, attitudes and associated factors among students in health-related departments of community college in rural Yemen. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(31):1-7.
26. Zeng L-N, Zong Q-Q, Zhang J-W, An F-R, Xiang Y-f, Ng CH, et al. Prevalence of smoking in nursing students worldwide: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Nurse Education Today*. 2020;84:104205.
27. Ceylan E, Uysal N, Koç A. Nursing students' views about graphic warnings and texts on cigarettes and their nicotine dependence. *Journal of Dependence*. 2020;21(4):285-96.
28. Çelik R, Durmaz M, Yorulmaz R, Polat FN. Visual communication within the risk warning on cigarette packs transmitted messages smoking effect of nature. *Journal of Süleyman Demirel University Institute of Social Sciences*. 2016;3(25):1-22.
29. Mazlum FS, Mazlum Ö. Effect of visual and written warnings on cigarette boxes on university students and some suggestions. *Fine Arts*. 2014;9(1):12-32.
30. Akdeniz E, Öncel S. Nicotine Dependence levels of individuals applying a family health center and their status of being affected by warnings on cigarette packs. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2021;11(2): 1.

DERLEME MAKALE

Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

 Bilge ÖZDEMİR¹,  Gülçin ÖZALP GERÇEKER²

¹Öğretim Görevlisi, İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul,Türkiye / Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi İzmir,Türkiye.

² Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Kemoterapiyle ilişkili periferik nöropati, kanser tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanların yol açtığı ciddi bir yan etkidir. Alınan kemoterapi kürleriyle giderek kötüleşen nöropati semptomları periferik sinir sisteminin duyu-motor-otonom bölgelerine hasar verebilmektedir. Bu derlemenin amacı kanser tedavisi alan çocuklara bakım veren hemşirelerin kemoterapiyle ilişkili periferik nöropati değerlendirilmesindeki rolüne dikkat çekmektir. Kemoterapiyle ilişkili periferik nöropatinin ellerde-ayaklarda uyuşma, karıncalanma, kas/eklem ağrıları, yanma hissi, periferik reflekslerde azalma ve konstipasyon gibi belirtileri vardır. Bu belirtiler çocukların günlük yaşamını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kemoterapi ile ilişkili periferik nöropati görülme sıklığı kanserin tipine ve kullanılan kemoterapik ajana bağlı olarak değişmektedir. Vinkristin, sisplatin, taksan bazlı kemoterapik ajanların periferik nöropati geliştirdiği bilinmektedir. Kemoterapi tedavisi tamamlandıktan sonra bazı kemoterapik ajanların neden olduğu periferik nöropatiler azalsa da bazı ilaçların neden olduğu periferik nöropati bulguları uzun süre devam etmektedir. Hemşirelerin periferik nöropatiye yol açan kemoterapi ajanlarını bilmesi önemlidir. Hematoloji ve onkoloji servisinde çalışan pediatri hemşirelerinin, çocukların periferik nöropati semptomlarını nesnel olarak değerlendirebilecek ölçme araçlarından faydalanmaları gerekir. Nöropati değerlendirilmesi hemşirelik bakımında bir rutin haline gelmelidir. Türkiye’de henüz kemoterapiyle ilişkili periferik nöropatiyi iyi bir şekilde değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Periferik nöropatiyi değerlendiren ölçüm araçlarının dilimize kazandırılması, hemşirelerin periferik nöropatinin semptomlarını (el ayaklarda karıncalanma, düğme ilikleme, merdiven inip çıkmada güçlük, yürürken sendeleme gibi duyuşsal, fonksiyonel ve otonom semptomlar, kas gücü ve derin tendon reflekslerinde azalmayı içeren fizik muayene bulguları) bilmesi ve nöropati değerlendirme araçlarıyla nöropatiyi değerlendirmesi önemlidir. Periferik nöropatinin yönetilmesinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra akupunktur, refleksoloji, masaj, ayak banyosu, kriyoterapi, scrambler terapi, progresif kas gevşeme egzersizleri, fiziksel aktivite gibi birçok farmakolojik olmayan yaklaşım bulunmaktadır ancak kanıtlar halen yetersizdir. Nöropatinin değerlendirilmesi ve yönetimi için klinik temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Kanser, Çocuk, Kemoterapi, Periferik Nöropati, Hemşirelik.

Abstract

The nurse's role of assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in children treated for cancer

Chemotherapy-induced peripheral neuropathy is a serious side effect of chemotherapeutic agents used in cancer treatment. Neuropathy symptoms, which gradually worsen with chemotherapy treatments, can damage the sensory-motor-autonomic regions of the peripheral nervous system. The aim of this review is to draw attention to the role of nurses who care for children receiving cancer treatment in the evaluation of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy has symptoms such as numbness in the hands and feet, tingling, muscle/joint pain, burning sensation, decreased peripheral reflexes, and constipation. These symptoms negatively affect the daily life and quality of life of children. The incidence of chemotherapy-induced peripheral neuropathy varies depending on the type of cancer and the chemotherapy agent used. Vincristine, cisplatin, taxane-based chemotherapeutic agents are known to develop peripheral neuropathy. Although peripheral neuropathies caused by some chemotherapeutic agents decrease after chemotherapy treatment is completed, peripheral neuropathy findings caused by some drugs continue for a long time. It is important for nurses to know the chemotherapy agents that cause peripheral neuropathy. Pediatric nurses working in the hematology-oncology service should use measurement tools that can objectively evaluate the symptoms of peripheral neuropathy in children. Neuropathy assessment should become a routine in nursing care. In Turkey, there is no measurement tool that evaluates chemotherapy-induced peripheral neuropathy. It is important to introduce peripheral neuropathy measurement tools into our language, nurses to know the symptoms of peripheral neuropathy (sensory, functional and autonomic symptoms such as tingling in the hands and feet, buttoning up, difficulty in going up and down stairs, staggering while walking, physical examination findings including decrease in muscle strength and deep tendon reflexes) and to evaluate neuropathy with neuropathy assessment tools. In the management of peripheral neuropathy, there are many non-pharmacological approaches such as acupuncture, reflexology, massage, footbath, cryotherapy, scrambler therapy, progressive muscle relaxation exercises, and physical activity but the evidence is still inadequate. More clinical based studies are needed for the evaluation and management of neuropathy.

Key Words: Cancer, Child, Chemotherapy, Peripheral Neuropathy, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 29.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Öğretim Görevlisi, İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul,Türkiye / Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi İzmir,Türkiye. E-posta: bilgezdemir123@gmail.com

Cite This Article: Özdemir B, Özalp Gerçek G. Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 369-375.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Kanser tedavisi için sık kullanılan ve en etkili yöntemlerden biri kemoterapi tedavisidir (1,2). Hastalar aldıkları kemoterapi tedavisiyle ilişkili yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı gibi yan etkilerle karşılaşmaktadır. Periferik nöropatiler, kemoterapi kullanımından sonra hareketliliği azaltabilen ve günlük yaşam aktiviteleri ile bağımsızlığı sınırlandırabilen en sık görülen yan etkiler arasındadır (3). Kemoterapiyle ilişkili periferik nöropati (KİPN), kanser tedavisinde kullanılan kemoterapilerin yol açtığı nöromusküler bir semptomdur ve periferik sinirlere zarar vermektedir (4-7).

KİPN görülme sıklığı kanserin tipine, kullanılan kemoterapik ajana ve ırk gibi risk faktörlerine bağlı olarak %2.8-100 arasında değişmektedir. Çocuklar üzerinde KİPN araştırılan makaleleri inceleyen sistematik bir derlemede, duyuusal, motor, otonomik KİPN ve ağrı insidans oranlarının sırasıyla %12-28, %50-72, %0.8-83 ve %5.7-44 arasında değiştiği saptanmıştır (5,8,9). Sinir sisteminde tümör bulunan pleksiform nörofibromlu çocuklarda %46 oranında KİPN ağrısı görülürken, solid tümörlü olan çocuklarda daha az görülmektedir (10,11). Vinkristin, taksanlar, bazı antikor terapileri ve proteazom inhibitörleri gibi diğer kemoterapik ajanların da KİPN'ye neden olduğu bilinmektedir (12-14). Periferik nöropati, platin bileşikleriyle tedavi edilen çocukların %50-90 oranında görülürken vinka alkoidleri kullanılan lösemi tedavisindeki çocukların yaklaşık yarısında görülmektedir (10,15).

Kanser tedavilerinin bazılarında birden fazla periferik nöropatiye yol açan kemoterapik ajan olabilmektedir. Vinkristin, pediatrik kanserli hastalarda en çok kullanılan vinka alkaloidlerinden biridir ve akut lenfoblastik lösemi (ALL), lenfomalar, nöroblastoma, sarkomlar ve merkezi sinir sistemi tümörleri için çeşitli çoklu kemoterapi tedavilerine dahil edilmektedir (16). Vinkristinle ilişkili periferik nöropati (VİPN), birkaç durumdan etkilenen çok faktörlü bir toksisitedir. Yaşça büyük çocukların daha küçük çocuklara göre daha fazla VİPN'ye maruz kaldığı bulunmuştur (17,18). Bu derlemenin amacı, KİPN değerlendirmesinde hemşirenin rolünü ortaya koymaktır. Ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların sınırlı olması nedeniyle ileride yapılacak araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Gelişme

Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropati Semptomları

Kemoterapi ilişkili periferik nöropatinin seyri, tekrarlayan kemoterapi kürleri ile giderek kötüleşmekte ve semptomlar periferik sinir sisteminin üç fonksiyonel bölümünün (duyu-motor-otonom) herhangi birinde ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar; ellerde-ayaklarda uyuşma/karıncalanma, sıcak soğuğa duyarlılık, yanma, sinir ağrısı, kas/eklem ağrıları, iğnelenme, bıçak saplanıyormuş gibi bir ağrı, kesi hissi, kas çekilmesi, elektrik çarpması, genel halsizlik, kas zayıflığı, konstipasyon, reflekslerde azalma/ yok olma ve denge kaybı görülmektedir. Semptomlar ilk önce el ve ayak parmaklarından başlayarak daha sonra bileklere ve ekstremitelere ulaşmaktadır (1,3,14,19-21). Sinir sisteminin hasar görmesiyle nöropatik ağrı ortaya çıkmaktadır. Nöropatik ağrı, dokunma, basınç, ağrı, sıcaklık, titreşim algısını oluşturan somatosensör sistemin hasarlanmasıyla birlikte ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanmaktadır (22). Çocuklarda kansere bağlı görülen nöropatik ağrının genel prevalansı bilinmemektedir (10,22). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunları Sınıflandırması'nda (ICD-11) kemoterapiyle ilişkili periferik nöropatik ağrıyı, kronik nöropatik ağrı kategorisinde ağırlı polinöropatiler grubuna dahil etmiştir (23).

Kemoterapiye bağlı periferik nöropatilerde motor nöronların olumsuz etkilendiği görülebilmekte ve motor nöropatiler oluşabilmektedir. Motor nöropati, simetrik veya asimetrik olabilir ve özellikle vinka alkaloidlerinin alınmasıyla ortaya çıkmaktadır. Motor nöropati kas zayıflığı, kas atrofisi, kramp, kontrolsüz kas seğirmesi, ayak bileği dorsifleksiyon hareket kaybı, alt ekstremitelerde zayıflığı, periferik derin tendon reflekslerinin kaybı ve genellikle ayak düşmesiyle görülmektedir. Kemoterapik ajanın alınması sonucu çocuklar, motor güçleri ve esnekliklerinin azalmasıyla birlikte dengelerini sağlamada ve sürdürmekte zorlanmaktadır (2). Kemoterapi tedavisinden önce motor bozukluğu olan çocuklarda ataksi, yürüyüş anormallikleri ve asimetrik olabilen kas güçsüzlüğü semptomları daha belirgin görülmektedir (7,24). Saptanan nöropatik bulgular tekrarlanabilir niteliktedir. Çocukluk çağı kanserleriyle mücadele edenlerde motor el becerisi, güç, denge skorları ve fiziksel aktivite düzeyleri sağlıklı çocuklara göre daha düşük bulunmuştur (7,25).

Periferik Nöropatiye Yol Açan Kemoterapik Ajanlar

Taksan, platin veya vinka alkaloid bazlı kemoterapi alan kanser hastalarının yarısından fazlası, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, ağrı, soğuk duyarlılığı ve motor bozukluğu içeren KİPN yaşamaktadır (26). Kanser tedavisinde sisplatin veya vinkristin alan çocukların duyuusal, motor, otonomik KİPN ve ağrı insidans oranı sırasıyla %12-28, %50-72, %0.8-83 ve %5.7-44'tür (19). Oksaliplatin, nörotoksitesi yüksek kemoterapik ilaçlardandır. Paklitaksel, dosetaksel, bortezumib, talidomid veya oksaliplatin alan hastaların %30'undan fazlasında KİPN gelişir (20). Yetişkin hastaların %90'ında akut nöropati, %30-50'sinde kronik nöropati geliştirmektedir (27). Oksaliplatin veya taksan tedavisinden yaklaşık altı ay sonra incelenen hastalarda, KİPN bulgularında el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma yaşadıkları, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk çektikleri ve daha bağımlı oldukları dolayısıyla yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (28). Ancak çocuklarda nöropati prevalansı ve kemoterapinin türüne göre nöropatinin seyrini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Pediatrik faz I ve II çalışmalarında oksaliplatinin duyuusal nöropati, farengal parestezi, kas krampları ve çene ağrısına neden olduğu görülmüştür (7,29). Bir çalışmada ALL, lenfoma, beyin tümörü veya Wilms tümörü için tedavi edilen çocuklarda, KİPN sıklığı %18.3, ALL için %18.9 bulunmuştur (30). Bir başka çalışmada VİPN insidansının çocuklarda %100 olduğu, kanserli çocukların yaklaşık %10'unda şiddetli periferik nöropatinin ortaya çıktığı belirtilmiştir (7). ALL tedavisi gören çocuklarda vinkristin kaynaklı periferik nöropatinin %78'inde duyuusal motor nöropati gelişmiş ve %44'ünde ağrı bildirilmiştir (15,27).

Vinkristin, çocukluk döneminde görülen ALL tedavisinin standart bileşenidir (31). Birden fazla vinkristin tedavisi alan çocukların incelendiği 28 çalışmanın 25'inde çocukların VİPN geliştirdiği saptanmış ve nöropati yaygınlık oranları %12-100 arasında değişkenlik göstermiştir (32). Vinkristine bağlı nöronlarda meydana gelen değişiklikler, çocuklarda tedavi sırasında %90'ından fazlasında ilk ay içinde görülmektedir (7,24,33). Çoğu KİPN bulguları kemoterapi tedavisi tamamlandıktan üç ay sonra düzelse de VİPN tedavi tamamlandıktan sonra da uzun süre devam edebilmektedir (3). Yapılan çalışmalarda ALL tanılı

çocukların %30-34'ünde vinka alkaloid kemoterapisini takiben üç-yedi yıl arasında nöropatik semptomların görülmeye devam ettiği saptanmıştır (27,34). VİPN'den etkilenen çocuklar tedavileri tamamlanmış olsa dahi nöropatik bulgular devam ettiğinden dolayı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (34,35). Yeterli vinkristin dozu, sağ kalım oranlarını artırma ile ilişkili olsa da VİPN gözlenmesi durumunda kemoterapi dozunun azaltılması gereklidir. Bu nedenle, VİPN önleme veya en aza indirme çabaları kritik öneme sahiptir (16,36). Vinkristin doz yoğunluğunu tolere eden özellikle daha az VİPN semptomları olan çocukların, bu ilacın daha yüksek dozlarını alarak hastalığının daha iyi kontrol edilebileceği düşünülmektedir. Tersine, şiddetli VİPN semptomları görülen/riski yüksek olan çocuklarda erken/önleyici doz modifikasyonu veya ilacın kesilmesi gerekebilir. Tüm bu durumlar kanser tedavisinin başarısını tehlikeye atmakta, çocuğun yaşamını fiziksel, sosyal ve duygusal olarak etkilemektedir (7,20,32,36).

Kanser tedavisi tamamlanan çocuklar üzerinde de KİPN bulguları saptanmıştır. Çocukluk çağı kanserlerinden kurtulanlarda KİPN'nin fonksiyonel etkisinin tanımlandığı ve hastalık yüküne etkisinin incelendiği çalışmada, Vinka alkaloidleri en sık kullanılan kemoterapotik ajan olup, sisplatinin vinka alkaloidlerinden daha uzun süreli nörotoksisiteye yol açtığı bulunmuştur (19). Çocuklarda KİPN'nin incelendiği 61 makalenin %52'sinde vinkristin, %5'inde sisplatin nörotoksisitesi gelişmiş olup, %20'sinde geç nörotoksisite belirtileri olabileceği vurgulanmıştır (7). Talidomid tedavisinden sonra devam eden klinik ve elektrofizyolojik defisitler, tedavinin kesilmesinden altı-dokuz ay sonra da çocuklarda görülmeye devam etmiştir (7,37).

Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin etkin girişimlerde bulunabilmesi için KİPN konusundaki güncel gelişmeleri takip ederek, kanıt temelli yaklaşımları ve sonuçlarını bilmesi gerekmektedir (6). Pediatri hemşireleri, klinikte KİPN ölçüm aracı bulunmaması ve bu konuda bilgisi ve yetkinliği olmadığından KİPN'yi değerlendirme konusunda yetersiz kalmaktadır (12). KİPN'nin değerlendirilmesi oldukça karmaşıktır ve disiplinler arası iş birliği faydalı olabilir. Hemşirelerin geliştirilen bu ölçekleri kullanabilmek için eğitim almaları gereklidir (12). Bir çalışmada hemşirelere (n=50) pediatrik hematoloji servisinde yatan hastaların KİPN değerlendirmesi ve yönetimi hakkında eğitim verilmiştir. Eğitimden sonra hemşirelerin nöropati yönetimine ilişkin bilgi düzeyi, ağrı değerlendirilmesi ve nonfarmakolojik girişim bilgisi, duyuşal-motor fonksiyonların değerlendirilmesine yönelik bilgi düzeyleri kontrol grubundan yüksek saptanmıştır (42).

Periferik nöropatinin tedavisinde temel amaç, rahatsız edici semptomları kontrol etmek veya iyileştirmektir (43). Hemşireler periferik nöropati oluşmasının önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir (6). Birçok kanserin terapötik yönetimindeki iyileşme ve kanserden kurtulanların sayısının artması göz önüne alındığında, KİPN'leri ve uzun vadeli etkilerini önlemek ve/veya tedavi etmek için yeni ve etkili stratejiler bulmak gereklidir (27). Hemşireler KİPN belirti ve bulgularını ebeveyn ve çocuğa anlatmalıdır ayrıca ölçüm araçlarından faydalanarak klinik semptomlar takip edilmelidir. Çocuğa ellerinde ve ayaklarında karıncalanma, sıcak-soğuk duyarlılığı olup olmadığı sözel olarak sorularak duyuşal semptom varlığı değerlendirilmelidir (36,41).

Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropatinin Değerlendirilmesi

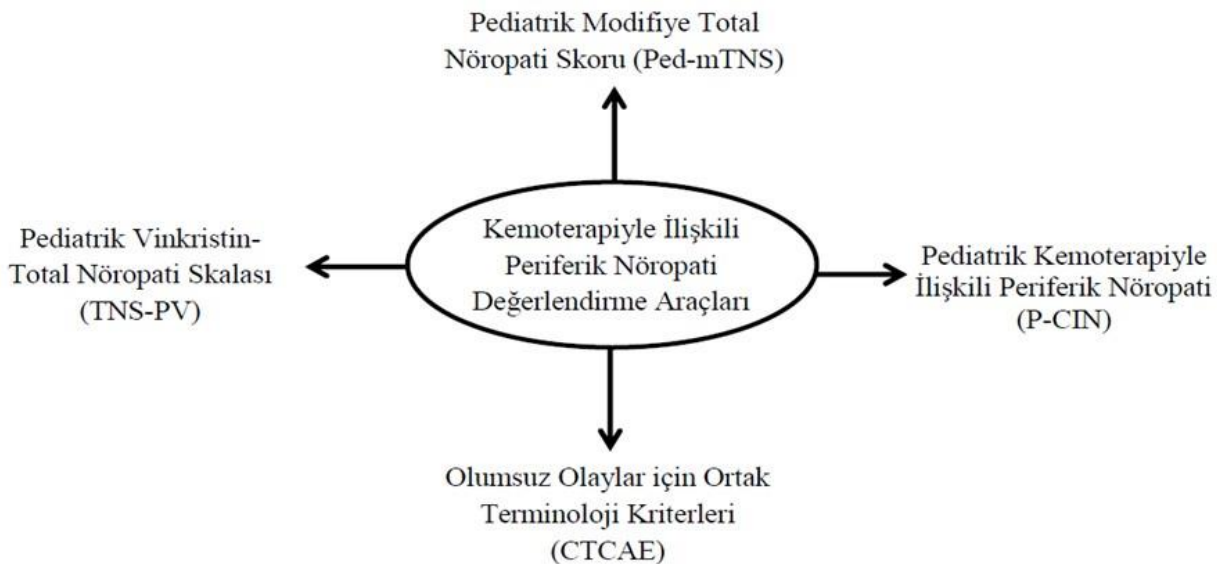
Periferik nöropatinin erken saptanması ve tedavi edilmesi, kanser tedavisi gören çocukların yaşam kalitesi için çok önemlidir ancak KİPN yönetimi konusunda veriler sınırlıdır (1,14). Yapılan bir araştırmaya göre iki yıl veya daha fazla vinkristin tedavisi almış çocukluk çağı kanserlerinden sağ kalan dört-18 yaş arası çocuklar incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, %68.3'ünde elektrofizyolojik, %16'sında ise hem total nöropati skorunda hem de elektrofizyolojik olarak periferik nöropati bulguları saptanmıştır. VİPN görülen çocuklarda yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanlardaki puanları VİPN görülmeyen çocuklara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (31).

Kanserli çocuklara bakım veren pediatri hemşireleri, periferik nöropati riskini artıran kemoterapi ajanlarını bilmeli ve bu konuda hastanın değerlendirmesini yapmalıdır (6,12). Pediatri hemşireleri, kemoterapi tedavisi alan çocukların bakımında en önde yer alırlar (6). Periferik nöropati, pediatri hemşireleri tarafından önemli bir yan etki olarak kabul edilmesine rağmen klinikte nöropatinin ölçülmesi-değerlendirilmesi ve buna yönelik yapılan girişimler karmaşık olabilmektedir (12). Bu konudaki en büyük zorluklardan biri, KİPN ile karşılaşan pediatri hemşiresinin çocuklarda KİPN'yi nasıl değerlendireceğine dair bir kılavuzun ve bakım standartının olmamasıdır (38). Periferik nöropatinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi, tedavi süresince hasta bakımında ayrılmaz ve standart bir değerlendirme olmalıdır. Çocuklara nöropatik ağrı belirtilerinin söylenmesi ve çocukların semptomlarının sorgulanması periferik nöropatilerin tanımlanmasında yarar sağlayacaktır (22). KİPN'yi değerlendirme sadece subjektif semptomlara ilişkin soru sormanın ötesine geçmeli ve objektif yöntemlerin kullanımını içermelidir (3). Çocuklarda periferik nöropatiyi ve buna bağlı yaşadığı ağrıyı değerlendirmek yetişkinlerdeki kadar kolay değildir. Sınırlı kelime dağarcığına sahip küçük yaşta çocuklar periferik nöropati semptomlarını tarif etmede zorlanabilir (3).

Pediatrik hematoloji ve onkoloji hastalarında periferik nöropatiyi değerlendirmek için çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır. Total Nöropati Skoru'nun Pediatrik Modifiye Versiyonu (Ped-mTNS) beş-18 yaş arası çocuklarda periferik nöropati belirtilerini (duyuşal, motor, otonom, hafif dokunma hissi, titreşim, kuvvet, tendon refleksleri) değerlendirmek için kullanılmaktadır (3,22,39). Hollanda'da da KİPN'yi değerlendirmek için Ped-mTNS'nin doğrulaması yapılmıştır (18). Altı yaşından büyük onkoloji hastalarında VİPN'yi değerlendirmek için zaman değişimine duyarlı, geçerli ve güvenilir olan Pediatrik Vinkristin-Total Nöropati Skalası (TNS-PV) geliştirilmiştir (32,36,39). TNS-PV, çocuğa yöneltilen subjektif sorular, fiziksel muayene (titreşim ve sıcaklık duyarlılığı, kas gücü ve derin tendon refleksleri), konstipasyon durumu ve ses kısıklığının değerlendirildiği yedi sorudan oluşmaktadır (16,39). Beş yaşından küçük çocuklar için pediatrik nöropatik ağrı ölçüm aracı mevcut değildir (35). Beş yaş ve üstüne ped-mTNS, altı yaş ve üzerine TNS-PV'nin kullanılması gerektiği yönünde güçlü bir öneri bulunmaktadır (3). Ped-mTNS ve TNS-PV, az zaman alan, ucuz, invaziv olmayan ölçüm araçlarıdır. Hemşireler, fizyoterapistler gibi sağlık personelleri tarafından ölçümler yapılabilir. Bu nedenle, bu araçların çocuklar üzerinde VİPN'yi araştıran gelecekteki çalışmalarda kullanılması tavsiye edilmektedir. TNS-PV ve ped-mTNS yalnızca beş yaşında veya daha büyük çocuklar için kullanılabilir. Bu nedenle, beş yaşına kadar olan çocuklar için VİPN değerlendirmesinde alternatif araçlar geliştirilmelidir (32).

Olumsuz Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri (CTCAE), kanser hastalarının yaşadığı istenmeyen olayları derecelendirmek için tanımlayıcı terminolojileri içerir. Periferik motor ve duyu nöropati advers olayları, birden beşe kadar bir ölçekte daha şiddetli semptomlar daha yüksek puan alacak şekilde derecelendirilmektedir (12). CTCAE, periferik nöropatinin değerlendirilmesi için de kullanılabilir ancak motor ve duysal nöropatiyi saptamada eksiklikleri vardır (16). TNS-PV ölçeğinin VİPN'yi tespit etmede CTCAE'ye göre daha duyarlı olduğu bulunmuştur (15). Yapılan sistematik bir incelemede, dahil edilen 28 çalışmanın 16'sında VİPN'yi değerlendirmek için CTCAE kriterleri kullanılmıştır (32). Başka bir sistematik incelemede, CTCAE'nin pediatrik popülasyonda periferik nöropatiyi eksik değerlendirdiği, zamana karşı duyarsız olduğu bulunmuştur (3,12,39).

VİPN'yi değerlendirmek için altın bir standart yoktur ve çocuklarda kullanılan araçlar oldukça sınırlıdır. Bu durum VİPN'yi doğru bir şekilde ölçmeyi zorlaştırmaktadır (32). Kullanılan değerlendirme araçlarının sonuçları, Elektromiyografi (EMG) gibi elektrofizyolojik/nöro-görüntüleme teknikleriyle de desteklenmelidir (22). VİPN'yi teşhis etmek için kullanılan yöntemlerden bir de elektrofizyolojik testlerdir ancak bunlar invaziv ve ağırlı işlemler olduğundan çocukların rutin değerlendirilmesi için iyi yöntemler değildir (32). Elektromiyografi (EMG), istirahatte ve eforla kas elektriksel aktivitesini ölçmek için yerleştirilen elektrotlarla periferik nöropatinin teşhisinde lezyon tipini veya sinir hasarının ciddiyetini belirlemeye yardımcı olsa da, daha zaman alıcı ve daha pahalı olduklarından klinik ortamda pratik değildirlir (12,40). Son olarak KİPN'nin hasta tarafından değerlendirilen elektronik bir ölçüm aracı geliştirilmiştir, beş-17 yaş arasında çocukların tablet bilgisayar kullanarak nöropatik ağrı hissi tanımlayabilmek için ölçüm aracına dahil edilen eğlenceli ve ilgi çekici görevleri tamamlaması (bozuk para toplama, tek ayak üstünde zıplama, topuklar üstünde yürüme vb.) istenmiştir. Pediatrik kemoterapiyle ilişkili periferik nöropati (P-CIN) ölçümü, pediatrik hematoloji ve onkoloji klinik servislerinde altı yaşından büyük çocuklar tarafından kullanılmak için uygun ve VİPN'yi ölçmek için geçerli olarak bulunmuştur. KİPN değerlendirmesinin zorluğuna rağmen, yeni P-CIN ölçümü, KİPN'yi eğitilmiş değerlendiricilere ihtiyaç duymadan doğrudan çocuklardan alınan verilerle değerlendirme ve izleme potansiyeli göstermiştir (41). Kanser tanılı pediatrik popülasyonda KİPN'yi değerlendirme araçları Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Kemoterapiyle İlişkili Periferik Nöropati Değerlendirme Araçları

Kemoterapiye Bağlı Periferik Nöropatiye Müdahale

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin (IASP) kılavuzuna göre, periferik nöropatinin farmakolojik tedavisinde trisiklik antidepressanlar, gabapentin veya pregabalin, serotonin- norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) venlafaksin veya duloksetini birinci basamak tedavide önermektedir. İkinci basamak tedaviler arasında tramadol, topikal lidokain veya yüksek konsantrasyonlu kapsaisin bulunur. Son olarak, güçlü opioidler (Morfin ve Oksikodon) ve botulinum toksin-A (BTX-A), periferik nöropatik ağrı için üçüncü basamak tedaviler olarak dahil edilmiştir (13). ALL tedavisinde VİPN'nin/nöropatik ağrının önlenmesi veya tedavisi için gabapentin kullanımına sık rastlanmıştır ve glutamik asit kullanılan hastalarda nörotoksitede azalma saptanmıştır (16,44).

Hemşireler farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak KİPN'yi yönetme yaklaşımlarını, duysal- motor ve otonom semptomları bilmelidir (42). ALL tanılı altı ay boyunca kemoterapi tedavisi görmüş olan 30 çocuk üzerinde Both Sides Up (BOSU) topu ile yapılan denge egzersizlerinin, kemoterapinin yan etkileri sonucu görülen motor fonksiyonlarda zayıflık ve denge problemlerini azaltmada etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur (45). Kanser hastalarında KİPN'nin yönetiminde etkinliği araştırılmış nonfarmakolojik pek çok çalışma mevcuttur. Ancak bu konuda kanıta dayalı tek bir yaklaşım bulunmamaktadır. Periferik nöropatinin yönetiminde farmakolojik yöntemler, akupunktur, refleksoloji, masaj, ayak banyosu, kriyoterapi, scrambler terapi, fiziksel aktivite gibi pek çok non-farmakolojik yaklaşım bulunmasına rağmen hangisinin daha etkin olduğu bilinmemekte ve yeni yöntemlerin etkinliği araştırılmaktadır (6). Pediatrik onkolojide KİPN'de fizik tedavinin etkinliğini araştıran literatür incelemesinde, sensorimotor eğitimi, denge eğitimi, elektroterapi, reiki ve yoga gibi alternatif yöntemlerin hastaların semptomları için iyi sonuçlar verdiği görülmüştür (46). KİPN'de farmakolojik olmayan (egzersiz, akupunktur, masaj ve ayak banyosu) müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, 11 akupunktur

müdahalesi (%50), yedi egzersiz (%31,8) ve dört masaj ve ayak banyosu (%18,2) çalışması incelenmiştir. Egzersiz müdahalesinin subjektif KİPN semptomlarını hafifletmede etkili olmadığı, ancak kas gücünü, dayanıklılığını ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu saptanmıştır (47). Şu anda bilinen hiçbir tedavi çocuklarda KİPN’i etkili bir şekilde azaltmamaktadır (41).

Sonuç

Günümüzde kanserden hayatta kalanların sayısında artış, uzun dönemde karşılaşılan komplikasyonların incelemesinin önemini ortaya koymaktadır. Periferik nöropatilerin değerlendirilmesi ve bakımıyla günlük yaşamı etkilemeyecek bir boyutta tutulması oldukça önemlidir. Periferik nöropatinin değerlendirilmesi hasta bakımında bir rutin haline gelmeli ve bakımın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Bu derleme kemoterapilerin oluşturabileceği yan etkilerin erken tanınması ve izlenmesinde pediatri hemşiresinin önemli bir rolü olduğu vurgulanmaktadır. Yurt dışında çocuklarda KİPN’yi değerlendirmek için sınırlı sayıda ölçek bulunsa da Türkiye’de standart bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Sonraki araştırmaların bu açığı giderecek şekilde girişimler yapılması önerilmektedir. Yaşça küçük çocuklarda olası nöropatik ağrının değerlendirilmesine yardımcı olabilecek yeni araçların geliştirilmesi ve KİPN’nin yönetimini geliştirmek için kontrollü çalışmaların yapılması gerekmektedir. Optimal ağrı yönetimi, hastaya özel değerlendirme ve müdahaleleri sağlamak için multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekmektedir.

Bilgilendirme

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır. Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyesi veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur. Bu çalışmada yazarların katkı beyanı şöyledir; Fikir/Kavram: BÖ,GÖG; Tasarım: BÖ,GÖG; Denetleme/Danışmanlık: GÖG; Veri Toplama ve/veya İşleme: BÖ,GÖG; Analiz ve/veya Yorum: BÖ,GÖG; Kaynak Taraması: BÖ,GÖG; Makalenin Yazımı:BÖ,GÖG; Eleştirel İnceleme: GÖG.

Kaynaklar

1. Saklı K, Demir Zencirci A. Taksan ve platin alan hastalarda periferik nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;1:61–73.
2. Bjornard KL, Gilchrist LS, Inaba H, Diouf B, Hockenberry MJ, Kadan-Lottick NS et al. Peripheral neuropathy in children and adolescents treated for cancer. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2(10):744–754.
3. Smolik S, Arland L, Hensley MA, Schissel D, Shepperd B, Thomas K et al. Assessment tools for peripheral neuropathy in pediatric oncology: a systematic review from the children's oncology group. *J Pediatr Oncol Nurs* 2018;35(4):267–275.
4. American Cancer Society. What is peripheral neuropathy? [Internet]. 2020 [cited 2020 May 24]. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/peripheral-neuropathy/what-is-peripheral-neuropathy.html>.
5. McCrary JM, Goldstein D, Trinh T, Timmins HC, Li T, Friedlander M et al. Optimizing clinical screening for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Pain Symptom Manage* 2019;58(6):1023–1032.
6. Özdemir Kayıkçı EE, Can G. Evidence based complementary approaches in the management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer patients. *J Educ Res Nurs* 2020;17(1):59–65.
7. Kandula T, Park SB, Cohn RJ, Krishnan AV, Farrar MA. Pediatric chemotherapy induced peripheral neuropathy: a systematic review of current knowledge. *Cancer Treat Rev* 2016;50:118–128.
8. Smith EML, Kuisell C, Cho Y, Kanzawa-Lee GA, Gilchrist LS, Park SB et al. Characteristics and patterns of pediatric chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review. *Cancer Treat Res Commun* 2021;28:100420.
9. Dudeja S, Gupta S, Sharma S, Jain A, Sharma S, Jain P et al. Incidence of vincristine induced neurotoxicity in children with acute lymphoblastic leukemia and its correlation with nutritional deficiencies. *Pediatr Hematol Oncol* 2019;36(6):344–351.
10. Howard RF, Wiener S, Walker SM. Neuropathic pain in children. *Arch Dis Child* 2014;99(1):84–89.
11. Serletis D, Parkin P, Bouffet E, Shroff M, Drake JM, Rutka JT. Massive plexiform neurofibromas in childhood: natural history and management issues. *J Neurosurg* 2007;106:363–367.
12. Mohrmann C, Armer J, Hayashi RJ. Challenges evaluating chemotherapy-induced peripheral neuropathy in childhood cancer survivors: which instrument should nurses use?. *J Pediatr Oncol Nurs* 2017;34(2):106–114.
13. Murphy D, Lester D, Clay Smither F, Balakhanlou E. Peripheral neuropathic pain. Zaslav N, editor. *NeuroRehabilitation* 2020;47(3):265–283.
14. Gilchrist L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in pediatric cancer patients. *Semin Pediatr Neurol* 2012;19(9):9–17.
15. Smith EML, Li L, Chiang C, Thomas K, Raymond J, Wells EM et al. Patterns and severity of vincristine-induced peripheral neuropathy in children with acute lymphoblastic leukemia. *J Peripher Nerv Syst* 2015;20:37–46.
16. Triarico S, Romano A, Attinà G, Capozza MA, Maurizi P, Mastrangelo S et al. Vincristine-induced peripheral neuropathy (VIPN) in pediatric tumors: mechanisms, risk factors, strategies of prevention and treatment. *Int. J Mol Sci* 2021;22(8):4112.
17. Renbarger JL, McCammack KC, Rouse CE, Hall SD. Effect of race on vincristine-associated neurotoxicity in pediatric acute lymphoblastic leukemia patients. *Pediatr Blood Cancer* 2008;50(4):769–771.
18. Schouten SM, van de Velde ME, Kaspers GJL, Mookkink LB, van der Sluis IM, van den Bos C et al. Measuring vincristine-induced peripheral neuropathy in children with cancer: validation of the Dutch pediatric-modified Total Neuropathy Score. *Support Care Cancer* 2020;28(6):2867–2873.
19. Kandula T, Farrar MA, Cohn RJ, Mizrahi D, Carey K, Johnston K et al. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in long-term survivors of childhood cancer clinical, neurophysiological, functional, and patient-reported outcomes. *JAMA Neurol* 2018;75(8):980–988.
20. Tofthagen CS, McMillan SC, Kip KE. Development and psychometric evaluation of the chemotherapy-induced peripheral neuropathy assessment tool. *Cancer Nurs* 2011;34(4):E10–E20.
21. Clark PG, Cortese-Jimenez G, Cohen E. Effects of reiki, yoga, or meditation on the physical and psychological symptoms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a randomized pilot study. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* 2012;17(3):161–171.
22. Walker SM. Neuropathic pain in children: Steps towards improved recognition and management. *EBioMedicine* 2020;62:103124.
23. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019;160(1):53–59.
24. Courtemanche H, Magot A, Olliver Y, Riolland F, Leclair-Visonneau L, Fayet G et al. Vincristine-induced neuropathy: atypical electrophysiological patterns in children. *Muscle Nerve* 2015;52:981–985.
25. Hoffman MC, Mulrooney DA, Steinberger J, Lee J, Baker KS, Ness KK et al. Deficits in physical function among young childhood cancer survivors. *J Clin Oncol* 2013;31(22):2799–2805.
26. Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, Mohile NA, Heckler CE, Culakova E et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018;26(4):1019–1028.
27. Kerckhove N, Collin A, Condé S, Chaleteix C, Pezet D, Balayssac D. Long-term effects, pathophysiological mechanisms, and risk factors of chemotherapy-induced peripheral neuropathies: a comprehensive literature review. *Front Pharmacol* 2017;8(86):1–17.
28. Beijers A, Mols F, Dercksen W, Driessen C, Vreugdenhil G. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and impact on quality of life 6 months after treatment with chemotherapy. *J Community Support Oncol* 2014;12(11):401–406.

29. Macy ME, Duncan T, Whitlock J, Hunger SP, Boklan J, Narendren A et al. A multi-center phase Ib study of oxaliplatin in combination with fluorouracil and leucovorin in pediatric patients with advanced solid tumors. *Pediatr Blood Cancer* 2013;60:230–236.
30. Purser M, Johnston D, McMillan H. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy among paediatric oncology patients. *Can J Neurol Sci* 2014;41(4):442–447.
31. Tay CG, Lee VWM, Ong LC, Goh KJ, Ariffin H, Fong CY. Vincristine-induced peripheral neuropathy in survivors of childhood acute lymphoblastic leukaemia. *Pediatr Blood Cancer* 2017;64(8):1–7.
32. v van de Velde ME, Kaspers GL, Abbink FCH, Wilhelm AJ, Ket JCF, van den Berg MH. Vincristine-induced peripheral neuropathy in children with cancer: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2017;114:114–130.
33. Arzanian M., Mehdizadeh M, Zamani GR. Vincristine induced neurotoxicity: study of 75 cases. *Iran J Child Neurol* 2009;3(2):39–44.
34. Jain P, Gulati S, Seth R, Bakhshi S, Toteja GS, Pandey RM. Vincristine-induced neuropathy in childhood all (acute lymphoblastic leukemia) survivors : prevalence and electrophysiological characteristics. *J Child Neurol* 2014;29(7):932–937.
35. Coluzzi F, Rocco M, Gladden RG, Persiani P, Thur LA, Milano F. Pain management in childhood leukemia: diagnosis and available analgesic treatments. *Cancers* 2020;12(12):3671.
36. Smith EML, Li L, Hutchinson RJ, Ho R, Burnette WB, Wells E et al. Measuring vincristine-induced peripheral neuropathy in children with acute lymphoblastic leukemia. *Cancer Nurs* 2013;36(5):E49-E60.
37. Priolo T, Lamba LD, Giribaldi G, Negri E De, Grosso P, Grandis E De et al. Childhood thalidomide neuropathy: a clinical and neurophysiologic study. *Pediatr Neurol* 2008;38(3):196–199.
38. Binner M, Ross D, Browner I. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: assessment of oncology nurses' knowledge and practice. *Oncol Nurs Forum* 2011;38(4):448–454.
39. Gilchrist LS, Tanner L. The pediatric-modified total neuropathy score: a reliable and valid measure of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in children with non-CNS cancers. *Support Care Cancer* 2013;21(3):847–856.
40. Chung T, Prasad K, Lloyd TE. Peripheral neuropathy. Clinical and electrophysiological considerations. *Neuroimaging Clinics* 2014;24:49–65.
41. Smith EML, Kuisell C, Kanzawa-Lee G, Bridges CM, Cho Y, Swets J et al. Assessment of pediatric chemotherapy-induced peripheral neuropathy using a new patient-reported outcome measure: the P-CIN. *J Pediatr Oncol Nurs* 2021;38(2):131–141.
42. Abdel J, Ahmed N, Khudair SH. Effectiveness of health educational program on nurses' practices toward chemotherapy-induced peripheral neuropathy for children at hematology center in baghdad city. *Iraqi Natl J Nurs Spec* 2021;33(2):1–12.
43. Dobson JL, McMillan J, Li L. Benefits of exercise intervention in reducing neuropathic pain. *Front Cell Neurosci* 2014;8:1–9.
44. Mokhtar GM, Shaaban SY, Elbarbary NS, Fayed WA. A trial to assess the efficacy of glutamic acid in prevention of vincristine-induced neurotoxicity in pediatric malignancies: a pilot study. *J Pediatr Hematol Oncol* 2010;32(8):594–600.
45. Mohamed R, Zakaria M, Elkeblawy MM, Ahmed A. Post chemotherapy balance exercises in children with acute lymphoblastic leukemia. *Egypt J Hosp Med* 2021;82(3):399–403.
46. Jung M, Rein N, Fuchs B. Physiotherapie bei chemotherapie-assoziiierter peripherer neuropathie in der pädiatrischen onkologie-eine literaturrecherche. *Phys Medizin Rehabil Kurortmedizin* 2018;28(1):46–52.
47. Oh PJ, Kim YL. Effectiveness of non-pharmacologic interventions in chemotherapy induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *J Korean Acad Nurs* 2018;48(2):123–142.

DERLEME MAKALESİ

Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler ve Hemşirelik Girişimleri

 Zeynep KARAKUŞ¹,  Zeynep ÖZER²

¹Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

²Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Öz

Kanser, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Kanser hastaları yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku bozukluğu, nefes darlığı, depresyon ve anksiyete gibi birçok semptom yaşamaktadır. Kanserle ilişkili yorgunluk, tanı aşamasında ve tedavinin bitiminden yıllar sonra bile hastaların kendini güçsüz hissetmesine neden olabilmektedir. Ağrı ve bulantı gibi semptomların aksine kanserle ilişkili yorgunluk, birçok hasta ve sağlık profesyoneli tarafından sürecin doğal bir parçası olarak kabul edildiğinden, tanınmayan ve tedavi edilmeyen bir semptom olmaya devam etmektedir. Kanserle ilişkili yorgunluğun etiyojisi ve patofizyolojisi yeterince aydınlatılmadığından, yönetiminde altın standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Ancak kanserle ilişkili yorgunluk palyasyonunda farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahaleler kullanılmaktadır. Hemşireler, kanserle ilişkili yorgunluk yönetimindeki girişimleri klinik uygulamaya aktarmada kilit role sahiptir. Bu derlemede, güncel kılavuzlarda kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde önerilen stratejiler ve hemşirelik girişimleri sistematik şekilde verilmiştir. Önerilen girişimlerin hemşirelik bakımına katkı sağlayacağı ve kanserle ilişkili yorgunluğu azaltarak hastaların iyilik halini artıracığı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Kanser, Yorgunluk.

Abstract

Current Strategies and Nursing Interventions in the Management of Cancer-Related Fatigue

Cancer is one of the leading cause of death worldwide. Cancer patients experience many symptoms such as fatigue, pain, nausea, sleep disturbance, dyspnea, depression and anxiety. Cancer-related fatigue can make patients feel powerless at the time of diagnosis and even years after the end of treatment. Unlike symptoms such as pain and nausea, Cancer-related fatigue continues to be an unrecognized and untreated symptom, as it is considered a natural part of the process by many patients and healthcare professionals. Etiology and pathophysiology of cancer-related fatigue are not sufficiently elucidated, so that there is no gold standard treatment method in its management. However, pharmacologic and non-pharmacologic interventions are used in palliation of cancer-related fatigue. Nurses have a key role in transferring cancer-related fatigue management interventions to clinical practice. In this review, the proposed strategy and nursing interventions for the management of cancer-related fatigue in current guidelines are presented in a systematic way. It is thought that the proposed interventions will contribute to nursing care and increase the well-being of patients by reducing cancer-related fatigue.

Key Words: Cancer, Fatigue, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 12.07.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.03.2022

Correspondence Author: Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye., Türkiye.

Telefon: +90(242)3102965 E-posta: zeynepkarakus@akdeniz.edu.tr

Cite This Article: Karakuş Z, Özer Z. Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler ve Hemşirelik Girişimleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 376-386.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Kanser, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2020 yılında dünya genelinde yeni vaka sayısı 19.292.789 ve ölüm sayısı 9.958.133'tür (2). Türkiye'de ise 2020 yılında yeni vaka sayısı 233.834, ölüm sayısı 126.335'tir (3). Ayrıca özellikle yüksek gelirli ülkelerde kanserden sağ kalım oranları artmaya devam etmektedir (4). Artan oranlara paralel olarak hastalar cerrahi, radyasyon, kemoterapi, immünoterapi, kemik iliği nakli ve diğer tedavi modalitelerinin olumsuz yan etkilerini yaşamaya devam etmektedir (1, 5). Kanser hastaları çoğunlukla yorgunluk, ağrı, bulantı kusma, uyku bozukluğu, nefes darlığı, depresyon ve anksiyete gibi semptomlar yaşamaktadır (6). Yorgunluk, kanser hastalarının yaşadığı en yaygın ve zayıflatıcı semptomlardan biridir (7). Hastalar kanserin herhangi bir evresinde kanserle ilişkili yorgunluk yaşayabilmektedir (8, 9). Kanser hastalarının %70-80'inin kanserle ilişkili yorgunluk yaşadığı bilinmektedir (10). Smith ve ark. (11) tarafından yapılan çalışmada yorgunluğun en yaygın semptom (%74) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%78) yorgunluk yaşadığını bildirdiği ancak yorgunluk bildiren hastaların yardım isteme oranlarının düşük olduğu (%40) saptanmıştır (11). Bu sonuçlar, sık görülen ve karmaşık bir semptom olan kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde güçlükler yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu derlemedeki amaç, kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde güncel stratejileri ve hemşirelik girişimlerini tartışmaktır.

Gelişme

Kanserle İlişkili Yorgunluk

Kanserle ilişkili yorgunluk, Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (The National Comprehensive Cancer Network-NCCN) tarafından "kansere ya da kanser tedavisiyle ilgili, yakın zamanda gerçekleşen aktiviteyle orantılı olmayan ve olağan işleyişi bozan, stresli, kalıcı, öznel bir fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel halsizlik veya bitkinlik duygusudur" şeklinde tanımlanmaktadır (12). Ayrıca kanserle ilişkili yorgunluk, halsizlik, bitkinlik ve enerji eksikliği olarak da tanımlanmaktadır (13). Hem aktif tedavi gören hem de kanser tedavisi tamamlanan hastalar için sıkıntılı ve kalıcı bir semptom olan kanserle ilişkili yorgunluk, şiddet ve süreklilik bakımından genel yorgunluktan farklıdır ve dinlenme ya da uyku ile azalmamaktadır (14, 15). Kanser tedavisi bittikten yıllar sonra bile kanserle ilişkili yorgunluk yaşayan pek çok hasta bulunmaktadır (16). Hastalar genellikle enerji eksikliğinden dolayı fiziksel aktivite yapmada yetersizlik yaşamaktadır (13). Kanserle ilişkili yorgunluk hastaların yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz etkilemektedir (17).

Kanserle ilişkili yorgunluğun yüksek prevalansına ve yaygın görülmesine rağmen, etiolojisi ve patofizyolojik mekanizmaları ile ilgili belirsizlik devam etmekte, yorgunluğun hem fizyolojik hem de psikolojik yönü olduğu için spesifik bir mekanizma belirlemenin zor olduğu belirtilmektedir (1, 5, 13, 15, 18). Kanserle ilişkili yorgunluğun patogenezinin bilişsel, duygusal, psikososyal ve somatik faktörlerin etkileşimi olmak üzere çok faktörlü olduğu bilinmektedir (13). Literatürde kanserle ilişkili yorgunluk patofizyolojisinin hipotezleri arasında sirkadiyen ritimlerdeki değişiklikler, ATP ve sitokin düzensizliği, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA-Eksen) işlev bozukluğu, serotonin (5-HT) düzensizliği, depresyon, kaşeksi, vagal-afferent sinir aktivasyonu, inflamasyon ve anemi bulunmaktadır (18-20).

Kanserle İlişkili Yorgunluğun Değerlendirilmesi

Etkili yorgunluk değerlendirmesi ve yönetimini zorlaştıran, hasta, sağlık profesyoneli ve sağlık sisteminden kaynaklanan bazı engeller bulunmaktadır (21). Yorgunluk, bu engeller nedeniyle konuşulmayan, hafife alınan ve tanınmayan bir semptom haline gelebilmektedir. Hastalar bazen yaşadıkları yorgunluk nedeniyle optimum kanser tedavisini alamama korkusu yaşamaktadır. Bazı hastalar ise yorgunluğun tedavi sürecinde yaşanması beklenen ve tedavi edilemez bir semptom olduğunu düşünmektedir (18). Diğer yandan, sağlık profesyonelleri de yorgunluğun beklenen bir semptom olduğunu düşünmektedir (15). Bu nedenlere bağlı olarak hastalar yorgunluğu, kanser tedavisinde ödenmesi gereken bir bedel olarak görebilmekte, hekim ve hemşireleri ile yorgunluk hakkında konuşmamayı tercih edebilmektedir (15, 22).

Kanserle ilişkili yorgunluğu etkin bir şekilde yönetebilmek için öncelikle hastaların ve sağlık profesyonellerinin bu engelleri ortadan kaldırmaları gerekmektedir. Bu amaçla uygulanması gereken ilk adım, istisnasız her hastaya yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediğini sormaktır (22). Ayrıntılı hasta öyküsü ve fizik muayene de, kanserle ilişkili yorgunluk tanısı için anahtar bileşenlerdir (14, 18). Ardından laboratuvar çalışmaları, rutin tarama ve düzenli takip önerilmektedir (16). Kanserle ilişkili yorgunluğun, kanser teşhisi, tedavisi gibi hastalık sürecinin her aşamasında ve kanser tedavisinin tamamlanmasının ardından da değerlendirilmesi gerekmektedir (18).

Kanserle ilişkili yorgunluk, hastaların fiziksel performans, duygudurum, motivasyon, biliş ve sosyal işlevlerinde işlev bozukluğuna neden olan hem öznel hem de nesnel bileşenleri içermektedir (13, 15, 23). Kanserle ilişkili yorgunluğun tüm bileşenleri uygun bir araç kullanılarak değerlendirilmelidir (23). Hem klinik hem de araştırma ortamlarında yorgunluğu değerlendirmek için tek boyutlu ve çok boyutlu olmak üzere çeşitli ölçekler bulunmaktadır (1, 18). Mevcut kanserle ilişkili yorgunluk ölçekleri tipik olarak yorgunluğun şiddetini ve sıklığını değerlendirmektedir (15).

Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetimi

Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için altın standart bulunmamaktadır (13). Diğer bir deyişle, şiddetli ağrı için opioidler ve bulantı/kusma için antiemetik ilaçlardan farklı olarak şiddetli yorgunluk için etkili tek bir müdahale olmadığı belirtilmektedir (15). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminin amacı, girişimin hastalar üzerindeki etkilerini hafifletmek ve mevcut enerji seviyelerini en üst düzeye çıkarmak olan yorgunluk palyasyonudur (24). Bu amaçla yorgunluk yönetiminde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan girişimler kullanılmaktadır (1). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimine genel yaklaşım, eğitim, danışmanlık ve diğer stratejileri içermektedir (18). Hafif yorgunluk farmakolojik olmayan tedavilerle yönetilebilirken, orta ve şiddetli yorgunluk için hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan girişimler önerilmektedir (25). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimine ilişkin uluslararası kılavuzlarda yer alan güncel stratejiler Tablo 1-2-3'te özetlenmiştir.

Tablo 1. Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde NCCN* Kılavuzu Önerileri**NCCN Rehberi¹****Aktif Tedavi Döneminde Yorgunluğun Önlenmesinde Genel Stratejiler****Non-farmakolojik**

- | | |
|---|------------|
| • Fiziksel Aktivite (Kategori 1) | Kategori 1 |
| ➤ En uygun aktivite düzeyinin sürdürülmesi | |
| ➤ Aktivite düzeyinin belirlenmesinde dikkat edilecek hususlar | |
| ❖ Kemik metastazları | |
| ❖ Trombositopeni | |
| ❖ Anemi | |
| ❖ Ateş, aktif enfeksiyon ya da post-operatif dönem | |
| ❖ Metastaz ya da eşlik eden diğer hastalıklar | |
| ❖ Güvenlik ile ilgili durumlar (düşme riski) | |
| ➤ Sağlık çalışanının önerdiği şekilde kardiyovasküler dayanıklılık (yürüme, koşu ve yüzme vb.) ve direnç (ağırılık kaldırma) egzersizlerinin her ikisini de içeren egzersiz programına başlatma ya da sürdürmenin desteklenmesi | |
| ➤ Rehabilitasyona yönlendirme: fiziksel terapi, iş terapisi, fiziksel tıp | |
| ➤ Yoga | Kategori 1 |
| • Fizik Temelli Terapiler | |
| ➤ Masaj terapi | Kategori 1 |
| • Psikososyal Girişimler | |
| ➤ Bilişsel davranışçı terapi/ davranışçı terapi | Kategori 1 |
| ➤ Psikoeğitimsel terapiler/eğitimsel terapiler | Kategori 1 |
| ➤ Destekleyici etkileyici terapiler | |
| • Beslenme Danışmanlığı | |
| • Uykuya yönelik bilişsel davranışçı terapi | |
| ➤ Uyaran kontrolü/uykunun sınırlanması/uyku hijyeni | |
| • Beyaz parlak ışık terapisi | |

Farmakolojik

- Yorgunluğun diğer nedenleri dışlandıktan sonra psikostimulanlar (methylpenidate)
- Ağrı, duygusal stres ve aneminin tedavisi
- Uyku bozuklukları, beslenme yetersizliği/dengesizliği ve komorbid durumların tedavisi

*The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)- Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı

1

NCCN Kanıt ve Konsensus Kategorileri

Kategori 1	Üst düzey kanıtlara dayanarak, müdahalenin uygun olduğuna dair tek tip NCCN konsensusu
Kategori 2A	Daha düşük seviyeli kanıtlara dayanarak, müdahalenin uygun olduğuna dair tek tip NCCN konsensusu
Kategori 2B:	Daha düşük seviyeli kanıtlara dayanarak, müdahalenin uygun olduğuna dair NCCN konsensusu
Kategori 3	Herhangi bir kanıt düzeyine dayanarak, müdahalenin uygun olduğuna dair büyük bir NCCN anlaşmazlığı

Tablo 2. Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde ESMO Kılavuzu Önerileri****ESMO Rehberi²**

• Yorgunluk yaşayan kanser hastası ve sağlık profesyonelleri arasında ortak karar verme, teşhis sırasında ve bakımın tüm aşamalarında gerçekleşmelidir.	[II, B]
• Tüm kanser hastaları, teşhis anından itibaren, tedavi sırasında ve bakım sonrasında düzenli aralıklarla ve klinik olarak endike ise, yorgunluğun varlığı ve şiddeti açısından rutin olarak taranmalıdır.	[II, B]
• Tarama, önem derecesi için belirlenmiş eşik değerleri olan kısa ve doğrulanmış araçlar kullanılarak yapılmalıdır.	[II, B]
• Yorgunluk yaşayan hastalar (10 üzerinden 4 veya daha yüksek değer ya da orta ila şiddetli yorgunluk yaşayanlar), yorgunluğa neden olan tedavi edilebilir ve komorbid durumları belirlemek amacıyla kapsamlı ve odaklanmış bir tanınal değerlendirilmeden geçmelidir.	[II, B]
• Tanınal değerlendirme, odaklanmış bir yorgunluk öyküsü, kapsamlı bir tıbbi muayene, altta yatan kötü huylu hastalığın durumu, vücut sistemlerinin gözden geçirilmesi, zihinsel durum muayenesi ve minimum sayıda laboratuvar testi içermelidir.	[II, B]
• Kanserli kaşektik olmayan hastalarda fiziksel egzersiz önerilebilir.	[I, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluk yaşayan hastalarda orta yoğunlukta fiziksel egzersiz ve aerobik ve fonksiyonel direnç egzersizi önerilir.	[I, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluğu ve yaşam kalitesini iyileştirmek için yürüme ve ev tabanlı aerobik ve direnç egzersizleri gibi fiziksel aktiviteler önerilir.	[II, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluk kontrolü için modafinil ve armodafinil kullanımı önerilmez.	[II, D]
• Kanserle ilişkili yorgunluğun kontrolü için antidepressanların ve özellikle paroksetin kullanılması önerilmez.	[II, D]
• Kanserle ilişkili yorgunluk kontrolü için donepezil kullanılması önerilmez.	[II, D]
• Metastatik kanser hastalarında kanserle ilişkili yorgunluğun kontrolü için kısa süreli deksametazon veya metilprednizolon kullanımı önerilir.	[II, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluk kontrolü için eszopiklon, megestrol asetat ve melatonin kullanımı önerilmez.	[II, D]
• L-karnitin, koenzim Q10, astragalus ve guarana kullanımı şu anda kanserle ilişkili yorgunluk kontrolü için önerilmemektedir.	[II, D]
• Kanser hastalarına ve bakım verenlere, kanserle ilişkili yorgunluğu anlamalarına yardımcı olmak ve onları yorgunluğun kronik bir durum haline gelmesini önlemenin ve yorgunluğu yönetmenin yolları hakkında eğitmek için bilgi ve danışmanlık önerilir.	[II, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluğu yönetmek için psiko eğitim önerilir.	[II, B]
• Kanserle ilişkili yorgunluğu yönetmek için bilişsel davranışçı terapi önerilir.	[II, B]
• Farkındalık temelli stres azaltımı, kanserle ilişkili yorgunluğu geliştirmek için bir seçenek olabilir.	[II, C]
• Yoga, kanser tedavisi tamamlananlarda kanserle ilişkili yorgunluğu iyileştirmek için bir seçenek olabilir.	[II, C]
• Yorgunluğu ve duygusal sıkıntıyı azaltmak için hasta ve aile eğitimi önerilir.	[II, C]
• Kanserle ilişkili yorgunluk kontrolü için aerobik ve direnç dahil fiziksel aktivite önerilir.	[II, B]
• Onkolojik tedavi sırasında yaşlı kanser hastalarının yaşadığı yorgunluğu gidermek için psikososyal müdahale (davranışçı terapi, psikoterapi, destek grupları, değişen başa çıkma stratejileri, gevşeme, enerji tasarrufu, stres yönetimi) önerilir.	[II, C]
• Kanserle ilişkili yorgunluğun kontrolü için farmakolojik müdahaleler önerilmez.	[II, D]

**European Society for Medical Oncology-Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği

²Kategori Tanım**Derece****Kanıt Seviyeleri**

I	İyi metodolojik kaliteye sahip (düşük yanlılık potansiyeli) en az bir büyük, randomize, kontrollü çalışmadan veya heterojenliği olmayan iyi yürütülmüş randomize çalışmaların meta-analizlerinden elde edilen kanıtlar
II	Küçük randomize araştırmalar veya önyargı şüphesi olan büyük randomize çalışmalar (düşük metodolojik kalite) veya bu tür çalışmaların veya heterojenliği kanıtlanan çalışmaların meta analizleri
III	Prospektif kohort çalışmaları
IV	Retrospektif kohort çalışmaları veya vaka kontrol çalışmaları
V	Kontrol grubu olmayan çalışmalar, olgu sunumları, uzman görüşleri

Öneri dereceleri

A	Önemli bir klinik fayda ile etkinlik için güçlü kanıt, şiddetle önerilir
B	Etkililik için güçlü veya orta derecede kanıt, ancak sınırlı bir klinik fayda ile genellikle önerilir
C	Etkinlik veya fayda için yetersiz kanıt, risk veya dezavantajlardan dolayı ağırlığı yok (advers olaylar, maliyetler, vb.), opsiyonel
D	Etkinliğe veya olumsuz sonuçlara dayalı orta düzeyde kanıt, genellikle önerilmez
E	Etkinliğe veya olumsuz sonuçlara dayalı güçlü kanıtlar, asla önerilmez

Tablo 3. Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde CAPO* Rehberi Önerileri**

CAPO Rehberi^{3a, 3b}	
Non-farmakolojik	
Fiziksel Aktivite/Egzersiz	
<ul style="list-style-type: none"> Tüm hastalara, haftanın beş veya daha fazla gününde en az 30 dakika boyunca %55-75 oranında orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya haftanın üç veya daha fazla günde en az 20 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivitede bulunmaları konusunda tavsiyede bulunma (örneğin hızlı yürüyüş, bisiklete binme veya yüzme) Daha düşük yoğunluk seviyelerinde (yürüme, yoga gibi) her türlü fiziksel aktivite, aktif tedavi ve tedavi sonrası hayatta kalma sırasında çoğu hasta için yorgunluğun azalmasına katkıda bulunacaktır. 	Güçlü/ Yeterli
<ul style="list-style-type: none"> Hastalara, yoganın kanser yorgunluğunu iyileştirdiğine dair ön kanıtlar olduğu konusunda bilgi verilmelidir. 	Güçlü/ Orta
<ul style="list-style-type: none"> Kanser hastaları, obez bireyler, fiziksel olarak aktif olmayan hastalar ve özel rejimler gerektirenler (periferik nöropati, ağrı ve lenfödem gibi) için rehabilitasyonda bir uzmana sevk düşünülmelidir. 	Konsensus temelli güçlü/2A ¹
Psikososyal/ Eğitim Müdahaleleri	
<ul style="list-style-type: none"> Tüm hastalar, öz-bakım, başa çıkma teknikleri, enerji ve aktivite yönetimini vurgulayan yorgunluk hakkında rutin hasta eğitiminden faydalanabilir. Kanser hizmetleri, hastalar ve tedavisi tamamlananlar için yorgunluğun öz-yönetimini hedefleyen çok bileşenli grup psiko-eğitim programlarına erişimi teşvik etmelidir. Yararlı olması muhtemel bileşenler şunları içerir: <ul style="list-style-type: none"> Duyguları yönetme Yorgunluğun anlaşılması Sağlıklı uyku Olumlu akran desteği Engelleri aşma Deneyimleri paylaşma fırsatı Özellikle yorgunluğa yönelik bilişsel davranışçı terapi konusunda eğitim almış uzmanlara veya yorgunluk kliniklerine sevk, hastalara ve tedavisi tamamlananlar olarak kronik kanser yorgunluğuna sahip olanlara sunulmalıdır. 	Orta / Yeterli Güçlü/ Yüksek Güçlü/ Yeterli, Orta
Tamamlayıcı Terapiler	
<ul style="list-style-type: none"> Bitkisel ilaç şeklinde tamamlayıcı tedaviler arayan hastalara, bunların yorgunluğu azaltmadaki etkinliklerini gösteren yeterli kanıt olmadığı söylenmelidir. Hastalar, tüm bitkisel ürünlerin güvenlikleri belirlenemeyebileceği için dikkatli bir şekilde kullanılması gerektiği ve kanser tedavisi ilaçları veya diğer ilaçlarla birlikte yan etkiler ortaya çıkabileceği için onkoloji ekibi ile kullanımları hakkında konuşmaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır. Hastalar, yorgunluk tedavisi için akupunktur önermek için yeterli kanıt bulunmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalar, farkındalık temelli müdahalelerin yorgunluğu iyileştirebileceğine dair ön kanıtlar olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. 	Güçlü/ Yeterli Güçlü/ Yeterli Zayıf/Orta Konsensus temelli/ 2A ¹
Farmakolojik	
<ul style="list-style-type: none"> Kanıt, hastalığın herhangi bir aşamasında yorgunluk için farmakolojik ajanları önermek için yetersiz 	Güçlü, Yetersiz kanıt

***Canadian Association of Psychosocial Oncology- Kanada Psikososyal Onkoloji Derneği

3a			
Kategori Kalite	Tanımlar	Güçlü Öneri	Zayıf Öneri
Yüksek Kaliteli Kanıt	Daha fazla araştırmanın, etki tahminine olan güvenimizi değiştirmesi pek olası değildir.	Çalışma grubu, bu tavsiyeye bağlı kalmanın arzu edilen etkilerinin, istenmeyen etkilerden daha ağır bastığından emindir. Bu, lehte veya aleyhte güçlü bir öneridir. Bu çoğu hasta için geçerlidir.	Çalışma grubu, kanıtların yüksek kalitede olmasına rağmen, zarar ve fayda tahminleri arasında bir denge gösterdiğinin farkındadır. En iyi eylem yerel koşullara, hasta değerlerine veya tercihlerine bağlı olacaktır.
Orta Kaliteli Kanıt	Daha fazla araştırmanın, etki tahminine olan güvenimiz üzerinde önemli bir etkisi olması muhtemeldir ve tahmini değiştirebilir.	Çalışma grubu, faydaların risklerden daha ağır bastığından emindir, ancak kanıtların sınırlamaları olduğunun farkındadır. Daha fazla kanıt bu öneriyi etkileyebilir. Bu, muhtemelen çoğu hasta için geçerli olan bir öneridir.	Çalışma grubu, orta kalitede kanıtlara dayalı olarak zararlar ve faydalar arasında bir denge olduğunu veya önerilen müdahalenin yeni kanıtlardan etkilenebilecek zarar ve yararlarının tahminleri hakkında bir belirsizlik olduğunu kabul eder. Bazı durumlarda bazı hastalar için alternatif yaklaşımlar muhtemelen daha iyi olacaktır.
Düşük Kalitede Kanıt	Çalışma grubu, kanıtların tutarlı bir şekilde bu eylemin yararının zararlarından daha ağır bastığını gösteriyor. Bu öneri, daha yüksek kalitede kanıtlar elde edildiğinde değişebilir.	Çalışma grubu, kanıtların tutarlı bir şekilde bu eylemin yararının zararlarından daha ağır bastığını gösteriyor. Bu öneri, daha yüksek kalitede kanıtlar elde edildiğinde değişebilir.	Çalışma grubu, fayda ve zararların en iyi tahminleri hakkında önemli bir belirsizlik olduğunu farkındadır.

3b	
Özet/kanıt düzeyi	Tanım
Yeterli kanıt	Belirli bir sonuç(lar)la ilgili olarak müdahalenin/müdahalelerin etkisi hakkında bir karar vermek için kanıt. Bu, aşağıdakiler açısından bir etkinin kanıtını içerir: (i) yarar veya (ii) zarar. İstatistiksel olarak anlamlı sonuçların, kararların dayandırılacağı yeterli kanıtı temsil ettiği kabul edilir, ancak belirli bir sonuç için analize dahil edilen çalışmaların/katılımcıların sayısına dayalı olarak da yeterli kanıt hakkında bir yargıda bulunulur.
Bazı kanıtlar	Belirli bir sonuç(lar)la ilgili olarak belirli bir müdahalenin/müdahalelerin etkileri hakkında karar vermek için daha az kesin kanıt. Bu, inceleme sonuçlarının anlatı sentezine dayanabilir.
Yetersiz kanıt	Dahil edilen çalışmalara dayanarak müdahale(ler)in etkileri hakkındaki kararları desteklemek için yeterli kanıt yok. Bu, "etki olmadığına dair kanıt" yerine "etki kanıtı yok" olarak yorumlanmalıdır.
Belirlemek için yetersiz kanıt	Dahil edilen çalışmalara dayanarak bir müdahalenin etkili olup olmadığını belirlemek için yeterli kanıt yok.

Farmakolojik Yöntemler

Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için kullanılan farmakolojik ajanlar arasında psikostimulanlar, fitoterapötik ajanlar, antidepresanlar, kortikosteroidler, büyüme faktörleri yer almaktadır (18, 26). Ayrıca eritropoietin uyarıcı ajanlar (ESA), deksetilfenidat, Modafinil, L-karnitin ve Amerikan ginsengi gibi ajanlar da kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için kullanılmaktadır (25). Ancak, bu yaklaşımların birçoğunun standart tedavi olarak kullanılabilmesini destekleyen güçlü veriler bulunmamaktadır (26). Metilfenidat, dekstroamfetamin gibi psikostimulanlar, uyanıklık veya motivasyon düzeylerini artırmaktadır (27). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için sıklıkla kullanılan psikostimulan olan metilfenidat, adrenerjik reseptörleri doğrudan uyarmakta ve dolaylı olarak presinaptik terminallerden dopamin ve norepinefrin salınımını sağlamaktadır (15). Bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması sonuçlarına göre, metilfenidatın kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için yararlı olabileceğini, ancak modafinilin plasebo tedavisine üstünlüğünün olmadığını ortaya koymuştur. Çalışmada farmakolojik tedavilerin hasta eğitimi, danışmanlık, fiziksel aktivite ve psikososyal müdahalelerle kombine edilmesi önerilmektedir (28). Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) Kanserle İlişkili Yorgunluk Kılavuzunda (2021), metilfenidat ve metilprednizolonun kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmada yardımcı olabileceği ve potansiyel tedavi modalitelerinin daha fazla araştırılmasına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (12).

Non-Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemlerin etkinliğinin net olmaması ve potansiyel yan etkileri nedeniyle farmakolojik olmayan yöntemler kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde önemli bir yere sahiptir (29). Farmakolojik olmayan yöntemler arasında egzersiz, psikososyal müdahaleler, beyaz parlak ışık terapisi, yoga, diyet yönetimi, akupunktur/akupresür ve uyku terapisi yer almaktadır (12, 18, 25). Ayrıca, literatürde hasta eğitimi, danışmanlık, öz-yönetim programları, hedef belirleme ve stres yönetimi önerilmektedir (12, 14, 25). O'Brien ve ark. (30) tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasının sonuçları; fiziksel egzersiz, uyku hijyeni, relaksasyon eğitimi, beslenme değişikliği, günlük tutma, eğitim kitapçığı okuma ve imgeleme tekniklerinin kanserle ilişkili yorgunluk yönetimini sağlayabilecek yöntemler olduğunu ortaya koymuştur.

Egzersiz

Fiziksel aktivite/egzersiz, kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmada en çok desteklenen kanıtı sahiptir (18). Egzersiz programları, kas gücünü ve fiziksel uygunluğu artırarak yorgunluğu azaltmaktadır (31). Repka ve Hayward tarafından yürütülen çalışma sonuçları (5) tedaviyi yeni tamamlamış kanser hastalarında egzersiz eğitiminin yorgunluğu azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. Kessels ve ark. (31) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, egzersiz girişiminin kanserle ilişkili yorgunlukta ciddi azalma sağladığı bulunmuştur. Ayrıca çalışma sonuçları, aerobik egzersizlerin aerobik ve direnç egzersizi kombinasyonuna göre yorgunluğun azaltılmasına daha fazla katkı sağladığını ortaya koymuştur (31). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde egzersizin etkinliğine yönelik önemli kanıtlar olmasına rağmen, kanserle ilişkili yorgunluk yaşayan hastalar için net bir egzersiz programı bulunmamaktadır (14). Egzersiz programlarının hastanın özelliklerine göre bireyselleştirilmesi önerilmektedir (12).

Psikososyal Girişimler

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), öz-yönetimi sağlayan davranışsal değişiklikleri teşvik ederek kanser hastaları ve kanser tedavisi tamamlanan bireyler için yarar sağlamaktadır (18). Hemşire tarafından verilen ev temelli BDT ile kombine egzersiz programının yer aldığı bir çalışmada, deney grubunun üç ve altı aylık izlemlerinde karşılaştırma grubuna kıyasla daha düşük yorgunluk puanına sahip olduğu belirlenmiştir (32). Hemşirelerin, kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmada öz-yönetimi destekleyen çok bileşenli BDT programlarına erişimi teşvik etmeleri önerilmektedir (33).

Hasta Eğitimi

Hasta eğitim programları, hastaların kansere bağlı ağrı, uyku bozukluğu, anksiyete, dispne olduğu gibi kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmada da olumlu bir etkiye sahiptir. Kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için eğitimsel müdahaleler, başa çıkma stratejileri, problem çözme, duygusal destek ve psikoterapi kullanılabilir. Hasta eğitimi ve danışmanlık, genellikle bireysel veya grup terapisi kullanılarak semptomların azaltılmasını sağlamaktadır (23).

Akupunktur

Akupunkturun sağladığı fiziksel ve psikolojik etki, bazı hastalar için kanserle ilişkili yorgunluğun azaltılmasında yararlı olabilmektedir (34). Cheng ve ark. (7) tarafından yürütülen bir randomize kontrollü çalışma sonuçları, akupunktur girişiminin ve sonuç izleminin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu, katılımcı uyumunun iyi olduğunu ortaya koymuştur. Jang ve ark. (35) tarafından yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, kanser tedavisi tamamlanan bireyler için kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde akupunkturun terapötik potansiyele sahip olduğu ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır.

Beyaz Parlak Işık Terapisi

Beyaz parlak ışık terapisi, sirkadiyen ritimleri düzenleyen hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğini uyarmaktadır (17). Johnson ve ark. (36) tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışma sonuçları, kanser tedavisi tamamlanan bireylerde kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için beyaz parlak ışık terapisi kullanımını desteklemektedir. NCCN, kanserle ilişkili yorgunluk yönetimi için farmakolojik olmayan bir yöntem olarak ev temelli beyaz parlak ışık terapisinin kullanılabilirliğini önermektedir (12).

Yoga

Fiziksel duruşların kombinasyonunu içeren bir zihin-beden girişimi olan yoga, kanserle ilişkili yorgunluğu da azaltabilmektedir (12, 14). Yoga, nefes ve meditasyona odaklanmaktadır (14). Jihong ve ark. (2021) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, kemoterapi ve/veya radyasyon tedavisi gören hastalarda yoganın kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmada olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca çalışmada, hasta uyumunu artırmak ve yorgunluğu azaltmak için, denetimli ve öz-uygulama stratejilerinin yer aldığı kombine yoga türleri önerilmektedir (37).

Uyku Terapisi

Uyku bozuklukları kanser tanılı hastaların yaşadığı yorgunluğu genellikle şiddetlendirmektedir (18). Literatürde uyku kalitesini iyileştirmek için uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması ve uyku hijyenini içeren BDT önerilmektedir (12, 18).

Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kanserle ilişkili yorgunluk, hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak kötüleştiren karmaşık, öznel, çok yönlü ve ciddi bir semptomdur (8, 13). Hastalar ve sağlık profesyonelleri yorgunluğu önemli bir semptom olarak kabul etse de, yorgunluğun nedenleri, nasıl değerlendirileceği ya da yönetileceği konusunda hemfikir olamamaktadır (23). Kanserle ilişkili yorgunluğu yönetmek, tüm sağlık profesyonellerinin koordineli bir şekilde çalışmasını gerektirmektedir (1). Hemşireler kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde çok önemli role sahiptir (1).

Çok boyutlu ve karmaşık bir semptom olan yorgunluğun değerlendirilmesi için çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Hemşirelerin, hasta için en uygun yorgunluk ölçüm aracını seçmesi için iyi klinik uygulamaları göz önünde bulundurması ve birey odaklı değerlendirme yapması gerekmektedir (15). Değerlendirmede, yorgunluğun hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitesini nasıl etkilediğinin göz önünde bulundurulması önemlidir (24). Hastaların öz bildirimine ek olarak, çok boyutlu bir ölçüm aracı kullanmak hemşirelerin yorgunluğu daha iyi değerlendirmesini ve yönetmesini sağlamaktadır (24).

Hemşirelerin, hastalara ve ailelerine kanserle ilişkili yorgunluğu etkin bir şekilde yönetmeleri için farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimlerin yararları konusunda yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlık programları sağlamaları oldukça önemlidir (1). Schmidt ve ark. (22) tarafından yapılan çalışma, hastaların kanserle ilişkili yorgunluk hakkında bilgi eksikliği olduğunu ve birçoğunun kendilerini yeterince bilgilendirilmiş hissetmediklerini ortaya koymuştur. Hastaları ve aileleri güçlendirmek için hemşirelerin ağrı kontrolü, yeterli ve dengeli beslenme, hidrasyon, egzersiz ve enerjinin korunması ile ilgili bir eğitim programı hazırlaması önerilmektedir (24). Bakım verene sunulan yeterli ve güncel bilgi, kanserle ilişkili yorgunluğa bağlı gelişebilecek stres ve anksiyeteyi hafifletebileceğinden, hemşirelerin bakım veren aile üyelerini eğitim, danışmanlık ve öz-yönetim programlarına dahil etmeleri önemlidir (15).

Kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde yararlı olduğu kanıtlanan girişimler, uygulamada yeterince kullanılmamaktadır (22). Egzersizin yorgunluk yönetiminde yararlı olduğuna dair kanıtlar olsa da, kanser hastaları ve kanser tedavisi tamamlanan bireylerin pek çoğu yeterince egzersiz yapmamaktadır (31). Oldukça yaygın görülen ve semptom yükü fazla olan yorgunluk yönetimi için, ekip üyeleriyle birlikte hemşireler tarafından yapılandırılmış hasta eğitimi, danışmanlık, tarama ve yorgunluk yönetiminin rutin bakıma entegre edilmesi önerilmektedir (22). Ayrıca hemşireler hastaların öz-yeterliklerini değerlendirmeli ve hastaları öz-yönetime teşvik etmelidir. Kessels ve ark. tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, girişime uyumun oldukça önemli olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada hastaların yüksek uyumunun büyük bir etkiyle, düşük veya orta düzeyde uyumunun küçük etki ile sonuçlandığı saptanmıştır (31). Hemşirelerin, hastaların programlara uyumunu artırmak için teşvik edici yöntemler uygulaması ve bu amaçla bakım veren aile üyelerini de programlara dahil etmesi önerilmektedir.

Sonuç

Kanserle ilişkili yorgunluk, kanser hastaları için en yaygın ve zayıflatıcı semptomlardan biridir. Kanserle ilişkili yorgunluğu azaltmak için altın bir standart bulunmamakla birlikte, uluslararası kılavuzlar tarafından farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler önerilmektedir. Hemşireler, önerilen bu girişimlerin hasta bakımına uygulanmasında kilit bir role sahiptir. Kanserle ilişkili yorgunluğun etkin yönetimi, hastaların iyilik halini ve yaşam kalitesini iyileştirecektir. Rehberlerde kanıt düzeyi yüksek girişimlerin hemşireler tarafından kullanılması önerilmektedir. Hemşirelerin, kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde kanıt oluşturabilecek yöntemler konusunda araştırmalarını sürdürmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler için kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: Fikir/Kavram: ZK, ZÖ; Tasarım: ZK; Literatür Tarama: ZK; Literatür Verilerinin Analizi ve Yorumlaması: ZK, ZÖ; Makalenin Yazımı: ZK; Denetleme/Danışmanlık: ZÖ. Bu derleme, araştırma ve bilimsel yayın etiğine uyularak yazılmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır ve araştırma için fon desteği sağlanmamıştır.

Kaynaklar

1. Lavdaniti M. Fatigue in cancer patients undergoing chemotherapy: A nursing approach. *Int J Caring Sci*. 2019;12(2):1-5.
2. GLOBOCAN 2020 Global cancer observatory: World Health Organization International Agency for Research on Cancer; 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>. 2 Mayıs 2021
3. GLOBOCAN 2020: Turkey World Health Organization International Agency for Research on Cancer: Global Cancer Observatory; 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>. 2 Mayıs 2021.
4. Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, Ferlay J, Andersson TM, Myklebust TÅ, et al. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *Lancet Oncol*. 2019;20(11):1493-505.
5. Repka CP, Hayward R. Effects of an exercise intervention on cancer-related fatigue and its relationship to markers of oxidative stress. *Integr Cancer Ther*. 2018;17(2):503-10.
6. Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, et al. Symptoms in advanced cancer patients in a Greek Hospital: A descriptive study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(4):1047-52.
7. Cheng C-s, Chen L-y, Ning Z-y, Zhang C-y, Chen H, Chen Z, et al. Acupuncture for cancer-related fatigue in lung cancer patients: A randomized, double blind, placebo-controlled pilot trial. *Support Care Cancer*. 2017;25(12):3807-14.
8. Bourmaud A, Anota A, Moncharmont C, Tinquaut F, Oriol M, Trillet-Lenoir V, et al. Cancer-related fatigue management: Evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study. *Br J Cancer*. 2017;116(7):849-58.
9. Tang C-C, Von Ah D, Fulton JS. The Symptom experience of patients with advanced pancreatic cancer: An integrative review. *Cancer Nurs*. 2018;41(1):33-44.
10. Charalambous A, Berger AM, Matthews E, Balachandran DD, Papastavrou E, Palesh O. Cancer-related fatigue and sleep deficiency in cancer care continuum: Concepts, assessment, clusters, and management. *Support Care Cancer*. 2019;27(7):2747-53.
11. Smith TG, Troeschel AN, Castro KM, Arora NK, Stein K, Lipscomb J, et al. Perceptions of patients with breast and colon cancer of the management of cancer-related pain, fatigue, and emotional distress in community oncology. *J Clin Oncol*. 2019;37(19):1666-76.
12. NCCN Guidelines Version 1.2021 Cancer-related fatigue National Comprehensive Cancer Network: 2021 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#fatigue. 10 Mayıs 2021.
13. O'Higgins C, Brady B, O'Connor B, Walsh D, Reilly R. The pathophysiology of cancer-related fatigue: Current controversies. *Support Care Cancer*. 2018;26(10):3353-64.
14. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, Guglielmo M, Horneber M, Roila F, et al. Cancer-related fatigue: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *Ann Oncol*. 2020;31(6):713-23.
15. Wang XS, Woodruff JF. Cancer-related and treatment-related fatigue. *Gynecol Oncol*. 2015;136(3):446-52.
16. Savina S, Zaydiner B. Cancer-related fatigue: Some clinical aspects. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(1):7-9.
17. Zhen-hua Y, Fu-rong D, Yin-ping W, Xue Y, Zi Y. Interpretation of NCCN clinical practice guidelines in oncology: Cancer-related fatigue. *JITM*. 2016;4(1):1-8.
18. Ebede CC, Jang Y, Escalante CP. Cancer-related fatigue in cancer survivorship. *Med Clin North Am*. 2017;101(6):1085-1097.
19. Werdani YDW. Effect of cancer-related fatigue to the level of independence of cancer patients and caregiver stress level. *FMI*. 2018;54(2):108-12.
20. Weber D, O'Brien K. Cancer and cancer-related fatigue and the interrelationships with depression, stress, and inflammation. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2016;22(3):502-12.
21. Jones G, Gollish M, Trudel G, Rutkowski N, Brunet J, Lebel S. A perfect storm and patient-provider breakdown in communication: Two mechanisms underlying practice gaps in cancer-related fatigue guidelines implementation. *Support Care Cancer*. 2021;29(4):1873-81.
22. Schmidt ME, Bergbold S, Hermann S, Steindorf K. Knowledge, perceptions, and management of cancer-related fatigue: The patients' perspective. *Support Care Cancer*. 2021;29(4):2063-71.
23. Gerber LH. Cancer-related fatigue: persistent, pervasive, and problematic. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017;28(1):65-88.
24. Borneman T. Assessment and management of cancer-related fatigue. *J Hosp Palliat Nurs*. 2013;15(2):77-86.
25. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani MP, Ayyar M, Thevi GR. Cancer-related fatigue treatment: An overview. *J Cancer Ther Res*. 2017;13(6):916.
26. Carnio S, Di Stefano RF, Novello S. Fatigue in lung cancer patients: Symptom burden and management of challenges. *Lung Cancer*. 2016;7:73.
27. Breitbart W, Alici Y. Psychostimulants for cancer-related fatigue. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(8):933-42.
28. Qu D, Zhang Z, Yu X, Zhao J, Qiu F, Huang J. Psychotropic drugs for the management of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. 2016;25(6):970-9.
29. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Jin S, Zhang H, et al. Patient education programs for cancer-related fatigue: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(11):1308-19.
30. O'Brien L, Loughnan A, Purcell A, Haines T. Education for cancer-related fatigue: Could talking about it make people more likely to report it? *Support Care Cancer*. 2014;22(1):209-15.
31. Kessels E, Husson O, Van der Feltz-Cornelis CM. The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:479.

32. Zhang Q, Li F, Zhang H, Yu X, Cong Y. Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2018;78:52-60.
33. Howell D, Keshavarz H, Esplen M, Hack T, Hamel M, Howes J, et al. Pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and management of psychosocial distress, depression and anxiety in adults with cancer. *Canadian Partnership Against Cancer, Canadian Association of Psychosocial Oncology.* 2015. <https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN-~1.PDF>. 4 Mayıs 2021.
34. Ripamonti CI, Antonuzzo A, Bossi P, Cavalieri S, Roila F, Fatigoni S. Fatigue, a major still underestimated issue. *Curr Opin Oncol.* 2018;30(4):219-25.
35. Jang A, Brown C, Lamoury G, Morgia M, Boyle F, Marr I, et al. The effects of acupuncture on cancer-related fatigue: Updated systematic review and meta-analysis. *Integr Cancer Ther.* 2020;19:1534735420949679.
36. Johnson JA, Garland SN, Carlson LE, Savard J, Simpson JSA, Ancoli-Israel S, et al. Bright light therapy improves cancer-related fatigue in cancer survivors: A randomized controlled trial. *J Cancer Surviv.* 2018;12(2):206-15.
37. Jihong S, Tao W, Yujie W, Rong L, Sitian N, Litao Z, et al. The effectiveness of yoga on cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Oncol Nurs Forum.* 2021;48(2):207-28.

DERLEME MAKALE

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı

 Gizem ÖZBUDAK¹,  Öznur USTA YEŞİLBALKAN²,  Asiye AKYOL³

¹Öğr. Gör., Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Edirne, Türkiye.

²Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

³Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. KOAH'lı bireylerde malnütrisyon prevalansının %20 ile %50 arasında değiştiği bildirilmektedir. Malnütrisyon, akciğer fonksiyonları, immünite, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olmakla birlikte sağlık bakım maliyetlerinin artması, hastanede kalış süresinin uzaması gibi sonuçlara da neden olmaktadır. Yetersiz beslenme ve kas kütlesi kaybı, bireylerin solunum kas fonksiyonunu ve egzersiz kapasitesini etkilemektedir. Solunum yetmezliği malnütrisyon için bir sebep iken, nutrisyonel durumun kendisi de solunum sistemi fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Malnütrisyonun neden olduğu iştah azalması ve egzersiz intoleransı solunum kaslarının gücünü azaltmakta bu nedenle KOAH hastalarındaki problemleri daha da ağırlaştırmaktadır. Malnütrisyon, KOAH'lı bireylerde önemli bir sorun olmakla birlikte genellikle hastalığın yönetimi sırasında gözden kaçmaktadır. KOAH'lı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi, risk grubunun belirlenmesi, risk grubuna uygun girişimlerin uygulanması önem teşkil etmektedir. Kılavuzlara dayalı olarak belirlenen doğru girişimlerin uygulanması ile hastaların besin alımlarının ve dolayısıyla klinik sonuçlarının iyileşmesi sağlanmaktadır. Multidisipliner ekip içerisinde hemşireler KOAH'lı malnütrisyon riski taşıyan bireyleri belirleyebilmeli, malnütrisyon gelişmiş olan hastaları saptayabilmeli, dengeli ve yeterli bir beslenmenin sağlanmasına yönelik bakım planı uygulayabilmelidirler. Bu derleme makalede, malnütrisyonu ve malnütrisyon riski olan KOAH hastalarının belirlenmesi, malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin güncel literatür ve kılavuzlar eşliğinde açıklanması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Malnütrisyon, Hemşirelik.

Abstract

Nursing Approach In Individuals With Malnutrition With Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is among the leading causes of morbidity and mortality worldwide. It has been reported that the prevalence of malnutrition in individuals with COPD varies between 20% and 50%. Although malnutrition has negative effects on lung functions, immunity, exercise capacity and quality of life, it also causes consequences such as increased health care costs and prolonged hospital stay. Malnutrition and loss of muscle mass affect the respiratory muscle function and exercise capacity of individuals. While respiratory failure is a cause for malnutrition, nutritional status itself can adversely affect respiratory system functions. Decreased appetite and exercise intolerance caused by malnutrition reduce the strength of the respiratory muscles, which further exacerbates the problems in COPD patients. Malnutrition is an important problem in individuals with COPD, but it is often overlooked during the management of the disease. It is important to evaluate the nutritional status of individuals with COPD, determine the risk group and apply appropriate interventions to the risk group. With the implementation of the correct interventions determined based on the guidelines, it is ensured that the food intake of the patients and thus the clinical results are improved. Within a multidisciplinary team, nurses should be able to identify individuals at risk of malnutrition with COPD, identify patients with malnutrition and implement a care plan for a balanced and adequate nutrition. In this review article, it is aimed to identify malnutrition and COPD patients with malnutrition risk, to evaluate malnutrition status and to explain nursing interventions in the light of current literature and guidelines.

Key Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Malnutrition, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 03.05.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.04.2022

Correspondence Author: Öğr. Gör., Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Edirne, Türkiye. E-posta: gizem-ozbudak@hotmail.com

Cite This Article: Özbudak G, Usta Yeşilbakan Ö, Akyol A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 387-394.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA), genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin ve anormal akciğer gelişimini de içeren konakçı faktörlerinin neden olduğu, havayolu ve/veya alveoler bozulmalara bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

Küresel olarak her yıl yaklaşık 3 milyon kişinin KOAHA nedeniyle kaybedildiği bildirilmekte ve gelişmekte olan ülkelerde sigara içiminin giderek artması ve gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması nedeniyle KOAHA prevalansının önümüzdeki 30 yılda artacağı ve 2030 yılına kadar KOAHA ve ilişkili nedenlerden ölümlerin yılda 4.5 milyonu aşacağı öngörülmektedir (1).

KOAHA'ta hareketsizlik, yetersiz beslenme, sistemik inflamasyon ve hipoksi gibi nedenlerle kilo kaybı, beslenme bozuklukları ve iskelet kası fonksiyon bozuklukları meydana gelmektedir (2,3). Birden fazla semptomun bir arada görülmesiyle egzersiz intoleransı oluşmaktadır. En önemli semptomlardan biri olan solunum güçlüğü sadece egzersiz kapasitesini etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda iştahsızlığa, besin alımının azalmasına ve kilo kaybına neden olmaktadır (4,5). Yetersiz beslenme ve kas kütlesi kaybı, bireylerin solunum kas fonksiyonunu ve egzersiz kapasitesini de etkilemektedir (6). Solunum yetmezliği malnütrisyon için bir sebep iken, nutrisyonel durumun kendisi de solunum sistemi fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir (7). Malnütrisyon, KOAHA hastalarındaki problemleri daha da ağırlaştırmaktadır, çünkü solunum kaslarının gücü, iştah azalması ve egzersiz intoleransı ile birlikte daha da azalmaktadır (4). Hastalarda malnütrisyonu bağlı fizyolojik etkiler dışında depresyon, sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar da görülmektedir (8).

Bu derleme makalede, malnütrisyonu ve malnütrisyon riski olan KOAHA hastalarının belirlenmesi, malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin güncel literatür ve kılavuzlar eşliğinde açıklanması amaçlanmıştır.

Gelişme

KOAHA'lı bireylerde akciğer fonksiyonlarının bozulmasının yanı sıra, semptomlara bağlı sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde bozulma ve hastaların yaklaşık üçte birinde görülen malnütrisyon sorunu ile karşılaşmaktadır (4). KOAHA'lı bireylerde malnütrisyon prevalansının hastalık ciddiyetine bağlı olarak %20 ile %50 arasında değiştiği bildirilmektedir (9-12).

Malnütrisyon, yağ kütlesinin azalması gibi vücut yapısının değişmesine ve fiziksel fonksiyon gibi fonksiyon kaybına neden olan protein, yağ, vitamin ve/veya minerallerde kaybın söz konusu olduğu beslenme yetersizliğidir (13). KOAHA'lı bireylerde malnütrisyon, artan enerji ihtiyacının beslenme ile karşılanamaması, beslenme sürecinde dispneye bağlı iştahsızlık, depresif duygu durumu gibi nedenlerle oluşabilmektedir. Bunların yanında enflamatuvar sitokinler, adipokinler ve hormonlar gibi humoral faktörlerin malnütrisyonunda rol oynadığı belirtilmektedir (11,14,15).

KOAHA'lı bireylerde vitamin ve minerallerin yeterli alınmaması, karbonhidrat, protein ve yağ eksikliği hastalığın şiddetini arttıran değişikliklere neden olmaktadır. Protein ve demir eksikliği düşük hemoglobin seviyesine ve ardından kanın oksijen taşıma kapasitesinin düşmesine neden olmaktadır. C vitamini eksikliği, normal akciğer yapısında ve fonksiyonunda temel olan kollajen sentezini olumsuz etkilemektedir (16).

Düşük düzey protein ve fosfolipidler sürfaktan oluşumunun bozulmasına, alveoler kollapsa ve solunum çabasının artmasına neden olmaktadır. Hipoalbuminemiyle birlikte azalmış plazma kolloid ozmotik basınç nedeniyle oluşan hipoproteinemi akciğer ödemeine yol açmaktadır (16). Ayrıca malnütrisyonun solunumun merkezi kontrolünü etkilediği, hipoksi ve hiperkapniye ventilasyon yanıtını, solunum dakika/volumünü azalttığı ve KOAHA'lı olgularda akut solunum yetmezliği insidansını arttırdığı düşünülmektedir (17).

KOAHA'ta malnütrisyon solunum fonksiyonlarından bağımsız olarak protein sentezinde azalmaya yol açarak vücut yağ ve kas kitlesinde azalmaya neden olmaktadır. Diyafragma ve diğer yardımcı solunum kasları gibi çizgili kaslarda fonksiyon kaybı yaratarak egzersiz kapasitesini sınırlamaktadır (17).

KOAHA'lı bireylerde düşük vücut ağırlığının ya da fazla kilonun dispneyi arttırdığı ve sistemik komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir. Zayıf olgularda kas kütlesinin azalması, obez hastalarda ise yağ dokusunun artışı daha kötü sağlık durumu ile ilişkilendirilmektedir (18). İstenmeyen kilo kaybının, kötü prognoz, hastanede yatış riski, hastanede kalış süreleri ve mortalite ile ilişkili bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (12,13,19,20). Düşük beden kütle indeksi (BKI<20kg/m²) olan hastalarda 1 yıllık mortalite, aşırı kilolu veya obez hastalarla karşılaştırıldığında (BKI>25kg/m²) dört kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12). Kilo kaybı, ağır KOAHA'lı olan olgularda daha sık karşılaşılan bir durumdur ve mortaliteyi belirleyebilen bağımsız ön gördürücü bir faktördür (18). Bu nedenlerle, malnütrisyon riski olan hastaların kilo vermektense kaçınmaları, malnütrisyonu olan hastaların ise kilo almaları konusunda gerekli teşvik ve yardım sağlanmalıdır (19).

Malnütrisyonu değerlendirmek için öykü alma, besin alımının değerlendirilmesi, beden kütle indeksi (BKI), antropometrik ölçümler, serum proteinleri (serum albümin, transferrin, serum kolesterol), serbest yağ kitle indeksi ve tarama testleri (Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST- Malnutrition Universal Screening Tool), Öznel Global Değerlendirme, Mini Nutrisyonel Değerlendirme) gibi test ve tarama araçları kullanılmaktadır (3,21).

En sık kullanılan tarama araçları boy ve vücut ağırlığının değerlendirilmesine ve beden kütle indeksinin hesaplanmasına dayanmaktadır (22). Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST), İngiliz Enteral ve Parenteral Beslenme Derneği (BAPEN-British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından KOAHA hastaları için genel nutrisyonel tarama aracı olarak kabul görmektedir ve KOAHA'lı bireylerde kullanımının en iyi uygulama olduğu düşünülmektedir (23). MUST sınıflamasına göre bireylerin malnütrisyon risk durumu düşük risk, orta düzeyde risk ve yüksek risk olarak gruplandırılmaktadır (24).

Düşük risk; zayıf değil, kilo sabit veya artmış, planlanmamış kilo kaybının olmaması, iştah veya besin alımında azalmanın olmaması, **Orta risk;** KOAHA ya da başka bir durumun ya da son 3-6 ay içinde planlanmamış kilo kaybının sonucu olarak zayıflama, iştahsızlık ya da yemek yiyebilme yetisinin azalması, **Yüksek risk;** önceki 3-6 ay içinde zayıf veya çok zayıf

ve/veya önemli seviyede istenmeyen kilo kaybı, iştah azalması veya yemek yiyebilme yetisinde azalma ve/veya besin alımında azalma şeklinde tanımlanmaktadır (25).

Malnütrisyon riski altındaki bireyleri tanımlamak ve yönetmek için sağlık çalışanlarına rehber olması amacı ile uzmanlar tarafından 2016'da geliştirilen, Ocak 2020'de güncellenen "KOAHA' ta Malnütrisyon Yönetimi" kılavuzu yayınlanmıştır. Kılavuz, Uzman Solunum Hemşireleri Derneği (ARNS-Association of Respiratory Nurse Specialists (ARNS), İngiliz Diyetetik Birliği (BDA- British Dietetic Association), İngiliz Akciğer Birliği (BLF- British Lung Foundation), Uluslararası Hemşirelik Beslenme Grubu (NNNG- National Nurses Nutrition Group), Royal Hemşirelik Koleji kuruluşları tarafından desteklenmiştir (24,25,26).

Kılavuz; beslenme önerileri ve fiziksel aktivite ile ilgili tavsiyeler, ağız kuruluğu, tat değişiklikleri, nefes darlığı gibi genel KOAHA semptomlarıyla başa çıkma ipuçları içeren risk gruplarına göre üç renk kodlu broşür olarak oluşturulmuştur. Ek olarak kırmızı (yüksek riskli) broşür hastaların beslenme programlarına oral besin takviyelerini eklemesi konusunda tavsiyeler içermektedir (8).

Malnütrisyon riski düşük olan hastalar için; KOAHA'lı bireylerde daha iyi beslenme (yeşil broşür), orta risk grubu için; KOAHA'lı bireylerde beslenmeyi iyileştirme (sarı broşür), yüksek risk grubu için; KOAHA'lı bireylerde beslenme desteği (kırmızı broşür) şeklinde başlık ve içeriklerini kapsayan gruplar oluşturulmuştur (Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3) (8,12,24-27).

Tablo 1. KOAHA'lı Bireylerde Daha İyi Beslenme

Yeterli, dengeli ve sağlıklı bir beslenmenin önemine dair farkındalığı arttırmaya yönelik oluşturulmuştur.

Günde en az iki kez protein ağırlıklı yiyecekler tüketilmelidir (Et, balık, yumurta, süt ürünleri (peynir, yoğurt, süt), soya peyniri, fasulye, mercimek ve fındık gibi).

- Karbonhidrat içerikli yiyecekler daha az sıklıkla tüketilmelidir (Patates, ekme, makarna, pirinç, tahıllar)
- Yağ oranı yüksek (cips, kızarmış yiyecekler), şeker oranı yüksek (gazlı içecekler, tatlılar) veya hem şeker hem de yağ oranı yüksek (çikolata, kremalı kekler) yiyeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.
- Bağışıklık sistemini güçlendirecek temel vitamin ve mineraller için bol miktarda meyve ve sebze tüketilmelidir.
- KOAHA'lı bireyler daha zayıf kemiklere sahip olabilmektedir. Bu, ilaçların bir sonucu ya da daha az aktif oldukları için olabilmektedir. Beslenme programında süt ve süt ürünlerinin 3 öğünde de yer alması önerilmektedir (peynir, süt, yoğurt).
- Beslenme sürecinde nefes darlığına yönelik; daha sık aralıklı fakat daha küçük öğünler planlanması gerekmektedir. Hastalarda oksijen, nebulizer veya inhalerler nedeniyle ağız kuruluğu gözlemlenebilmektedir. Ağız kuruluğu yiyecekleri çiğnemeyi ve yutmayı zorlaştırabilmekte ve tat değişikliklerine neden olabilmektedir. Bu nedenle daha yumuşak gıdaların tercih edilmesi, şekerli sakız veya pastil kullanılması gibi öneriler yer almaktadır.
- Tat değişiklikleri ile başa çıkmak için steroid inhaler kullanımından sonra ağız çalkalanmalı ve gargara yapılmalıdır. Ağız hijyenine dikkat edilmeli, diş ve protezlerin düzenli temizlenmesi gerektiği hastaya vurgulanmalıdır. Daha keskin tada sahip oldukları için baharatlı veya keskin soslar önerilmektedir. Belirli bir yiyeceği yemek istemediğinde belli bir süre o yiyecek tüketilmemeli daha sonra tekrar denenmelidir. Sigara tüketimi sonlandırılmalıdır. Sigaranın bırakılmasıyla zamanla damak tadı ve koku alma duyusunun artacağı, yiyeceklerin daha zevkli hale geleceği konusunda hastalar teşvik edilmelidir.
- Fiziksel aktivite sürdürülmeli, yapılmakta olan aktivite miktarı yavaş ve kademeli olarak artırılmalıdır. Yürüyüş, bisiklete binme gibi egzersizler önerilmelidir.

Tablo 2. KOAH'lı Bireylerde Beslenmeyi İyileştirme**Besin alımını arttırmaya yönelik beslenme önerileri yer almaktadır.**

- Kilo takibi yapılmalıdır. Hastanın günlük yaşamda kullandığı aksesuarların ve kıyafetlerinin zamanla büyümeye başlaması gibi ağırlığının azaldığını gösteren işaretlerin farkında olması sağlanmalıdır. Kaybedilen tüm kiloların tamamen geri kazanımından çok, daha fazla kilo kaybının önlenmesine yönelik girişimler planlanmalıdır. Hastanın kilo kaybı devam ettiğinde hekim, hemşire ve beslenme uzmanına yönlendirilmelidir.
- Günde 3 ya da 4 kez protein ağırlıklı yiyecekler tüketilmelidir (Et, balık, yumurta, süt ürünleri (peynir, yoğurt, süt), soya peyniri, fasulye, mercimek ve fındık gibi).
- Karbonhidrat içerikli yiyecekler enerji sağlaması nedeniyle çok sık olmamakla birlikte daha fazla tüketilmesinde sakınca görülmemektedir (Patates, ekmekek, makarna, pirinç, tahıllar).
- Bağışıklık sistemini güçlendirecek temel vitamin ve mineraller için bol miktarda meyve ve sebze tüketilmelidir.
- Beslenme programında süt ve süt ürünlerinin 3 öğünde de yer alması önerilmektedir (Peynir, süt, yoğurt). Düşük yağlı süt ürünlerinin tercih edilmemesi önerilmektedir.
- Beslenme sürecinde nefes darlığına yönelik daha sık aralıklı fakat daha küçük öğünler planlanması gerekmektedir. Öğün aralarında sağlıklı atıştırmalıklar tüketilmelidir.
- Ağız kuruluğu görülen hastalarda daha yumuşak gıdaların tercih edilmesi, şekersiz sakız veya pastil kullanılması gibi öneriler yer almaktadır.
- Tat değişiklikleri ile başa çıkmak için steroid inhaler kullanımından sonra ağız çalkalanmalı ve gargara yapılmalıdır. Ağız hijyenine dikkat edilmeli, diş ve protezlerin düzenli temizlenmesi gerektiği hastaya vurgulanmalıdır. Daha keskin tada sahip oldukları için baharatlı veya keskin soslar önerilmektedir. İştah azalması olduğu dönemlerde belirli bir yiyeceği yemek istemediğinde belli bir süre o yiyecek tüketilmemeli daha sonra tekrar denenmelidir. Yemekten önce fazla sıvı gıda tüketiminden kaçınılmalıdır. Yemekten daha fazla zevk alınan yiyeceklerden daha fazla tüketilmelidir.
- Alışveriş yapmak, yemek hazırlamak veya pişirmek için yorgun olduğunu ifade eden hastalarda süreci kolaylaştırmaya yönelik öneriler yer almaktadır. Yemek pişirmek, alışveriş yapmak için bir arkadaş veya bakım verenden destek sağlanmalıdır. Sosyal etkileşimler içerisinde olması, ilgili dernek ya da kurumlardan destek sağlanması için hastaya rehber olunmalıdır.
- Fiziksel aktivite sürdürülmeli, yapılmakta olan aktivite miktarı yavaş ve kademeli olarak artırılmalıdır. Yürüyüş, bisiklete binme gibi egzersizler önerilmektedir. Egzersiz sonrası protein içerikli, yüksek enerji sağlayan yiyecekler tüketilmelidir.
- Birey 1-3 ay takip edilmeli, kaydedilen ilerleme gözden geçirilmelidir, iyileştirme “düşük riskli” olana kadar devam etmeli, iyileşme yok ise, “yüksek riskli” olarak değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Tablo 3. KOAH'lı Bireylerde Nütrisyonel Destek**Besin alımının en üst düzeye çıkarılmasına yönelik beslenme önerileri yer almaktadır. Oral besin takviyeleri beslenme önerilerinin dışında gerekli görüldüğünde kullanılmaktadır.**

- Kilo takibi yapılmalıdır. Hastanın günlük yaşamda kullandığı aksesuarların ve kıyafetlerinin zamanla büyümeye başlaması gibi ağırlığının azaldığını gösteren işaretlerin farkında olması sağlanmalıdır. Kaybedilen tüm kiloların tamamen geri kazanımında çok daha fazla kilo kaybının önlenmesine yönelik girişimler planlanmalıdır. Hastanın kilo kaybı devam ettiğinde hekim, hemşire ve beslenme uzmanına yönlendirilmelidir.
- Tam yağlı veya yüksek enerji seçeneklerin artırılması ve az yağlı, diyet ürün çeşitlerinden kaçınılması gerekmektedir. Sık aralıklı fakat daha küçük öğünler hazırlanmalıdır.
- Ağız kuruluğu, tat değişikliklerine yönelik öneriler düşük ve orta risk grubu ile ortak önerileri oluşturmaktadır.
- Hekim ve beslenme uzmanı önerisi ile düşük beden kütle indeksine (20 kg/ m²'den az BKi) sahip olan hastalarda oral besin takviyesi verilmektedir.
- Oral besin takviyeleri fazladan enerji, protein, vitamin ve mineral sağlamaktadır. Genellikle yiyecek, içecek veya öğünlerin yerini almasının önüne geçmemesi için tavsiye edilmediği sürece normal beslenme programına ek olarak alınmaktadır.
- Oral besin takviyelerinin farklı çeşitleri ve farklı tatları bulunmaktadır (hazır içecekler, taze sütle hazırlanan tozlar, pudring, süt, meyve suyu veya yoğurt çeşitleri). Tercihler ve günlük alınması gereken miktar hekim veya beslenme uzmanı ile birlikte belirlenmektedir.
- Kılavuz bireylerin kilo kaybı, günlük aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği, iştah durumu gibi fonksiyonel parametrelerini göz önünde bulundurarak 1-3 ay izlenmesi, eğer gerekli ise daha erken takip ve kontrollerinin yapılması gerektiğini bildirmektedir.

KOAH'lı bireylerin nütrisyonel açıdan değerlendirilmesi, bakım ve tedavi sürecinde izlenmesi, hasta için gerekli olan ve bireye özgü değişiklik gösteren beslenme desteğinin yeterli düzeyde sağlanması gerekmektedir (28). KOAH'ta malnütrisyon önemli bir sorun olmasına rağmen hastalığın yönetimi sırasında genellikle farkında olunmamakta, göz ardı edilmektedir (21,29). Bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin azalmasını önlemek için kilo kaybını mümkün olan en kısa sürede saptamak, tersine çevirmek ve daha fazla kilo kaybını önlemek gereklidir (19).

Malnütrisyon KOAH alevlenmesinden sonra veya birkaç yıl içinde kademeli olarak gelişebilmektedir. Malnütrisyon yönetiminde bireyin klinik durumuna ve sosyal durumuna göre optimal beslenme stratejisini belirlemek için multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekmektedir. Ekip içerisinde; hekim, beslenme uzmanı, hemşire, meslek terapisti, fizyoterapist, konuşma ve dil terapisti, eczacı yer almalıdır (24). Malnütrisyon yönetimi multidisipliner olmakla birlikte, hastayla sık ve yakın temasta bulunan hastaları gözlemleyebilen ekip üyeleri hemşirelerdir (28). Hemşireler KOAH'lı bireylerin süregelen bakımında hayati bir rol oynamaktadır ve malnütrisyon riski taşıyan hastaları belirleyebilmeli, malnütrisyon gelişmiş olan hastaları saptayabilmeli, dengeli ve yeterli bir beslenmeye yönelik bakım planı uygulayabilmelidirler (12).

Hemşirelerin bakım ve tedavi sürecinde hastanın kilo kaybının subjektif göstergelerinin (zayıf görünüm, bol gelen kıyafetler/takılar, yakın zamanda istenmeyen kilo kaybı öyküsü, iştahta değişiklik, beslenme veya yutma güçlüğü) farkında olma, günlük besin alımı, iştah, hidrasyon gibi beslenme öyküsünü alma, hastaların risk kategorisine, iştahına ve diyetle uyumuna göre beslenme uzmanı ile işbirliği içerisinde beslenme programı ve oral besin takviyeleri ile ilişkili önerilerde bulunma, hastada malnütrisyon veya malnütrisyon riski var ise bakım planı oluşturma, yeterli, dengeli ve hastaya spesifik olan beslenme programının uzun vadeli olarak hedeflere ulaşma konusunda yardımcı olabileceğini hasta ve hasta yakınlarına vurgulama, onları teşvik etme gibi rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (30).

Sağlıklı vücut ağırlığını korumak ve malnütrisyonu önlemek için dengeli ve çeşitli bir diyet, özellikle önemlidir. Dengeli bir diyet, meyve ve sebzeler; karbonhidratlar; protein; süt ve süt ürünleri ve yağlar olmak üzere beş ana besin grubunu içermektedir (31).

Enerji gereksinmesini karşılamak amacı ile günlük enerjinin yağdan gelen oranı %30-45 olmalıdır, fakat doymuş yağ asitlerinden kaçınılmalıdır. Karbonhidratların katabolizmaları sonucu biriken karbondioksitin solunum güçlüğüne neden olması ve fiziksel aktivite toleransını azaltması sebebiyle sınırlandırılması ve günlük enerjinin karbonhidratlardan gelen oranının %40-55 olması önerilmektedir (32). Günlük enerjinin proteinden gelen oranı %15-20 (1.2-1.7 g/kg) olmalıdır. Akciğer ve kas dokusunun korunumu ve onarımı için diyet proteini yüksek olmalı ve hayvansal besinlerden sağlanan kaliteli protein kaynakları tercih edilmelidir (33).

Meyve ve sebze tüketimi, antioksidanlar, mineraller, vitaminler, fitokimyasallar ve lif içermeleri nedenleri ile kronik solunum rahatsızlıklarında faydalı olmaktadır (34). Magnezyum ve kalsiyum gibi minerallerin de KOAH hastaları için önemli olduğu bilinmektedir; D ve K vitaminleri gerektiğinde ek olarak verilebilir (32). Hastada ödem gelişmişse, sodyum ve sıvı kısıtlaması yapılmalı ve diyet potasyumu artırılmalıdır (33).

Solunum kaslarının kuvvetini ve dayanıklılığını artırmak, immün sistemi güçlendirmek için hastanın beslenme durumu değerlendirilerek günlük kalori ihtiyacına göre beslenme planının oluşturulması gerekmektedir. Hemşirelik bakımında hastanın beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve diyet planına uyumunun sağlanması gerekmektedir (35). Kilo kaybının yönetimi; diyetle besin alımının artırılması, farklı enerji içeriği yoğun besinlerin diyetle eklenmesi, hastanın fiziksel aktivite durumu ve semptomlarına göre ana ve ara öğünlerin düzenlenmesi amaçlarını içermelidir (32).

Ciddi nefes darlığına bağlı çığneme eforu daha az olan hastalar için besin öğelerinin daha yumuşak kıvamlı olması sağlanabilir. Protein ve enerji içeriği yüksek sıvı bazlı oral beslenme solüsyonları bu hastalarda oral alımı desteklemek için bölünmüş dozlarda kullanılabilir (36).

KOAH'lı bireylerde malnütrisyon yönetimi ile ilişkili literatür tarandığında kanıta dayalı çalışmaların olduğu, ancak etkinliklerini destekleyen daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir (4).

Ingadotti ve ark. (2019)'nın çalışmasında hastanede yatarak tedavi alan ve malnütrisyon riski olan KOAH'lı bireylere düzenli olarak günlük diyetle ek 600 kcal ve 22 g protein sağlayan oral besin takviyeleri sağlanmış, taburculuk sonrası hastalar 12 ay izlenmiş, vücut ağırlığı ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. İzlem sonrasında oral nütrisyon takviyeleri ile hastaların kilo aldığı, yağ kütlelerinin arttığı ve yaşam kalitelerinde iyileşme olduğu saptanmıştır (37).

Pison ve arkadaşlarının (2011) yürüttüğü çalışmada kronik solunum yetersizliği olan ve malnütrisyon gelişmiş hastalar 90 gün ek oral besin takviyesi ve egzersiz programı kapsamına alınmış, hemşire ve fizyoterapist tarafından toplam 7 gün, günde 2 saat olmak üzere pulmoner rehabilitasyon temelli egzersiz girişimleri ve günde 3 kere günlük diyetle ek olarak 188kcal oral besin takviyesi sağlanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların vücut kompozisyonunda, egzersiz toleransında ve yaşam kalitelerinde anlamlı bir gelişme olduğu saptanmıştır (38).

KOAH'lı bireylerde besin desteği ile ilişkili yapılan sistematik derleme çalışmasında (2012) besin takviyelerinin solunum kas gücü, kilo alımı, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (39). Rafic ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında D vitamini eksikliği olan 50 KOAH hastası girişim grubu ve kontrol grubu olarak ayrılarak (24 girişim grubu, 26 kontrol grubu); girişim grubuna D vitamini takviyesi sağlanmış ve 6 ay izlem sonucunda hastaların kas gücü, fiziksel performansı ve pulmoner fonksiyonları ile ilişkili iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı, D vitamini takviyesi ile ilgili çalışmalara gereksinim olduğu saptanmıştır (40).

Meyve ve sebze tüketimine yönelik olarak Furuland ve ark. (2021) randomize kontrollü olarak yapılan çalışmaları sistematik derleme olarak incelemiş; KOAH'lı bireylerin beslenme programlarında düzenli protein artırılması, meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile sistemik inflamasyon, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonlar üzerinde olumlu etkilerin olduğu belirlenmiştir (41).

Sonuç

Etkili KOAH yönetiminin amacı, semptomları hafifletmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, egzersiz toleransını iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek, beslenme durumunu ve genel yaşam kalitesini iyileştirmektir. Malnütrisyonu önlemek, tanımlamak, tedavi ve bakım yönetimi sağlamak oldukça önemlidir (42). Malnütrisyon yönetiminde de yanıtı en üst düzeye çıkarmak için doğru hastalara, doğru beslenme desteğini doğru zamanda almalarını sağlayan yaklaşımda bulunulması gerekmektedir (43).

KOAİ'lı bireylerde malnütrisyon yönetimi; hastaların beslenme durumunu, klinik sonuçlarını iyileştirebilir ve sağlık hizmeti kullanımını azaltabilir. Yetersiz beslenmenin yönetimi nütrisyonel tarama ve erken müdahale gerektirmektedir. Hemşireler nütrisyonel tarama araçlarını kullanarak hastalarını doğru bir Şekilde tanılayabilir ve beslenme uzmanına yönlendirebilir. Hemşireler, hastaları gıdaların besin içeriği ve sağlıklı seçimlerin nasıl yapılacağı konusunda eğitebilir. KOAİ'nı tedavi ve bakım yönetiminde önemli role sahip olan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları takip ederek bütüncül bir bakış ile hastayı değerlendirmesi, yetersiz beslenen hastaları veya yetersiz beslenme riski altındaki hastaları tanımlaması, uygun beslenme davranışlarına yönelik uygun girişimleri planlaması, uygulaması, sonuçlarını değerlendirmesi, hasta ve hasta yakınlarını bu konuda bilgilendirmesi gerekmektedir. Bu gereksinimler doğrultusunda, erken hastalık evrelerindeki KOAİ hastaları için yetersiz beslenmeyi önlemek ve tedavi etmek için düzenli beslenme değerlendirmesi oldukça önemlidir.

Bilgilendirme

Yazarların tümü çalışmanın tamamına katkı sağlamış ve son halini onaylamıŐtır. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır. Bu derleme araştırma ve bilimsel yayın etiğine uyularak yazılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar atıŐması bulunmamaktadır. Fikir/Kavram G ,  UY, AA; Tasarım: G ,  UY, AA; Denetleme/Danışmanlık:  UY, AA; ve/veya Yorum: G ,  UY, AA; Kaynak Taraması: G ; Makalenin Yazımı: G ,  UY, AA; Eleştirel İnceleme: G ,  UY, AA.

Kaynaklar

1. Agusti A, Beasley R, Celli BR, Chen R, Criner G, Helpin D et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf
2. Gülen Ş, Yılmaz PÖ. KOAH'da nutrisyonel durumun değerlendirmesinde mini nutrisyonel anketin kullanılabilirliği ve solunum fonksiyon parametreleriyle ilişkisi. *Kocaeli Medical J* 2017;6(2):38-42.
3. Luo Y, Zhou LZ, Li Y, Guo S, Li X, Zheng J et al. Fat-Free Mass Index for evaluating the nutritional status and disease severity in COPD. *Respir Care* 2016;61(5):681-688.
4. Hsieh MJ, Yang TM, Tsai YH. Nutritional supplementation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *JFMA* 2016;115: 595-601.
5. Hallin R, Janson C, Arnardottir RH, Olsson R, Emtner M, Branth S et al. Relation between physical capacity, nutritional status and systemic inflammation in COPD. *Clin Respir J* 2011;5: 136-142.
6. Sehgal İS, Dhooira S, Agarwal R. Chronic obstructive pulmonary disease and malnutrition in developing countries. *Curr Opin Pulm Med* 2017;23:139-148.
7. Saka M, Balkan A, Demirci N, Sarıkayalar Ü. Solunum fonksiyonları ve beslenme. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51(4):461-6.
8. Hodson M. The nurse role in addressing malnutrition in COPD patients. *Pract Nurs* 2016;27(10):502-504.
9. Pirabbasi E, Najafiyam M, Cheraghi M, Shahar S, Manaf ZA, Rajab N et al. Predictors' factors of nutritional status of male chronic obstructive pulmonary disease patients. *International Scholarly Research Network Nursing* 2012;Article ID 782626:1-7.
10. Lee H, Kim S, Lim Y, Gwon H, Kim Y, Ahn JJ et al. Nutritional status and disease severity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Arch of Gerontol Geriatr* 2013;56:518-523.
11. Tüzel ÖE, Uçar ZZ, Telloğlu E, Biçmen C, Meral AL, Tibet G. KOAH'lı olgularda biyokimyasal beslenme parametreleri ile hastalığın şiddeti arasındaki ilişki. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2012;16(3):157-163.
12. Hadson M. Integrating nutrition into pathways for patients with COPD. *Br J Community Nurs* 2016;21(11):548-552.
13. Akner G, Larsson K. Undernutrition state in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A critical appraisal on diagnostics and treatment. *Respir Med* 2016;117:81-91.
14. Itoh M, Tsuji T, Nemoto K, Nakamura H, Aoshiba K. Undernutrition in patients with COPD and its treatment. *Nutrients* 2013;5:1316-1335.
15. Seo SH. Medical nutrition therapy based on nutrition intervention for a patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Nutr Res* 2014;3:150-156.
16. Grigorakos L. The role of nutrition in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *ASNH* 2018;2(4):20-23.
17. Baloğlu M, Kömürçüoğlu M, Biçmen C, Çelikten E, Aktoğu S. KOAH'lı hastalarda beslenme durumu ve solunum fonksiyonları. *Toraks Dergisi* 2002;3(3):236-241.
18. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiç E, Ergan B, Gürgün A ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society* 2014;15(2): 1-72.
19. Brug J, Schols A, Mesters I. Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 2004;52:249-257.
20. Chen R, Xing L, You C, OU X. Prediction of prognosis in chronic obstructive pulmonary disease patients with respiratory failure: A comparison of three nutritional assessment methods. *Eur J Intern Med* 2018;57:70-75.
21. Chaudhary SC, Rao PK, Sawlani KK, Himanshu D, Gupta KK, Patel ML et al. Assessment of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Int J Contemp Med Res* 2017;4(1):268-271.
22. Ingadottir AR, Beck AM, Baldwin C, Weekes CE, Geirsdottir OG, Ramel A et al. Two components of the new ESPEN diagnostic criteria for malnutrition are independent predictors of lung function in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Clin Nutr* 2018;37:1323-1331.
23. Shepherd A. The nutritional management of COPD: An overview. *Br J Nurs* 2010;19(9):559-562.
24. Holdoway A, Anderson L, Ashworth A, Cudby S, Doyle C, Nash L, et al. *Guide to managing adult malnutrition in the community*. 2nd Edition:2017:4-9.
25. Anderson L, Banner J, Bowden M, Cotton J, Holdoway A, King S, et al. *Managing malnutrition in COPD*. 3rd Edition: 2020.
26. Long R, Stracy C, Oliver MC. Nutritional care in chronic obstructive pulmonary disease. *Nutrition* 2018;23(Sup7):19-26.
27. Odencrants S, Ehnfors M, Grobe SJ. Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scand J Caring Sci* 2007;21:56-63.
28. Sivrikaya SK, Eryılmaz A. Nutrisyonel destek ekibinde hemşirelik. *Samsun Sağ. Bil Der* 2018;3(2):33-37.
29. Mete B, Pehlivan E, Gülbaş G. Prevalence of malnutrition in COPD and its relationship with the parameters related to disease severity. *Int J Chron Obstruct Dis* 2018;13:3307-3312.
30. *Managing adult malnutrition: Ten top tips for implementing the malnutrition pathway: nurses*. Retrieved April 26, 2022 from https://www.malnutritionpathway.co.uk/tipsheets/tipsheet_nurses.pdf
31. Shepherd AB, Bowell K. 'Mind the gap': The importance of managing malnutrition in chronic obstructive pulmonary disease. *Br. J. Community Nurs* 2019;28(22):1442-1449.
32. Arslan S. D vitamini ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı ilişkisi. *SAK* 2020;5(1):78-90.
33. Çiftçi H. Solunum sistemi hastalıkları ve beslenme tedavisi. *Ankara. Klasmat Matbaacılık*. 2008.
34. Rawal G, Yadav S. Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease: A review. *J Transl Int Med* 2015;3(4):151-154.

35. Özkaptan BB, Kapucu S. KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. Cumhuriyet Hem Der 2015;4(2):74-80.
36. Boyacı N. Noninvaziv mekanik ventilasyonda nütisyon desteği ne zaman, nasıl ve kime yapılmalı? İçinde Öcal S, Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamaları. İstanbul TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi; 2017: 63-68.
37. Ingadottir AR, Beck AM, Baldwin C, Weekes CE, Geirsdottir OG, Ramel A et al. Oral nutrition supplements and between-meal snacks for nutrition therapy in patients with COPD identified as at nutritional risk: A randomised feasibility trial. BMJ Open Resp Res 2019;6:e000349.
38. Pison CM, Cano NJ, Cherion C, Caron F, Fortune CI, Antonini MT et al. Multimodal nutritional rehabilitation improves clinical outcomes of malnourished patients with chronic respiratory failure: a randomised controlled trial. Thorax 2011;66:953-960.
39. Collins PF, Stratton RJ, Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr 2012;95:1385-1395.
40. Rafic R, Prins HJ, Boersma BG, Daniels JMA, Heijer M, Jongh RT. Effects of daily vitamin D supplementation on respiratory muscle strength and physical performance in vitamin D-deficient COPD patients: A pilot trial. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2017;12:2583-2592.
41. Furuland E, Bemanian M, Berggren N, Madebo T, Rivedal SH, Lid TG et al. Effects of nutritional interventions in individuals with chronic obstructive lung disease: A systematic review of randomized controlled trials. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2021;16:3145-3156.
42. Ting HYT, Chan SHY, Luk EKH, To QMY, Wong CY, Choo KL. Prevalence of malnutrition in copd inpatients and its relationship with nutritional intakes and clinical outcomes. J Aging Sci 2020;8(1):1-5.
43. Collins PF, Yang IA, Chang YC, Vaughan A. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): An evidence update. J Thorac Dis 2019;11(Suppl 17):2230-2237.

Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Non-Farmakolojik Kanıt Temelli Uygulamalar

 Füsun TERZIOĞLU¹,  Dercan GENÇBAŞ²,  Handan BOZTEPE³,  Nilgün DOĞU⁴
 Canberk AKDENİZ⁵,  Buğse YÜCEER⁵

¹Prof. Dr., Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli, Türkiye.

²Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

³Doç. Dr., Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

⁴Dr. Öğr. Üyesi, Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

⁵Araş. Gör., Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

Öz

Bu derlemenin amacı, sezaryen sonrası kaygı ve depresyona yönelik yapılan non-farmakolojik kanıt temelli uygulamaların incelenmesidir. Doğum sonrası dönemde yaşanan kaygı ve depresyon, son on yılda artış göstermiş ve doğum sonrası depresyon oranları dünya çapında yaklaşık %13 olarak bildirilmiştir. Doğum sonrası dönemde kadınlarda; tanımadıkları bir ortamda bulunmaları, yeni teknolojik malzeme, ekipman ve ekip üyeleri ile karşılaşmaları, operasyon sonrası ağrı yaşamaları, üstlenmiş oldukları yeni rolleri gibi nedenlerden dolayı kaygı ve depresyon gelişebilmektedir. Doğum sonrası dönemde kaygı ve depresyonu artıran faktörlerden biri de doğum şeklidir. Ülkemizde de %52 gibi yüksek oranda sezaryen ile doğum gerçekleşmektedir. Sezaryen sonrası komplikasyonlar, bebeği emzirmede gecikme ihtimali, ağrı yaşama gibi durumlara bağlı olarak kaygı ve depresyon gelişebilmektedir. Kaygı ve depresyonun erken dönemde tespit edilmesi ve önlemlerin erken dönemde alınması annenin sezaryen sonrası yaşam kalitesini ve konforunu artırmada, kaygı ve endişesini azaltmada önemlidir. Sezaryen sonrası kaygı ve depresyonun azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalarda, non-farmakolojik kanıt temelli uygulamalardan; reiki, akupresür, el ve ayak masajı, yoga, refleksoloji, aromaterapi, ten tene temas, hemşirelik bakım protokolü gibi uygulamaların etkili olduğu bulunmuştur. Sezaryen öncesi-sırası ve sonrası bakım uygulamalarında kritik rol ve sorumlulukları olan hemşirelerin bu kanıt temelli non-farmakolojik uygulamaları rutin bakım uygulamaları içerisine almaları önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen, Kaygı, Depresyon, Kanıt Temelli Hemşirelik, Tamamlayıcı Terapiler, Hemşirelik.

Abstract

Anxiety and Depression After Cesarean: Non-pharmacological Evidence Based Practices

The purpose of this review is to examine the non-pharmacological evidence-based practices of anxiety and depression after a cesarean section delivery. Postpartum anxiety and depression have increased in the last decade, the rates of postpartum depression are around 13% worldwide. In the postpartum period, women may experience anxiety and depression due to the operation they have undergone; such as being in an unfamiliar environment, facing new technological equipment and encounters with the medical teams, the post-operative pain, the new roles women undertake as mothers. One of the factors that increase anxiety and depression in the postpartum period is the type of delivery. In Turkey, the rate of cesarean delivery is comparatively high, which is approximately 52%. Anxiety and depression after cesarean section develop due to fear and concern such as the complications that may occur during and after the mother's anesthesia, the possibility delaying breastfeeding her baby, and experiencing pain. Non-pharmacological evidence-based applications such as reiki, acupressure, hand and foot massage, yoga, reflexology, aromatherapy, skin to skin care, nursing care protocols were found to be effective in studies conducted to reduce anxiety and depression after cesarean-section. Nurses who have critical roles and responsibilities in pre- and post-cesarean care practices are recommended to include these evidence-based non-pharmacological practices in routine care practices.

Keywords: Cesarean Section, Anxiety, Depression, Evidence-Based Practice Nursing, Complementary Therapy, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.04.2022

Correspondence Author: Gençbaş D., Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. Telefon: 4442010 E-posta: dgenchas@gmail.com

Cite This Article: Terzioğlu F, Gençbaş D, Boztepe H, Doğu N, Akdeniz C, Yüceer B. Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Non-Farmakolojik Kanıt Temelli Uygulamalar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 395-401.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Dünyada, doğum sonrası dönemde yaşanan kaygı ve depresyon, Hada ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında belirttiği gibi son on yılda artış göstermiştir. Doğum sonrası depresyon oranları dünya çapında yaklaşık %13 olarak bildirilmiştir (1). Doğum sonrası kaygı ve depresyon daha çok doğum sonu erken dönemde ve sezaryen ile doğum yapan kadınlarda görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ideal sezaryen oranlarının %10 ile %15 arasında sınırlandırılmasını önermektedir (2). Ancak birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen yapıma sıklığı %52 gibi yüksek bir orandadır (3). Sezaryen sonrası kadınlar birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Ateş, endometrit, yara yeri enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, atelektazi, üriner sistem enfeksiyonu, pelvik enfeksiyon, tromboemboli, abdominal distansiyon, ağrı gibi fizyolojik sorunların yanı sıra tanınmadıkları bir ortamında bulunma, yeni teknolojik malzeme, ekipman ve ekip üyeleri ile karşılaşma; emzirmenin gecikmesi, anesteziye maruz kalma (4) gibi nedenler ile stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşanabilmektedir (5).

Abdominal bir cerrahi olan sezaryen operasyonu sonrasında ameliyat sırasındaki manipülasyonlara ve opioid kullanımına bağlı olarak gastrointestinal hareketlerin yavaşlaması, bulantı, kusma, kramp, solunum fonksiyon bozuklukları oluşabilmektedir. Bu durum kadınlarda kaygının artmasına neden olabilmektedir (6). Sezaryen sonrası kadınların kaygısının artmasına neden olan faktörler arasında cerrahi bir operasyona maruz kalmış olmanın yanı sıra oral beslenmeye geçiş süresinin uzaması, geç mobilize olma, enfeksiyon gelişme riskinin fazla olması, anne-bebek etkileşiminin ve süt salınımının gecikmesi gibi durumlar yer almaktadır (5,7). Kuo ve arkadaşlarının (2014) sezaryen sonrası birinci gün depresyon skorları 6 aylık depresyon skorlarına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (8). Doğum sonrası yaşanan ağrı, yorgunluk, kaygı ve depresyon annelerin emzirme öz-yeterliliklerinin düşmesine, süt üretiminin azalmasına neden olabilmektedir (9).

Sezaryen sonrası oluşabilecek kaygı ve depresyonun erken dönemde tespit edilmesi ve bu durumlara yönelik önlemlerin erken dönemde alınması annenin yaşam kalitesini arttırmaya (10), kaygı ve endişesini azaltmaya, anne-bebek ilişkisinin etkin ve verimli bir şekilde sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Son zamanlarda, sezaryen sonrası kaygı ve depresyonun önlenmesine yönelik annenin emzirme sürecinde, bebeğin sindirim sisteminde, enzim aktivitesinde olumsuz etkilere ve alerjik reaksiyonlara neden olabileceği için farmakolojik yöntemler yerine non-farmakolojik yöntemler tercih edilmektedir (11). Doğum sonrası kaygı ve depresyona yönelik uygulanan kanıt temelli non-farmakolojik hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin araştırıldığı çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (5,11-13). Ancak bu non-farmakolojik yöntemlerin her birinin sezaryen sonrası kullanımını araştıran araştırmaların kanıt düzeylerini, hangi grupta nasıl uygulandığını tek bir makalede gösteren bir derleme ülkemizde bulunmamaktadır. Bu anlamda bu derlemenin yazılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu derlemenin amacı, sezaryen sonrası kaygı ve depresyonun önlenmesinde kullanılan kanıt temelli non-farmakolojik uygulamaları incelemektir.

Gelişme

Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyonun Önlenmesinde Kullanılan Kanıt Temelli Non-Farmakolojik Uygulamalar

Tablo 1. Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Kanıt Temelli Non-Farmakolojik Uygulamaların Kanıt Düzeyleri (14)

Uygulamalar	Kanıt Düzeyleri
Reiki	1c
Müzik Terapi	1c
Akupresür	1c
El ve Ayak Masajı	1c
Yoga	1c
Refleksoloji	1c
	(Etkili olmadığı RKÇ çalışması ile tespit edilmiştir.)
Aromaterapi	1b
Ten Tene Temas/Kanguru Bakımı	1c
ERAS	5

1c: Randomize Kontrollü çalışmalar (RKÇ); 1b: RKÇ'lerin ve diğer tasarımların sistematik olarak gözden geçirilmesi, 5: Uzman komite raporu/ otorite görüşü (14)

Günümüzde sezaryen sonrası annelerde kaygı ve depresyonun önlenmesine yönelik non-farmakolojik kanıt temelli uygulamaların kullanılması giderek artmaktadır. Bunlar içerisinde en fazla kullanılan uygulamalar; enerji temelli terapilerden olan reiki, duyuşal uyarılardan olan müzik terapi, tensel uyarılardan akupresür, el ve ayak masajı, refleksoloji, ten tene temas, kognitif uyarılardan ise yogadır. Bu kapsamda kullanılan yöntemlere ilişkin aşağıda tabloda bu yöntemlerin kanıt düzeyleri ayrıntılı bir şekilde verilmiştir (Tablo 1) (11,14).

Reiki

Enerji temelli terapilerden olan reikin etkilerinin tipik olarak masajın etkilerine (gevşeme, rahatlama, huzur ve enerjik hissetme gibi) benzediği, enerji dengesini geri kazandırabileceği, kan ve lenf dolaşımını kolaylaştırabileceği ileri sürülmektedir (15). Reiki enerjisi, uygulayıcının elinden insanın biyolojik alanındaki negatif enerji modellerine akıp, onları pozitif enerji ile yüklemekte, fiziksel beden içindeki ve çevresindeki titreşim seviyesini yükseltmektedir. Doğal bir şekilde iyileşmeyi kolaylaştırmak için enerji yollarını veya meridyenleri güçlendirerek, gevşemeyi sağlamaktadır. Son yıllarda hemşirelik uygulamaları kapsamında

sıklıkla kullanılan “terapötik dokunuş” ile “reiki” benzer kavramlar olarak ele alınmıştır (13). Cassidy ve arkadaşlarının (2010) günübirlik cerrahi öncesi uygulanan reikinın kadınların kaygıları üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, bir gruba müzik ile birlikte reiki uygulanmış, bir gruba da yalnızca müzik dinletilmiştir. Müzik ile birlikte reiki uygulanan kadınların kaygı düzeylerinde, yalnızca müzik dinletilen kadınların kaygı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (16).

Reikinın sezaryen sonrası doğum ağrısı, kaygı ve hemodinamik parametreler üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, sezaryenle doğum yapmış 90 kadına post-op birinci ve ikinci günlerde uygulanan reikinın kontrol grubundaki kadınlara göre kaygı düzeyini azalttığı saptanmıştır (13).

Müzik Terapi

En eski terapi yöntemlerinden biri olan müzik terapi, uzun yıllardır çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Müzik, endorfinlerin ve ağrıyı hafifleten doğal analjeziklerin salınmasını tetikleyen bir hipofiz yanıtına neden olur. Katekolaminlerin salınmasında da bir azalma meydana gelerek, kan basıncında ve kalp atış hızında düşüşü sağlamaktadır. Ayrıca müzik, bir hastaya huzursuzluk veren sesleri maskeleyerek kas gerginliğini azaltabilir (17). Taiwan’da yapılan bir çalışmada, doğum sonu dönemde iki hafta boyunca her gün en az 30 dakika her birinin temposu dakikada 60-80 vuruş olan ninni, klasik müzik, doğa seslerini içeren müzikleri dinleyen kadınların kontrol grubuna göre stres ve kaygı düzeylerinde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (18).

Genel anestezi ile yapılan sezaryen sırasında müzik dinletilmesinin etkisini araştıran Reza ve arkadaşlarının (2007) 100 kadın ile yaptıkları çalışmada, operasyon sırasında İspanyol müziğinin dinletildiği kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Chang ve Chen (2005) tarafından yapılan çalışmada, sezaryen operasyonu sırasında en az 30 dakika müzik dinletilmiştir. Yenidoğan ile maternal temasın sona ermesinden hemen sonra ve cilt sütürünün tamamlanmasından sonra kadınların kaygı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (17).

Akupresür

Tensel uyarım tekniklerinden olan akupresür, akupunktur noktalarına eller, parmaklar (özellikle başparmaklar), tarak, buz kesesi, tenis topu, kalem veya akupresür bandı vb. nesnelere basınç uygulanması işlemidir. Literatürde akupresür’ün analjezik etkisi kapı kontrol ve endorfin teorisi ile açıklanan akupresürün doğumda kaygı ve korkuyu azalttığı ve konforu desteklediği vurgulanmaktadır (20-22). Gönenç ve Terzioğlu’nun çalışmalarında da belirttiği gibi, endorfin teorisi, tensel uyarılma tekniği olan akupresür ile endorfinlerin salınımının artması ile açıklanmaktadır. Endorfinler, opioid reseptörlerini uyarak analjezik etki oluşturmaktadırlar (20).

Gönenç ve Terzioğlu’nun (2020) çalışmalarında belirttikleri gibi tensel uyarım tekniklerinden olan akupresür, akupunktur noktalarına eller, parmaklar (özellikle başparmaklar), tarak, buz kesesi, tenis topu, kalem veya akupresür bandı vb. nesnelere basınç uygulanması işlemidir. Analjezik etkisi kapı kontrol ve endorfin teorisi ile açıklanan akupresürün doğumda kaygı ve korkuyu azalttığı ve konforu desteklediği belirtilmektedir. Endorfin teorisi, tensel uyarılma tekniği olan akupresür ile endorfinlerin salınımının artması ile açıklanmaktadır. Endorfinler, opioid reseptörlerini uyarak analjezik etki oluşturmaktadırlar. Aynı zamanda, akupresür uygulanan normal doğum yapan kadınların doğum eyleminin hem latent hem aktif fazında kaygı düzeylerinin, müdahale yapılmayan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (20). Taiwan’da yapılan bir çalışmada, sezaryenden bir gece önce, sezaryen sonrası 2-4 saat ve 8-10 saat sonra P6 noktasına akupresür uygulanan kadınların, rutin hemşirelik bakımı almış kontrol grubuna göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (21).

Taiwanda sezaryen sonrası uygulanan kulak akupresürünün kadınların kaygı düzeylerine etkisini inceleyen bir başka çalışmada, kadınların kulaklarındaki shenmen noktasına sezaryen sonrası birinci ve dördüncü günler arasında her gün iki kez akupresür uygulanmıştır. Doğum sonrası beşinci günde değerlendirilen kaygı düzeyinin akupresür uygulanan kadınlarda daha düşük ($p<.01$) olduğu saptanmıştır (22).

El ve Ayak Masajı

Masaj, vücudun yumuşak dokularına sistematik olarak elle yapılan çeşitli türlerdeki bası işlemidir. Ağrı duyu reseptörleri esas olarak derinin altında bulunmaktadır. Masaj, venöz dönüş ve lenfatik dolaşıma yardımcı olarak ellerde ve ayaklarda yoğunlaşan bu ağrı reseptörlerini uyarmakta ve ağrı hissini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca, kas lifleri arasındaki laktik asidin çıkarılmasına yardımcı olarak, yorgunluğu ve endişeyi azaltmaktadır. Böylece, kas spazmını gevşetmekte ve genel rahatlama sağlamaktadır (12).

Sezaryen sonrası kaygıyı artıran ağrı, spazm gibi sorunların çözümünde hemşireler non-farmakolojik yöntemlerden sık kullanılan el ve ayak masajının uygulanmasından birincil olarak sorumludurlar. Gönenç ve Terzioğlu’nun masaj ve akupresürün postpartum ağrı düzeyi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, masaj ve akupresürün birlikte yapıldığı grubun ağrı düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır (20). Saatsaz ve ark. (2016) ise masajın sadece ağrı düzeyine değil kaygı düzeyini de azaltmada etkili olduğunu kanıtlamış ve yaptıkları çalışmada sezaryen sonrası kadınlara uygulanan el ve ayak masajının, kaygı düzeyinin azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (12).

Yoga

Yoga, depresyon için yetişkinler arasında kullanılan en iyi tamamlayıcı terapilerden biri olarak tanımlanır. Yoga duruşlarının, abdominal kasların ve altta yatan dokuların gerilmeleri ve uygun omurga hareketleriyle kan akışı ve lenf akışı üzerinde sıkıştırıcı, basınç düşürücü etkileri vardır (23). Yoga basit, güvenli ve genişletilebilir kasılmaları içeren popüler fiziksel aktivitelerdir. Bu aktiviteler kas gücünü artırırken, aynı zamanda gebelik ve doğum sırasında yaralanan kasların iyileşmesini de kolaylaştırmaktadır. Ko ve arkadaşlarının (2015) doğum sonrası 7. ve 12. haftalar arasında olan 15 kadın ile yaptıkları çalışmada her hafta en az 1 saat, toplam 10 haftalık yoga ve pilates programı uygulanmıştır. Uygulamadan sonra kadınların doğum sonrası depresyon skorlarının düştüğü belirlenmiştir (24).

Ko ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir başka çalışmada dördü sezaryen, 19'u vajinal doğum yapmış kadınlara üç ay boyunca haftada bir kez profesyonel koç tarafından yoga egzersiz programı uygulanmıştır. Kadınların uygulama sonrası depresyon puan ortalamalarında, uygulama öncesi depresyon puan ortalamalarına göre düşüş tespit edilmiş, ancak bu azalma istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (25). Buttner ve arkadaşlarının (2015) hem sezaryen hem de normal doğum yapmış kadınlarla yaptığı çalışmada ise, 8 haftalık yoga programı sonrası kadınların depresyon skorlarında ve kaygı skorlarında doğrusal bir azalma belirlenmiştir (26).

Refleksoloji

Refleksoloji el, ayak ve kulağın belli noktalarına her birine özgü farklı olan baskı tekniklerinin kullanımından oluşan bir yöntemdir. Bu baskı yöntemi, gevşeme ve kan dolaşımını artırıp hücrelere daha fazla besin ve oksijen geçişi sağlamaktadır. Basınç uygulamasıyla elde edilen fizyolojik değişiklikler, cilt ve sinir sistemi arasında mevcut olan nörolojik ilişkiye dayanır, basıncın uygulandığı alandan stimülasyon ile terapötik bir etki elde edilmektedir (27).

Sezaryen operasyonundan bir saat önce 30 kadına normal masaj, 30 kadına refleksoloji, 30 kadına ise rutin uygulamaların yapıldığı bir çalışmada refleksoloji sonrası kaygı skorlarında azalma saptanmıştır. Refleksoloji grubundaki kadınların kaygı skorları, normal masaj grubundaki kadınlara göre daha fazla azalmıştır, ancak istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (28).

Razmjoo ve arkadaşlarının (2012) 61 kadın ile yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası her bir ayağına 10 dakika refleksoloji yapılan kadınların kaygı puanları ile sezaryen sonrası rutin uygulamaların yapıldığı kadınların kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (29).

Aromaterapi

Aromaterapi, doğum sonrası oluşan ağrı, yara iyileşmesi, uyku bozukluğu, stres, yorgunluk, kaygı gibi fiziksel ve psikolojik komplikasyonların önlenmesinde sıklıkla kullanılan tamamlayıcı terapilerdendir (11). Aromaterapide, ruh halini etkilemek için tıbbi aromatik maddeler veya uçucu yağlar kullanılmaktadır. Bu yağlar cilde nüfuz eder, kan dolaşımına ve bağışıklık sistemine girer ve endorfin salgılar, oksijenlenmeyi geliştirir, hücre ve dokuları besler, böylece fizyolojik ve psikolojik süreçler üzerinde yararlı etkilere sahip olabilirler (30). Rezaie-Keikhaie ve arkadaşlarının 17 çalışmayı inceledikleri sistematik derleme sonucunda, aromaterapinin doğum sonrası dönemde yaygın olarak yaşanan depresyon, stres, ağrı, anksiyete ve yorgunluk gibi semptomlarını iyileştirebileceği belirlenmiştir (30).

Aromaterapinin doğum sonrası kaygıya olan etkisinin incelenmesini amaçlayan Conrad ve Adams'ın (2012) doğum sonu dönemde 28 kadın ile yaptıkları çalışmalarında, müdahale grubundaki kadınlara gül ve lavanta yağı karıştırarak el masajı ve inhalasyon yolu ile 4 hafta üst üste haftada 2 kez 15 dakika boyunca aromaterapi uygulanmıştır, kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (31). Sezaryen ile doğum yapmış kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda hem lavanta çayı içirilen kadınlarda hem de koklatılan kadınlarda sezaryen sonrası depresyon skorlarının düştüğü saptanmıştır. Bununla birlikte lavanta yağının koklanması ile kadınların uyku kalitesinin arttığı ve durumluk kaygısının azaldığı tespit edilmiştir (32).

Ten Tene Temas/Kanguru Bakımı

Bebeğin doğduktan hemen sonra çıplak olarak annesinin çıplak tenine/göğsüne konulması ve ilk emzirme bitene kadar orada kalması olarak tanımlanan ten tene temas, dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarımlarla güçlü bir vagal uyarıcıdır ve diğer etkilerin yanı sıra nöro-endokrin sistemin aktivasyonu ile maternal oksitosini serbest bırakır. Oksitosin, annenin meme dokusunun sıcaklığının yükselmesine neden olur. Böylece hem yeni doğan hem de anne, doğum ortamını tehdit edici bir ortam olarak algılamamaktadır ve stres mekanizmaları yerine büyüme ve gelişmeye yönelik mekanizmalar harekete geçmektedir (33). Sezaryen sonrası kaygı yaşayan annenin bebeğine temasının erken dönemde sağlanması ile hem anne bebek etkileşimi erken dönemde başlatılmakta, hem de süt salınımına ve kaygısının azaltılmasına katkı sağlanmaktadır (33).

Herizchi ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrasında kanguru bakımının depresyon düzeyine etkisi incelenmiştir. 30 kadına günde en az 3 kez ten tene temas yaptırılmış, 10., 20. ve 30. günde depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Kanguru bakımı yapılan annelerin 20. ve 30. günlerdeki depresyon oranları kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır (34). Norouzi ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ise, sezaryen operasyonun hemen sonrasında bebek herhangi bir örtüye sarılmadan çıplak halde annenin göğsünde 30 dakika bekletilmiştir. Kanguru bakımı uygulanan kadınların kaygı düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (35).

Cerrahi Sonrası İyileşmeyi Hızlandırma- Enhanced Recovery After Surgery- (ERAS) Protokolü

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme ERAS protokolü cerrahi sonrası normal fizyolojii sürdürmeyi amaçlayan kanıta dayalı perioperatif uygulamalardır (36). Perioperatif dönemde sakız çiğneme, erken oral hidrasyon, erken mobilizasyon, mide bulantısı ve kusmanın önlenmesi, ağrı yönetimi, perioperatif kan glukoz kontrolü, düzenli diyet, tromboembolizme karşı profilaksi, üriner kateterizasyon, profilaktik antibiyotik uygulamalarını içeren ERAS protokollerinin postoperatif komplikasyonların yönetiminde etkili olduğu kanıtlanmıştır (6). Optimal iyileşme ve erken taburculuğun gerçekleşmesine odaklanan ERAS protokolündeki çok odaklı yaklaşım kapsamında, multidisipliner ekip içerisinde perioperatif sürecin tamamında hastanın bakımının primer sorumlusu olan hemşireler aktif rol almaktadırlar (36).

ERAS protokolünün, jinekolojik cerrahide uygulanmaya başlanması ile birlikte hemşirelerin ERAS protokolü kılavuzu gibi kanıta dayalı rehberlere ihtiyacı artmıştır (36). Bu kapsamda bir kanıt oluşturan Şahin ve Terzioğlu'nun (2015) yaptıkları çalışmada, ERAS protokollerinden sakız çiğneme, erken mobilizasyon, erken oral hidrasyon uygulamalarının her birinin birlikte ve tek başına kombinasyonlu şekilde uygulandığı her bir grupta 30 sezaryen olmuş hasta olmak üzere toplam 8 grup oluşturulmuştur. Erken oral hidrasyon, erken mobilizasyon ve sakız çiğneme uygulamalarının birlikte yapıldığı gruptaki hastalarda diğer gruptaki hastalara göre, bağırsak motilitesindeki geri dönüşün ve gaz geçişinin daha erken gerçekleştiği belirlenmiştir (37).

Sezaryen operasyonlarında ERAS protokollerinin uygulanması ile hastanede kalış süresinin azaltıldığı, hasta memnuniyetinin artırıldığı belirtilmiştir (38). ERAS protokollerinden olan erken oral hidrasyon, erken mobilizasyon ve sakız

çiğneme uygulamaları, sezaryen sonrası hastanın konforunu artırmak, hastanede kalış süresini kısaltmak, hasta memnuniyetini artırmak, anne-bebek ilişkisini kısa sürede sağlamak amacı ile kullanılmaktadır (37,39). Ancak, literatürde sezaryen sonrası ERAS uygulamalarından erken oral hidrasyon, erken mobilizasyon ve sakız çiğnemenin kadınlarda kaygı ve depresyon üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinin erken geri dönüşü, erken mobilize olmak, iyi bir ağrı yönetimi anne-bebek etkileşiminin erken başlatılmasını sağladığı için annenin operasyon sonrası kaygısının azalmasında etkili olabileceği belirtilmiştir (40).

Yapılan tüm bu çalışmalar incelendiğinde, reiki, müzikterapi, akupresür, el ve ayak masajı, yoga, aromaterapi, ten tene temas uygulamalarının doğum sonrası annelerin kaygı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir. Refleksolojinin ve ERAS protokollerinin ise sezaryen sonrası etkinliği ise henüz kanıtlanmamıştır. Bu uygulamaların sezaryen sonrası annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin araştırıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Sezaryen Sonrası Kanıt Temelli Nonfarmakolojik Uygulamalarda Hemşirenin Rolü

Hemşireler, cerrahi operasyonların tüm aşamasında hastanın gereksinimleri doğrultusunda bireye özgü bakımın gerçekleştirilmesinden primer olarak sorumludur. Hemşirelerin multidisipliner ekip içerisinde perioperatif dönemin tüm aşamalarındaki sorumluluğu, cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyon ve sağlık sorunlarına yönelik planladığı bakımı uygulamaktır. Bu kapsamda, sezaryen operasyonlarında da perioperatif dönemde uygulanan hemşirelik bakım protokoller; kadınlarda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine, anne bebek iletişiminin erken başlatılmasına, süt salınımına katkı sağlayarak kaygı ve depresyon düzeylerinin azaltılmasına destek olmaktadır (5).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü (FSÖ) Modeli'nin kapsamı hemşirelik süreci, klinik karar verme, kritik düşünmeyi içermektedir. Bu model ile bireylerin gereksinimleri 11 fonksiyonel alanda ele alınmaktadır. Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, uyku-dinlenme, bilişsel- algısal, kendini algılama, rol-ilişki, cinsellik-üreme, baş etme-stres toleransı, değer-inanç alanları kapsamında hemşirelik tanılarını belirlemektedir (5). Erbaş'ın (2017) yaptığı çalışmada, sezaryen sonrası 33 kadına FSÖ Modeli'ne göre hazırlanan sezaryen sonrası bakım rehberi, sezaryen sonrası hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı ve sezaryen sonrası sağlık eğitimi broşürü ile evde bakım uygulanmıştır. FSÖ Modeline göre uygulanmış evde bakım sonrasında kadınların depresyon semptomlarında azalma olduğu belirlenmiştir (5).

Sonuç

Klinik uygulamalarda hemşirelik bakım planlarında modeller kullanılması, bu modeller çerçevesinde aromaterapi, yoga, refleksoloji gibi yöntemlerin uygulanması bakım sonuçlarına olumlu yansımaktadır. Bu kapsamda kanıt temelli bu yöntemlerin hemşirelik bakımının bir parçası haline getirilmesi ve gebelik döneminde belirlenen riskli gruplara uygulanması ve bu yöntemlerin uygulanmasına yönelik anne adaylarının eğitilmesi olası doğum sonrası komplikasyon ve sorunlarının önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle, kanıt temelli non-farmakolojik uygulamaların klinik hemşirelik eğitim ve bakım uygulamalarının içerisine entegre edilerek standartlaştırılması, sezaryen sonrası kaygı ve depresyon oranlarının azalmasına ve anne-bebek sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tüm bu kanıt temelli uygulamalarda sezaryen sonrası anne ve bebeğin bakımında primer olarak sorumlu olan hemşireler, multidisipliner ekip yaklaşımında önemli role sahiptir. Bu derlemenin sonucunda, sezaryen sonrası kaygı ve depresyonun azaltılmasında etkili olan bakım protokollerinin hemşireler tarafından klinik rutin uygulamalar çerçevesinde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu anlamda etkinliği kanıtlanmış non- farmakolojik bu kanıt temelli uygulamalar konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi, doğum ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin bu konularda eğitim ve kurslara katılmaları, eğitim müfredatlarında bu konulara yer verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, bu uygulamaların sezaryen sonrası kullanımının etkinliğine yönelik kanıt düzeylerini artırmak adına daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Bilgilendirme

Bu makalede araştırma konusunun belirlenmesinde FT, yazımında FT ve DG, eleştirel inceleme ve düzenlenmesinde HB, ND ve makalenin literatür taranmasında tüm yazarlar katkı sağlamıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir kişi ya da kurum ile çıkar çatışması bulunmamaktadır ve araştırmada herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

- Hada A, Kubota C, Imura M, Takauma F, Tada K, Kitamura T. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Model comparison of factor structure and its psychosocial correlates among mothers at one month after childbirth in Japan. *Open Fam Stud J* 2019; 11(1):1-17.
- World Health Organization, WHO statement on caesarean section rates, Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ (Erişimtarihi:04.05.2020)
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. Ankara, 2019.
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):90.
- Erbaş N. Sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre verilen bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanılarının belirlenmesi Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2017;9(1):15-29.
- Terzioğlu F, Simsek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *J Clin Nurs* 2013;22(13-14):1917-25.
- Chan CLJ, Tan CW, Chan JJI, Sultana R, Chua TE, Chen HY, et al. Factors associated with the development of postnatal depression after cesarean delivery: A prospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:715-27.
- Kuo SY, Chen SR, Tzeng YL. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PloS One* 2014;9(1):e86653.
- Işık G, Çetişli NE, Başkaya VA. Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *DEUHFED* 2018;11(3):224-32.
- Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depress Anxiety* 2011; 28(8): 696-702.
- Boz İ, Selvi N. Doğum sonu dönemde iyi bakım uygulamaları: Kanıtlarla tamamlayıcı terapiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19:25-32.
- Saatsaz S, Rezaei R, Alipour A, Beheshti Z. Massage as adjuvant therapy in the management of post- cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract* 2016;24:92-8.
- Midilli TS, Eser I. Effects of reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: A randomized, controlled clinical trial. *Pain Manag Nurs* 2015;16(3):388-99.
- Joanna Briggs Institute. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf Erişim Tarihi:30.11.2021.
- Midilli ST, Gunduzoglu CN. Effects of reiki on pain and vital signs when applied to the incision area of the body after cesarean section surgery. *Holist Nurs Pract* 2016;30(6):368-78.
- Cassidy N, Collins K, Cyr D, Magni K. The effect of reiki on women's preoperative anxiety in an ambulatory surgery center. *J Perianesth Nurs* 2010;25(3):196.
- Chang SC, Chen CH. Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Res Nurs Health* 2005;28(6):453-61.
- Tseng YF, Chen CH, Lee CS. Effects of listening to music on postpartum stress and anxiety levels. *J Clin Nurs* 2010;19(7-8):1049-55.
- Reza N, Ali SM, Saeed K, Abul-Qasim A, Reza TH. The impact of music on postoperative pain and anxiety following cesarean section. *Middle East J Anaesthesiol* 2007;19(3):573-86.
- Gonenc IM, Terzioğlu F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. *J Nurs Res* 2020;28(1):e68.
- Chen HM, Chang FY, Hsu CT. Effect of acupressure on nausea, vomiting, anxiety and pain among post- cesarean section women in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2005;21(8):341-50.
- Kuo SY, Tsai SH, Chen SL, Tzeng YL. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. *International J Nurs Res* 2016;53:17-26.
- Vallath, N. Perspectives on yoga inputs in the management of chronic pain. *Indian J Palliat Care* 2010;16(1):1-7.
- Ko YL, Lin PC, Yang CL, Chen CP, Shih HJ. Pilot study on an integrated pilates and yoga program for decreasing postpartum depression in women. *Open J Nurs* 2015;5(10):885-92.
- Ko YL, Yang CL, Fang CL, Lee MY, Lin PC. Community-based postpartum exercise program. *J Clin Nurs* 2013;22(15-16):2122-31.
- Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW, Stuart S. Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2015;21(2):94-100.
- Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: Systematic review. *J Adv Nurs* 2008;62(5):512-20.
- Navaee M, Khayat S, Abed ZG. Effect of pre-cesarean foot reflexology massage on anxiety of primiparous women. *J Complement Integr Med* 2020; 1: (ahead-of-print).
- Razmjoo N, Yousefi F, Esmaeeli H, Azizi H, Lotfalizadeh M. Effect of foot reflexology on pain and anxiety in women following elective cesarean section. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012;15(1):8-16.
- Rezaie-Keikhaie K, Hastings-Tolsma M, Bouya S, Shad FS, Sari M, Shoorvazi M, et al. Effect of aromatherapy on post-partum complications: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 2019;35:290-5.
- Conrad P, Adams C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman—a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2012;18(3):164-8.

32. Chen SL, Chen CH. Effects of lavender tea on fatigue, depression, and maternal-infant attachment in sleep- disturbed postnatal women. *Worldviews Evid Based Nurs* 2015;12(6):370-9.
33. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:1-70.
34. Herizchi S, Hosseini MB, Ghoreishizadeh M. The impact of kangaroo-mother care on postpartum depression in mothers of premature infants. *International Journal of Womens Health Reproductive Sciences* 2017; 5(4): 312-7.
35. Norouzi F, Keshavarz M, Seyed Fatemi N, Montazeri A. The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. *Complement Ther Med* 2013;21(5):468-72.
36. Aksoy A, Vefikuluçay YD. Jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalarda yeni bir yaklaşım: ERAS protokolü ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2018;10(1):49-58.
37. Sahin E, Terzioglu F. The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean birth. *Worldviews Evid Based Nurs* 2015;12(6):380-8.
38. White RS, Matthews KC, Tangel V, Abramovitz S. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programs for cesarean delivery can potentially reduce healthcare and racial disparities. *J Natl Med Assoc* 2019;111(4):464-5.
39. Akalpler O, Okumus H. Gum chewing and bowel function after caesarean section under spinal anesthesia. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2018;34(5):1242-7.
40. Astepe BS. Sezaryan operasyonu yapılan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi ve postoperatif ağrı arasındaki ilişki. *Kocaeli Medical Journal* 2018;7(3):64-9.

Pamela G. Reed'in Öz Aşkınlık Kuramı Analiz ve Değerlendirmesi

 Yelda KUBLAY¹,  Saliha HALLAÇ²

¹Öğr. Gör. Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Kumluca/Antalya, Türkiye.
²Dr. Öğr. Üyesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Öz

Hemşirelik kuramlarının birçoğu test edilmiş; sağlık bakımında kaliteyi artırma, hemşirelik araştırmalarında anlamayı genişletme ve biyopsikososyal yaklaşımlara dayalı profesyonel uygulamalarla toplumların gelişimini sağlama konusunda büyük katkıları olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bu bağlamda bu derleme makalesinde, hemşirelik kuramlarından Pamela G. Reed' in "Öz Aşkınlık Kuramı" nın analiz edilmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için Fawcett' in "Hemşirelik kuramlarının analizi ve değerlendirilmesi için çerçeve" si kullanılmıştır. Bu yapıya göre analiz "kuramın kapsamı, kuramın bağlamı ve kuramın içeriği" dahil olmak üzere kuramın yargılayıcı olmayan, ayrıntılı bir incelemesini içermektedir. Değerlendirme "kuramın önem, iç tutarlılık, sadelik, test edilebilirlik, ampirik yeterlilik ve pragmatik yeterlilikleri" kapsamında olup; her bir kapsamın altında yer alan sorulara yanıt oluşturacak şekilde yapılmıştır. Kuramın teorisyeni psikiyatri hemşiresi olup, kuramın uygulanmasına ilişkin beceriler psikiyatri hemşireliğinin doğasına uygundur. Alanyazın incelendiğinde ülkemizde, Öz Aşkınlık Kuramı' nı tanımlayan, analiz eden ve değerlendiren herhangi bir makaleye rastlanmamıştır. Bu anlamda alandaki bu boşluğun doldurulması, kuramın tanınması, anlaşılması ve kullanımını kolaylaştırmak amacıyla bu makalenin yararlı ve hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş modellerin oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Reed, Öz Aşkınlık Kuramı.

Abstract

Pamela G. Reed's Self-Transcendence Theory Analysis and Evaluation

Many of the nursing theories have been tested; it has been proven by research that it has a great contribution to improving the quality of health care, expanding understanding in nursing research, and ensuring the development of societies with professional practices based on biopsychosocial approaches. In this context, this review article includes the analysis and evaluation of the nursing theories Pamela G. Reed's "Self-Transcendence Theory". For this, Fawcett's "Framework for the analysis and evaluation of nursing theories" was used. According to this structure, the analysis includes a non-judgmental, detailed examination of the theory, including "the scope of the theory, the context of the theory, and the content of the theory"; evaluation is within the scope of "importance, internal consistency, simplicity, testability, empirical competence and pragmatic competencies of the theory"; it was made in a way to answer the questions under each scope. The theorist of the theory is a psychiatric nurse, and the skills related to the application of the theory are in accordance with the nature of psychiatric nursing. When the literature is examined, no article has been found in our country that defines, analyzes and evaluates Self-Transcendence Theory. In this sense, it is thought that this article will contribute to the creation of useful models based on nursing theories in order to filling this gap in the field and facilitate the recognition, understanding and use of the theory.

Key Words: Nursing, Reed, Self Transcendence Theory.

Geliş Tarihi / Received: 09.11.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.04.2022

Correspondence Author: Yelda KUBLAY, Öğr. Gör. Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 07350 Kumluca/Antalya, Türkiye. Tel: 02428870910-202 E-posta: yeldakublay@akdeniz.edu.tr

Cite This Article: : Kublay Y, Hallaç S. Pamela G. Reed'in Öz Aşkınlık Kuramı Analiz ve Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 402-412.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Hemşirelik, insan ve çevresiyle etkileşim içinde var olan, sağlığı ve iyi oluşu korumayı ve/veya yükseltmeyi hedefleyen mesleki bir disiplindir. Hemşirelik nedir, rolleri, amacı, kapsamı nelerdir? gibi sorular hemşirelik kuramları ile yanıtlanmaktadır. Bu yanıtlarla etkileşim, fenomenoloji (görüngübilim) ve varoluşçuluk gibi felsefi temellere dayalı açıklamalar yapılırken; bireylerin en az zararlar nasıl tedavi edileceğine ve yüksek düzeyde iyi olma halinin nasıl sağlanabileceğine de açıklık getirmektedir. Araştırmalarla hemşirelik kuramlarının birçoğu test edilmiş, bu kuramların sağlık bakımında kaliteyi artırma, hemşirelik araştırmalarını daha iyi anlama ve biyopsikososyal yaklaşımlara dayalı profesyonel uygulamalarla toplumların gelişimini sağlama konusunda büyük katkıları olduğu kanıtlanmıştır (1). Dolayısıyla hemşirelik uygulamalarında rehberlik için kuram ya da modeli kasıtlı olarak kullanmak; hemşireliğin amacını ve kapsamını belirleme, hemşirelik bakımını profesyonel olarak yürütme ve objektif değerlendirme için bir çerçeve sağlarken (2); gözden kaçırılacak kavramsal ilişkileri ve potansiyel sonuçları da görünür kılar (3). McKenna ve Slevin (2008)'in belirttiği üzere 50'den fazla büyük ve orta düzey hemşirelik kuramı bulunmaktadır. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, bakımın planlanması, hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi kullanılan hemşirelik kuramına göre şekilleneceğinden uygun kuramı seçmek önemlidir (4). Uygun kurama karar vermek, kuramın anlamının farkına varmak, kuramın mevcutta olan hemşirelik sorunlarını ele alıp almadığını ve uygulamasının eğitime ya da araştırmaya nasıl bir katkı sağlayacağını açıklamak önemlidir. Bu bağlamda bir kuramın analiz ve değerlendirilmesinin yapılması alandaki boşluğun doldurulması, kuramın tanınması, anlaşılması ve kurama temellendirilmiş modellerin oluşturulmasında rehber olacağı için; bu derleme makalesinde hemşirelik kuramlarından Pamela G. Reed'in "Self-Transcendence Theory (Öz Aşkınlık Kuramı)"nın analiz edilmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için Fawcett (2005)'in "Hemşirelik kuramlarının analizi ve değerlendirilmesi için çerçeve"si kullanılmıştır. Bu yapıya göre analiz "kuramın kapsamı", "kuramın bağlamı" ve "kuramın içeriği" dahil olmak üzere kuramın yargılayıcı olmayan, ayrıntılı bir incelemesini içermektedir. Değerlendirme ise kuramın "önem", "iç tutarlılık", "sadelik", "test edilebilirlik", "ampirik yeterlilik" ve pragmatik yeterlilikleri" kapsamında olup; her bir kapsamın altında yer alan sorulara yanıt oluşturacak içeriğe yer verilmiştir (2).

Makalede geçen anahtar sözcüklerle yapılan taramalar doğrultusunda alan yazın incelendiğinde; ülkemizde Öz Aşkınlık Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması (5) dışında, Öz Aşkınlık Kuramı'nın geniş bir şekilde tanıtıldığı, kuramın analiz ve değerlendirmesini içeren herhangi bir makaleye rastlanamamıştır. Sarıçam (2015) "Self-transcendence" kavramının Türkçe karşılığı olarak "öz aşkınlık" kavramını kullanmış olmasının anlamsal zeminini ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmasında açıklamıştır (5). Yazarlar bu nedenle makalede Türkçe olarak "öz aşkınlık" kavramını kullanmayı tercih etmişlerdir.

Gelişme

Psikiyatri hemşiresi olan Reed, Joyce J. Fitzpatrick'in danışmanlığındaki tez çalışmasında sağlıklı ve terminal dönemdeki bireylerde yaşam ve ölüm üzerine iyi oluş ve spiritüel bakış açılarına odaklanmıştır. Başlıca araştırma alanları spiritüellik, hemşirelik felsefesi, yaşam sonu ve palyatif bakımın etik boyutlarıdır. Reed, bahsedilen bu çalışmaları ile birlikte çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde gelişimsel kuramları uygulamadaki deneyimleri ile ruh sağlığını ve iyi oluşu geliştirmeye yönelik çalışmaları sonucunda Öz Aşkınlık Kuramı'nı geliştirmiştir (6). Amacı, yaşam boyu gelişim psikolojisine, hemşireliğin benzersiz bakış açısına uygun bir şekilde mevcut bilgileri içeren bir hemşirelik kuramı oluşturmaktır (7). Çalışmaları kapsamında Spiritüel Perspektifler Ölçeği ve Öz Aşkınlık Ölçeği'ni literatüre kazandırmıştır (6).

Öz Aşkınlık Kuramı'nın Analizi

Fawcett (2005) hemşirelik kuramlarının analizinin kuramcının kuram hakkında yazdıklarının sistematik bir biçimde incelenerek yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu anlamda, öz aşkınlık kuramının analizinde Tablo 1'de yer alan "Hemşirelik Kuramlarının Analizi için Çerçeve" başlığı altındaki her bir adıma ilişkin analiz sorularına yanıt aranmıştır (2).

Tablo 1. Hemşirelik Kuramlarının Analizi için Çerçeve

Adım 1: Kuramın Kapsamı- Kuramın kapsamı nedir?
Adım 2: Kuramın Odağı/Bağlamı- Hangi metaparadigma kavramları kuram tarafından ele alınmaktadır?, Kuram insanlarla ilgilenmekte midir?, Kuram çevre ile ilgilenmekte midir?, Kuram sağlıkla ilgilenmekte midir?, Kuram hemşirelik süreçleri veya hedefleri ile ilgilenmekte midir?, Hangi metaparadigma önermeleri kuram tarafından ele alınmaktadır?, Kuram, insanın yaşam ve ölüm süreçleriyle ilgilenmekte midir?, Kuram, çevre bağlamında insan sağlığı deneyimlerinin şekillendirilmesi ile ilgilenmekte midir?, Kuram, insanlar için faydalı olan hemşirelik eylemleri veya süreçleriyle ilgilenmekte midir?, Kuram, insanların çevreleriyle sürekli bir ilişki içinde olduklarını kabul ederek, insanların yaşam ve ölüm süreçleriyle ilgilenmekte midir?, Kuram hangi felsefi temellere dayanmaktadır?, Hangi dünya görüşü kurama yansıtılmaktadır?, Kuram hangi kavramsal modelden türetilmiştir?, Kuram gelişiminde hemşirelik ve diğer disiplinlerden hangi öncül bilgiler kullanılmıştır?
Adım 3: Kuramın İçeriği- Kuramın kavramları nelerdir?, Kuramın önermeleri nelerdir?, Hangi önermeler ilişkisel değildir?, Hangi önermeler ilişkiseldir?

Adım 1: Kuramın Odağı/ Kapsamı

Orta düzey kuramlar sınırlı, özgül, kavramları ve önermeleri nispeten somut olup; tanımlayıcı, açıklayıcı veya öngörücü olarak sınıflandırılır. Burada sorulması gereken soru "Teorinin kapsamı nedir?" olmalıdır (2). Bu bağlamda Reed'in Öz Aşkınlık Kuramı'nın kapsamı, olası uygulamalarla çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikten yaşlılığa kadar yaşam boyu iyi oluş için bir kaynak olarak öz aşkınlığın kullanılmasıdır. Psikiyatri hemşiresi ve metateorisyen Reed'in birçok araştırmada kullanılmış ve test edilmiş

kuramı; insan-çevre- sağlık paradigmalarının gelişimsel bir perspektifinden ortaya çıkarılmıştır. Kuram sağlıklı, hasta ya da yaşamında incinebilirlik düzeyi artmış her bireye uygulanabilir (6).

Adım 2: Kuramın Bağlamı

Bağlam, kuram tarafından ele alınan hemşirelik metaparadigması olan kavramların ve önermelerin tanımlanmasını, kuramın dayandığı felsefi temelleri, kuramın türetildiği kavramsal modeli, hemşirelik ve diğer disiplinlerden elde edilen bilgilerin kuram geliştirme çabasına katkılarını içermektedir (2). Reed' in kuramında hemşireliğin metaparadigması olan “insan”, “çevre”, “sağlık” ve “hemşirelik” olmak üzere dört kavramı Tablo 2’de yer almaktadır.

“Öz Aşkınlık Kuramı” kuramsal, ampirik ve klinik bilginin yanı sıra insanın gelişimi ve iyi oluş için gelişimsel değişim potansiyelinin yaşam boyu sürdüğüne ilişkin felsefi bir inançtan geliştirilmiştir (8, 9). İnsanların yaşlandıkça, çevreleriyle anlamlı etkileşimler kurmaları insan olma potansiyelinin gerçekleşmesi için giderek daha önemli hale gelmektedir. Reed (1983) gelişim kuramcılarının, yetişkinlerin çevre ile etkileşime girme ve yaşama dair uyumsuzlukları bütünlüştürme biçimleri hakkında bir fikir verdiğini ifade etmektedir (10). Ölüm insanın gelişimsel süreçlerinin kaçınılmaz ve karmaşık bir evresidir. Birey ölüme yaklaştıkça aşkınlık eğilimi ortaya çıkar. Aynı zamanda ölümlü ilişkili biyolojik ve algısal kayıplarla karşılaştığında, bireyin yaşamı boyunca kazandığı önceki aşkın perspektifleri iyi oluşunu sürdürmesine yardımcı olabilir (11). Bu anlamda ruh sağlığı hemşireliği müdahaleleri, bireyin öz aşkınlık için iç kaynaklarının oluşmasını ve kullanılmasını kolaylaştırabilir; iyi oluş için kişinin potansiyelini destekleyebilir (8).

Tablo 2. Reed'in Kuramında Hemşireliğin Dört Metaparadigması

<i>İnsan:</i> Her birey, diğer insanlarla etkileşim halinde, sağlık ve iyi oluşa olumlu ve olumsuz katkıda bulunabilecek karmaşık bir ortamda yaşam süreleri boyunca gelişim gösteren bir varlıktır (12, 13).
<i>Çevre:</i> Birey için iyileşmeyi kolaylaştırmanın ilk adımı diğer insanlar ve çevre ile ilişki kurma kapasitesinin artırılması olabilir (13). Çevre hemşirelerin aile, sosyal ağlar, fiziksel çevre ve toplum kaynakları yoluyla insanlar, nesnelere ve hemşirelik faaliyetleri arasındaki terapötik etkileşimleri yönettiği, etkilenen sağlığa ve sağlık ile ilgili süreçlere önemli ölçüde katkıda buldukları ortamlardır (12).
<i>Sağlık:</i> Sağlık kavramı hastalık, yaşlanma ve engellilik ile ilgili zorlukları kapsar. Bu zorluklar bireyin kendini anlaması ve gelişmesi için fırsat sağlayabilir (13). Bu nedenle bireyleri iyi oluşa yönlüten, hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerin yaşandığı; benzersiz değerleri ve yaşantıları deneyimleme sürecidir (12).
<i>Hemşirelik:</i> Hemşirelik faaliyetinin rolü bireylerle, kişilerarası süreçler ve çevrenin terapötik yönetimi yoluyla iyi oluşlarını arttırmak için gerekli becerilerde yardımcı olmaktır (12). Hemşirelik faaliyetini yerine getiren hemşirelerin iyileşmenin kaynağı olarak hastadan bağımsız öz aşkınlık deneyimleri yaratması beklenemez, ancak hastaların kalıplarını, sınırlarını veya potansiyellerini tanımlama ve kendilerini iyileştirici yollarla kendi sınırlarını genişletme çabalarını desteklemelerine yardımcı ve kolaylaştırıcı olabilirler (13).

Reed kuramını tümdengelsel yeniden biçimlendirme stratejisini kullanarak geliştirmiştir (7). Öz aşkınlık kuramı fikri, hem bilim tarihi ve hemşirelik tarihinden köken almış; hem de Reed' in mesleki geçmişinde önemli olan gelişimsel kuramlar ve varoluşçu hümanistik yaklaşımı benimsemiş hemşirelik kuramlarından etkilenmiştir (9). Kuramının felsefi varsayımlarından birisi, insanların doğası gereği ve gelişimsel olarak karmaşık ve yüksek yönetme becerisi ile karakterize edilen değişimlere maruz kaldığı ve bu yeni ortaya çıkan gelişimsel sürecin bir parçası olarak yaşam boyu gelişim potansiyeline sahip olduğu inancıdır. Birey bu değişim ve gelişim sürecinde çocukluk ve ergenliğin ötesinde, yetişkinlik dönemine, yaşlanma ve ölüm sürecine kadar yaşam boyu iyileşme, duygusal büyüme ve iyi oluş için doğal bir potansiyele sahiptir. Bu iyi oluş potansiyeli, sistemin kendi içinde yarattığı düzensizlikleri, bozulmaları düzene sokma, tersine çevirme anlamına gelen negentropiye benzer bir hemşirelik süreci olarak tanımlanmıştır (10). İkinci felsefi varsayım, insanların açık sistemler olarak gerçekliklerini tanımlamak, bir kimlik ve güvenlik hissini sağlamak için “açıklığına” kavramsal sınırlar getirmesidir. Bu varsayım, gelişimsel süreç boyunca kendiliğince oluşumu ve farklılaşması hakkında yaşam boyu gelişim psikolojisinden gelen fikirlere dayanmaktadır (6). Bu noktadan hareketle Reed' in kuramının temel noktasının Genel Sistemler Kuramı'nın “insan açık sistemdir, değişir, gelişir, büyür, etkiler ve etkilenir” anlayışı olduğu söylenebilir.

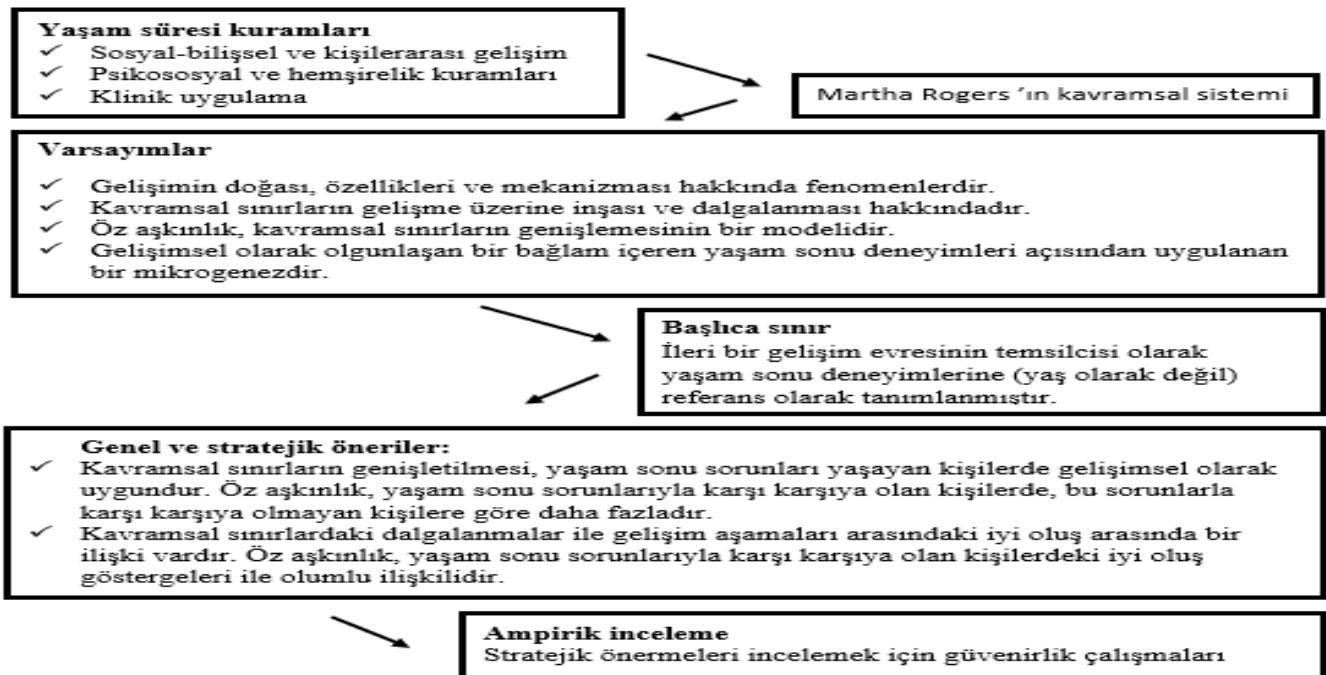
Reed aşkınlık kavramını hemşirelik perspektifinden tanımlarken, Platon'un mağara alegorisini Findlay (1967)'in “mağaranın aşkınlığı” olarak ele almasından etkilenmiştir. Platon'a göre “Mağara”, zaman, mekan ve gölgeli olukların dar perspektifleri ile kısıtlanan bir yeri temsil eder. Görünüş, mağara duvarlarına dökülen formların gölgeleri; gerçeklik ise kendilerinin oluşturduğu formlardır. Ona göre nesnelere ve ideallerden oluşan iki ayrı dünya vardır. İnsan bedensel olarak nesnelere dünyasına aittir ve orada bulunmaktadır. Ancak ruhen bir zamanlar bulunduğu idealler dünyasından izleri kendisinde taşımaktadır. Findlay aşkınlığı, mağaraya inmeyi ve çıkmayı içeren zihinsel bir süreç olarak tanımlamıştır (14).

Reed (1991)'in aktardığına göre, insan olma sürecinde önemli bir tema olarak Erik Erikson, Robert Jay Lifton, Victor Frankl, Gordon Allport ve Abraham Maslow'un aşkınlık tanımları ve aşkınlığı ele alış biçimlerinden yararlanmıştır. Erikson, aşkınlığı “olgun bireylerin kendi kişisel çıkarlarını aştıklarını ve asıl gereksinimlerinin kendilerine ihtiyaç duyulduğunda başkalarına yararlı olabildiklerini görmektir” olarak ifade etmektedir. Lifton, kişinin insanın ölümlülüğü ile yüzleştiğinde, süreklilik duygusu kazanmaya ve bir insan olma sürecine daha büyük bir katılım sağlamaya yönelik öz aşkınlık için temel bir baskı hissettiğini ifade etmiştir. İnsanın kendi sınırlarını genişletmek için yaratıcı çalışma, çocuklar, dini inançlar, doğa ile özdeşleşme ve mistik deneyimleri olmak üzere beş aşkınlık biçimi tanımlamıştır. Benzer şekilde Frankl, öz aşkınlık biçimleri olarak tanımladığı “insanların dünyaya katkıda bulunarak, başkalarına karşı duyarlı olarak ve kaçınılmaz yaşam olaylarını kabul ederek” yaşamda anlam bulabilecekleri önerisinde bulunmuştur. Allport, benliğin kişinin acil ihtiyaçlarının ve görevlerinin

ötesine geçmesinin olgun kişiliğin temel bir özelliği olduğunu ileri sürmüştür. Maslow'un aşkınlık tanımı ise "mümkün ve gerçek olan duruma yükselme" şeklindedir (7).

Reed hemşire kuramcılardan varoluşçu yaklaşımı benimsemiş olan Jean Watson, Margaret Newman ve Rosemaria Rizzo Parse'm kuramlarında bulunan aşkınlık kavramlarından etkilenmiş, zaman ve mekandan bağımsız, aşkın insan deneyimlerini paradoksal olarak kucaklayan perspektifle yeniden gözden geçirerek kuramı bağlamında yararlanmıştır (15). Parse'm sağlığı "olasılıkları kısmen aşmanın bir süreci" olarak tanımlaması Reed'i etkilemiştir. Watson'un İnsan Bakım Kuramı, kişinin kişi içi ve kişilerarası deneyimler yoluyla zaman ve kişisel çıkarlarını aşma kapasitesine sahip olduğu görüşüne dayanmaktadır. Newman'ın Bilinci Genişletme olarak Sağlık Kuramı'nda, zaman ve ego sınırlarının aşılması kişinin olgunluğunun ve bilincinin genişlemesinin ayrılmaz bir parçasıdır. Görüldüğü üzere bu kuramcılar, öz aşkınlığın temel dinamikleri hakkında bazı rekabetçi açıklamalar ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, hepsi bir arada alındığında, öz aşkınlığın potansiyel önemi üzerine zengin ve birleştirici bir bakış açısını temsil etmektedirler (7). Reed kuramını Martha E. Rogers'ın Üniter İnsan Kuramı'nın hemşirelik perspektifini kullanarak formüle etmiştir (7, 12). Rogers'ın "helicy prensibi", insanın gelişmesini yenilikçi ve öngörülemez olarak nitelendirmektedir. Bu ilke, gelişimi doğrusal olmayan, bireyler ve gruplar arasında yaşamı boyunca sürekli değişime açık olan yaşam süresi ilkelerine benzemektedir. Rogers'ın "rezonans ilkesi", insan gelişimini, öngörülemez olmasına rağmen, kalıbı ve amacı olan bir hareket süreci olarak tanımlamaktadır. Bunlarla birlikte Rogers'm, sağlıkla ilgili yaşam olayları sırasında dalgalanabilen "algılanan öz sınırlar" hakkındaki ve uzay-zamanda sonsuz insan vücudu olarak tanımlanan "fark edilir kütle" nin ötesine uzanan ve sınırsız enerji alanları olduğunu öne sürdüğü fikirlerinden etkilenmiştir (12). Bu nedenle, kuramın temel taşlarından biri insan tarafından inşa edilen ve insan alanını karakterize eden kendi sınırlarını ele almasıdır. Yaşam boyunca kavramsal sınırların dalgalanmaları ile iyi oluş arasında bir ilişki olduğu genel olarak ifade edilmiştir. Benliğin kavramsal sınırlarının farklı kalıplarının, gelişim üzerindeki etkisi belirgindir. Özellikle kişisel ölüm farkındalığını artıran yaşam deneyimleri, gelişimsel olarak olgunlaştıran bir bağlam olup, kuramın ana sınırı olarak tanımlanmıştır (6). Gelişimsel fenomenler genellikle bireyin yaşamını yani, ağırlıklı olarak kronolojik yaştaki değişiklikler ve tarihsel değişikliklerle ilişkili normatif olaylar, ontogenezin odağını oluşturur. Bununla birlikte, hemşireliğin doğası gereği mikrogenez (an'dan saatler, günler, ayları gibi zamansal noktalarda oluşan olaylar) bağlamında ortaya çıkan bilgiye de ihtiyaç vardır. Çünkü bu olaylar zaman içinde ortaya çıkan ölüm, doğum, kayıp, hastalık ve diğer sağlıkla ilişkili krizler, normatif ve normatif olmayan olaylar gibi özellikle hemşirelikte sık karşılaşılan durumlardır. Bu nedenle gelişim - büyüme kronolojik yaşla, doğrusal zamanın bir göstergesiyle ilişkili değildir. Bunun yerine bir yaşam olayıdır; gelişimin bağlamı olan diyalektik an'dır. Özellikle kişisel ölüm farkındalığını artıran yaşam deneyimleri, gelişimsel olarak olgunlaştıran bir bağlam olarak tanımlanmıştır. Böylelikle bireyin yaşına bakılmaksızın ölüm farkındalığının gelişimsel olgunluğu ve öz aşkınlığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda kuramın sınır belirleyici ölçütü ölümcül hastalık, hayatı tehdit eden olaylar, kronik hastalık, intihar düşüncesi ve yaşlanma süreci deneyimleri, bu sınırdaki aşkınlığa katkıda bulunacak potansiyel alanlarını temsil etmektedir (7).

Öz aşkınlık, kavramsal sınırların belirli bir genişleme modeli olarak tanımlanmıştır. Burada kişi içi, kişilerarası ve zamansal deneyimler yoluyla kavramsal sınırların genişletilmesinin, yaşam sonu sorunları ile karşılaşan bireylerde gelişimsel olarak uygun olduğu ve ikinci olarak, öz-sınırların genişlemesinin bu bireylerdeki iyi oluş göstergeleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu kuramsallaştırılmıştır. Kuramın geliştirilmesindeki temel adımlar özet olarak Şekil 1'de gösterilmektedir (7).



Şekil 1. Kuram Geliştirme Sürecinin Ana Unsurları

Kaynak: Reed PG. Toward a nursing theory of self transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. Advances in Nursing Science. 1991;13(4):64-77.

Adım 3: Kuramın İçeriği

Kuramın analizindeki üçüncü adım, kuramın içeriğinin incelenmesidir. Kuramın içeriği, kuramın kavramları ve önermeleri aracılığıyla ifade edilir. Kuramların kavramları, bir fenomenin zihinsel bir görüntüsünü ifade eden kelimeler veya kelime gruplarıdır. Dolayısıyla kuramın özel kelime dağarcığını temsil ederler ve duyular aracılığıyla hayal edilebilen veya gözlemlenebilecek olana anlam verirler. Bir kuramın önermeleri ise, bir veya daha fazla kavram hakkındaki açıklayıcı ifadeler olup, ilişkisel ve ilişkisel olmayan türde olabilirler. Dolayısıyla kuramın içeriğinin analizi, kuramın mevcut tüm tanımlarının yazarı tarafından sistematik olarak incelenmesini gerektirir (2). Reed'in kuramının temel üç kavramı *öz aşkınlık*, *incinebilirlik* ve *iyi oluş* 'tur. Ayrıca bu üç temel kavramın gücünü ve ilişkilerini artırabilir/azaltabilir nitelikteki kişisel ve bağlamsal faktörler de tanımlanmıştır.

Öz aşkınlık (self-transcendence): Bu makalede "*self-transcendence*" için *öz aşkınlık* kavramı kullanılmıştır. Türk Dil Kurumu (2019)'nda aşkın kelimesi "ötesine geçme"; aşmak kelimesi "yüksek, uzak veya geçilmesi güç bir yerin öte yanına geçmek"; aşkınlık kelimesi "aşkın olma hali"; olarak tanımlanmaktadır (16). Reed (2009)'e göre *aşkınlık* kavram olarak, genişletilmiş öz-sınırlara ve kendini değersizleştirmeden, daha büyük boyutların farkındalığına ulaşmayı ifade etmektedir (8). Aşkınlık yalnızca bakım süreciyle ortaya çıkan ürünlerden biri değildir. Hemşirelik ve insan işlevselliğinin bağlamı olup; aşkınlığı fiziksel ya da maddi dünyanın ötesine uzanan daha yüksek, ruhsal bilinç seviyelerine doğru evrimleşme olarak tanıyan bir hemşirelik ontolojisi haline getirilmiştir. Öz aşkınlık, kuramın temel kavramı olup; bilgeliği başkalarıyla paylaşmak, yaşlanmanın fiziksel değişiklikleriyle bütünleşmek, ölümü yaşamın bir parçası olarak kabul etmek, başkalarına yardım etmek, kayıpları bırakmak ve yaşamda manevi anlam bulmaktır (9). Ayrıca kendi kendine sınırların genişlemesi, genişlemiş yaşam perspektiflerine ve amaçlarına yönelik gelişimsel bir olgundur. Öz sınırların *içe doğru (inwardly)* (iç gözlemsel deneyimler yoluyla, kendini kabul etme ve anlam bulma), *dışa doğru (outwardly)* (başkalarına ulaşarak veya doğa ile bağlantı kurarak), *geçici olarak (temporary)* (geçmişini ve geleceğini bugüne entegre ederek) ve *yukarı doğru (upwardly)* (daha yüksek bir varlığa veya amaca ulaşarak) genişleme kapasitesini ifade eder (7, 15). Ancak Reed'in daha sonra bu öz sınırları *kişi içi (intrapersonal)*, *kişilerarası (interpersonal)*, *kişi ötesi (transpersonal)* ve *zamansal (temporary)* genişleme olarak da ifade ettiği görülmektedir (6, 9, 17).

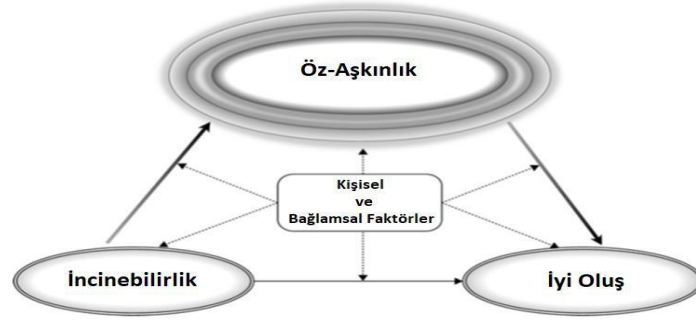
İyi oluş (well-being): Bireyin kendi kriterlerine uygun olarak tam ve sağlıklı hissetme duygusudur. Birey veya hasta popülasyonuna bağlı olarak iyi oluş birçok şekilde tanımlanabilir. Dolayısıyla iyi oluşun göstergeleri, insanın sağlık ve iyi oluşa ilişkin algıları kadar çeşitlidir. İyi oluş göstergelerine yaşam memnuniyeti, olumlu benlik, umut, mutluluk ve yaşamdaki anlam duygusu örnekleri verilebilir. İyi oluş bir bağıntıdır ve öz aşkınlığın bir sonucudur (9).

İncinebilirlik (vulnerability): Kişisel ölümlerin farkındalığı veya zor yaşam olayları deneyimini içerir (12). Kişinin ölümlülüğünü, yetersizliğini veya incinebilirliğini arttıran yaşam olayları, bireyin içsel benliğine zarar vermediği sürece, yenilenmiş bir kimlik duygusu ve genişlemiş öz sınırlara doğru gelişimsel ilerlemeyi başlatabilir (9). Bu yaşam olaylarının örnekleri arasında ciddi veya kronik hastalıklar, sakatlık, yaşlanma, ebeveynlik, çocuk yetiştirme, aile bakımı, sevilen birinin kaybı, kariyer zorlukları ve diğer yaşam krizleri sayılabilir. Öz aşkınlık bu tür olaylar yoluyla uyandırılır ve incinebilirlik iyileşme deneyimine dönüştürülerek iyi oluş artırılabilir (15).

Kişisel ve bağlamsal faktörler (Personal and contextual factors): Kişisel ve bağlamsal faktörler ve bunların etkileşimleri, üç temel kavramın gücünü ve ilişkilerini artırabilir veya azaltabilir. Bu faktörler yaş, cinsiyet, bilişsel yetenek, sağlık durumu, geçmiş önemli yaşam olayları, kişisel ve manevi inançlar, aile desteği, eğitim durumu ve sosyopolitik ortamdır. Bunlarla birlikte hemşirelik müdahaleleri, incinebilirlik ile öz aşkınlık ve öz aşkınlık ile iyi oluş arasındaki ilişkilere aracılık eden bazı kişisel ve bağlamsal faktörleri etkilemeye odaklanabilir ya da öz aşkınlığı kolaylaştırıcı içsel kaynaklara yönelimi sağlayabilir (9). Kuramın beş temel önermesi bulunmakta olup; Tablo 3'te yer almaktadır (7, 12).

Tablo 3. Kuramın Önermeleri

"Öz aşkınlık, yaşam sonu sorunlarıyla karşı karşıya kalan bireylerde, bu gibi sorunlarla karşılaşmayan bireylere göre daha fazladır". Yaşam sonu sorunları, yaşam olayları, hastalıklar, yaşlanma ve kişisel ölümlerle ilgili farkındalığı arttıran diğer deneyimler ortaya çıktıkça geniş bir şekilde yorumlanmaktadır.
"Öz aşkınlık iyi oluşla ile pozitif yönde ilişkilidir". Alternatif olarak, öz aşkınlığın azalması (başkalarına ulaşamama veya arkadaşlığı kabul etmemede olduğu gibi), iyi oluşun ya da ruhsal sağlığın azaldığının bir göstergesi olarak, depresyon ile pozitif olarak ilişkilidir. Son on yılda yapılan araştırma sonuçlarına göre, öz aşkınlık incinebilirlikle iyi oluş arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
"Kavramsal sınırlar iyi oluşla ilgilidir." Rogers'ın kavramsal sistemine dayanan bir temel varsayımdır. Bu varsayım, kişilerin kendileri ve çevreleri ile bütünlük ve bağlantı hissi vermek için kendilerine kavramsal sınırlar getiren açık sistemler olduğudur. Kavramsal sınırlardaki yaşam boyunca devam eden dalgalanmalar, iyi oluşu pozitif veya negatif olarak etkileyebilir.
"Kişisel ve çevresel faktörler, incinebilirlik, öz aşkınlık ve iyi oluş arasındaki ilişkilerin moderatörleri veya arabulucuları olarak işlev görürler".
"Öz aşkınlık gelişimsel bir zorunluluktur." Bu varsayım Frankl'in (1969) ve Maslow'un (1971) öz aşkınlık kavramı, gerçekleştiğinde bir kişinin varlığına amaç ve anlam veren, insanın doğuştan gelen bir özelliği ve kişinin kavramlaştırmasıyla uyumludur.



Şekil 2. Öz Aşkınlık Kuramı

Kaynak: Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJL, Patricia R., editor. Middle Range Theory for Nursing. Third ed. New York: Springer Publishing Company; 2014. p. 109-39.

Kuramın kavramları arasında dört temel ilişki olup; Şekil 2’de gösterilmektedir. *İlk olarak*, incinebilirlik deneyimi ile öz aşkınlık arasındaki ilişkiye göre, sağlığı etkileyen olaylar incinebilirlik düzeyini artırır ve öz aşkınlık düzeyinin de artmasına neden olur. Ancak, bu durum yalnızca belirli incinebilirlik düzeylerinde gerçekleşebilir. İncinebilirlik ve öz aşkınlık arasındaki ilişki, çok düşük ve çok yüksek incinebilirlik düzeylerinde doğrusal olmayabilir veya doğrusal olabilmesi için bu ilişkideki diğer faktörlerin etkisi gerekebilir. *İkinci ilişki*, öz aşkınlık ve iyi oluş arasındadır. Bu ilişki doğrudan ve olumludur. Örneğin, öz aşkınlık, iyi oluş hissi ve moral - motivasyon ile pozitif olarak ilişkilirken, artan depresyon düzeyi ile negatif ilişkilidir. Bu ilişki önceki perspektiflere ve davranışlara dayalı bir başa çıkma sürecinden ziyade, değişen bir yaşama doğru ilerlemek için mevcut bir durumu aşmak olarak ifade edilebilir. *Üçüncü ilişkide* öz aşkınlık incinebilirlik ve iyi oluş arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir. Öz aşkınlık, incinebilirliğin (hastalık stresi deneyimi, umutsuzluk, güçsüzlük, belirsizlik, ölüm kaygısı) iyi oluş üzerindeki etkilerine aracılık edebilir. Yapılan çalışmalarla da deneysel olarak desteklenen bu ilişki için; öz aşkınlık, insanların katlandığı zor veya hayatı tehdit eden durumlarda iyi oluşun nasıl mümkün olduğunu açıklayan temel bir süreçtir denilebilir. *Dördüncü ilişki*, iyileşme sürecindeki kişisel ve bağlamsal faktörlerin rolüdür. Çeşitli kişisel ve bağlamsal faktörler ve bunların etkileşimlerinin iyi oluşla ilgisi öz aşkınlık sürecini etkileyebilir. Bu faktörler üç temel değişkenin gücünü ve ilişkilerini artırabilir veya azaltabilir. Örneğin, yakın zamanda meydana gelen ve önemli bir kayıp, incinebilirliğin öz aşkınlığı ortaya çıkarma potansiyelini azaltabilir. İleri yaş veya eğitim, öz aşkınlık ve iyi oluş arasındaki ilişkiyi güçlendirebilir (9).

Sonuç olarak öz aşkınlık önemli yaşam olaylarından bir çıkış, kendini ileriye götürüş açısından bir sonuç olduğu gibi, iyi oluşa ulaşmanın bir yolu, arabulucusu ve kolaylaştırıcısı olarak görülmektedir. Öz aşkınlık incinebilirlikten beslenmekle birlikte akut dönemde ve hızla ulaşılabilecek bir durum olmayabilir. Çünkü öz aşkınlık farkındalığı, sorgulamayı, içe dönmeyi, doğaya ve başkalarına uzanmayı, daha yüce bir amaç ve anlama ulaşmayı ve geçmiş ile geleceği bugüne entegre ederek zamansal olarak genişlemeyi gerektiren düşünsel ve eylemsel bir süreç olarak kabul edilebilir.

Öz Aşkınlık Kuramı’nın Değerlendirilmesi

Fawcett (2005)’e göre bir teorinin değerlendirilmesi o kuramın belirli kriterleri ne ölçüde karşıladığına dair yargılarda bulunulmasını gerektirir. Değerlendirme, analizin sonuçlarının yanı sıra daha önce yayınlanmış eleştirilerin, araştırma raporlarının ve kuramın uygulanmasıyla ilgili çalışmaların, raporların incelenmesine dayanmaktadır. Hemşirelik kuramlarının değerlendirilmesi, “önem”, “iç tutarlılık”, “sadelik”, “test edilebilirlik”, “ampirik yeterlilik” ve “pragmatik yeterlilik” olarak altı adımdan oluşmaktadır. Tablo 4’te “Hemşirelik Kuramlarının Değerlendirilmesi için Çerçeve” başlığı altında her bir adıma ilişkin değerlendirme soruları yer almaktadır (2).

Adım 1: Önem

Bir kuramın değerlendirilmesinin ilk adımı, teorinin bağlamına odaklanmaktır ve burada kriter *önem*’dir. Önem kriteri, teorinin hemşirelik disiplini için önemini gerektirir. Bu kriter, ancak teorinin metaparadigmatik, felsefi, kavramsal veya paradigmatik kökenleri açık olduğunda, önceki hemşirelik ve diğer alanlardaki bilgiden alıntı yapıldığında ve kuramın yaptığı özel katkılar belirlendiğinde karşılanmıştır (2). Öz aşkınlık kuramı, hemşirelik felsefesi ve pratiğine dayanmakta olup; hemşirelik eğitiminde kullanılmaya, test edilmeye, araştırma ve uygulamalarla genişletilmeye devam etmektedir. Kuramın dayandığı felsefi temeller, türetildiği kavramsal model ve yararlanılan diğer disiplinlere “Kuramın Analizi” nin ikinci adımı olan “kuramın bağlamı” nda yer verilmiştir. Kuram, hemşirelik bakımıyla ilgili sağlığı etkileyen durumlarda iyi oluş için insanın gelişim kapasitelerine dair iç görü sağlar. Hemşireler ve hastalar iyi oluşlarını tehdit eden olaylarla karşı karşıyadır. Hemşirelerin öz aşkınlık hakkındaki bilgisi, incinebilirlik zamanlarında iyi oluşu sağlamada kolaylaştırıcı olarak kullanılabilir. Öz aşkınlığın soyut ama tanımlanabilir doğası, çeşitli hemşire – hasta karşılaşmalarında / etkileşimlerinde iyi oluşu artırma stratejisi olarak test edilebilecek birçok müdahalenin geliştirilmesini kolaylaştırır nitelikte olup bu anlamda önem kriterini karşılamaktadır.

Tablo 4. Hemşirelik Kuramlarının Değerlendirilmesi İçin Çerçeve

Adım 1: Önem- Kuram tarafından ele alınan metaparadigma kavramları ve önermeleri açık mıdır?, Kuramın dayandığı felsefi temeller açık mıdır?, Kuramın türetildiği kavramsal model açık mıdır?, Hemşirelik ve diğer disiplinlerden gelen önceki bilgilerin yazarlarına yer verilip, bibliyografik atıflar yapılmakta mıdır?

Adım 2: İç Tutarlılık- Kuramın içeriği (felsefi iddialar ve kavramsal model) ve teori içeriği (kavramlar ve önermeler) uyumlu mu?, Kavramlar anlamsal netliği ve anlamsal tutarlılığı yansıtmakta mıdır?, Önermeler yapısal tutarlılığı yansıtmakta mıdır?

Adım 3: Sadelik- Kuram içeriği açıkça ve kısaca belirtilmiş midir?

Adım 4: Test edilebilirlik- Araştırma metodolojisi orta düzey kuramı yansıtmakta mıdır?, Orta düzey kuram kavramları, bu kavramların uygun ampirik göstergeleri olan araçlarla gözlemlenebilir midir?, Veri analizi teknikleri orta düzey kuram önermelerinin ölçülmesine izin vermekte midir?

Adım 5: Ampirik Yeterlilik- Kuram temelli ampirik kanıtlarla uyumlu mudur?

Adım 6: Pragmatik Yeterlilik- Kuramı uygulayabilmek için eğitim ve özel beceri eğitimi gerekli midir?, Kuram hemşirelik uygulamalarının gerçek dünyasında uygulanmış mıdır?, Kuramdan türetilen uygulama protokollerinin uygulanması mümkün müdür?, Uygulayıcı, kuram temelli hemşirelik eylemlerinin etkinliğini uygulama ve ölçmede yasal olarak beceriye sahip mi?, Kuram temelli hemşirelik eylemleri ile hemşirelik uygulamasının beklentileri ortak mıdır?, Kuram temelli hemşirelik eylemleri olumlu sonuçlara yol açıyor mudur?, Kuram temelli hemşirelik eylemlerinin uygulanması, kuramın kullanıma sonuçları ile kuram kullanılmadığında aynı durumdaki sonuçlar arasında karşılaştırma yapılabilecek şekilde tasarlanmış mıdır?, Sonuçlar kuramın problem çözme etkinliği açısından ölçülebilir midir?

Adım 2: İç Tutarlılık

İç tutarlılık kriteri teorinin hem bağlamına hem de içeriğine odaklanır. Bu kriter, felsefi zeminler, kavramsal model, kuramın kavramları ve önermeleri dahil olmak üzere kuramcının çalışmasının tüm unsurlarının uyumlu olmasını gerektirir. Dahası, iç tutarlılık kriteri, kuramın kavramlarının anlamsal açıklığı ve anlamsal tutarlılığı yansıtmamasını gerektirir. Kuramcının kuram ile ilgili tüm tartışmalarında her kavram için aynı sözcük ve aynı tanım kullanıldığında anlamsal tutarlılık gereksinimi karşılanır. Anlamsal tutarsızlık, bir kavram için farklı terimler kullanıldığında veya aynı kavrama farklı anlamlar eklendiğinde ortaya çıkar. İç tutarlılık kriteri ayrıca önermelerin yapısal tutarlılığını yansıtmamasını gerektirir. Bu, kavramlar arasındaki bağlantıların belirtilmesi ve ilişkisel önermelerde hiç bir çelişkinin açık olmaması anlamına gelir (2). Yani kuramın tutarlılığı anlamsal tutarlılık ve yapısal tutarlılık ile değerlendirilir. Anlamsal tutarlılık, tutarlı kavramların tanımları ve kuramın temel varsayımları ile nasıl kullanıldığını değerlendirir. Yapısal tutarlılık, önermeler arasındaki uyumun, kuramın amacı, kavram tanımları ve kavramlar arasındaki bağlantıların değerlendirilmesini içerir. Genel olarak, Reed'in kuramsal düşüncesi, orijinal Rogerian ve bilgi gelişiminin altında yatan yaşamsal, kavramsal görüş ve önermelerle uyumludur. Coward, Reed'in hemşire klinisyenler ve araştırmacılar tarafından anlaşılabilir bir kuramı kavramsallaştırdığını ifade etmiştir (12). Kuramın gelişimi için kuramsal kaynaklar Reed'in kendi çeşitli yayınlarında açıkça tanımlanmıştır (9, 15, 18). Reed, Yaşam Boyu Gelişim Kuramı ve Rogers'ın Üniter İnsan Kuramı'ndan türetilen kavramlardan sağlık ve öz aşkınlık gibi kavramları açıklamaya çalışmıştır. Reed, kuramsal olarak tutarlı olsa da bazı okuyucular için karmaşık gelebilecek tanımlar ve çok sayıda örnekler sunmuştur. Bu nedenle felsefi olarak Frankl gibi varoluşçu veya Maslow gibi hümanistik anlayışa sahip kuramcılardan olduğu kadar; kavramsal olarak da Rogers'la birlikte Parse ve Newman gibi hemşirelik kuramcılarının da aşkınlık kavramı tanımlarıyla bu karmaşıklığı açıklamaya çalıştığı da anlaşılmaktadır. Yapısal tutarlılık açısından, kuramın şematik modelindeki ilişkiler Şekil 2' de gösterilmekte ve ayrıntılı olarak tanımlanmaktadır. Reed'in kuramının yapısal tutarlılığı, tanımlanan ilişkilerin mantıklı ve tutarlı olması bakımından iyi olarak değerlendirilebilir (12).

Adım 3: Sadelik

Sadelik kriteri yalnızca teorinin içeriğine odaklanmaktadır. Bu kriter, ilgili fenomeni fazla basitleştirmeden bir kuramın mümkün olan en anlaşılır şekilde ifade edilmesini gerektirir. Bu, ilgilenilen fenomeni tam olarak açıklamak için gereken kavram ve önermeler ne kadar az ise o kadar iyi olduğu anlamına gelir. Sadelik kriteri, en sade ifadeler ilgili fenomeni gizlemek yerine açıklığa kavuşturulduğunda karşılanır (2). Kuram üç ana kavramıyla oldukça sade olup; popülasyonlar arasında geniş bir uygulama alanı sağlar. Klinik uygulamalarda, belirli kişisel ve çevresel faktörler ve bunların ana kavramlarla olan ilişkilerinin daha fazla tanımlanmasına ihtiyaç duyulursa kuram sadelikten uzaklaşabilir (12). Ana kavramlar arasındaki ilişkilerin sayısı çok fazla değildir, ancak temel kuramsal önermeleri yeterli, kapsamlı ve anlamlıdır. Ayrıca kavramların birbirleri ile ilişkilerini gösteren diyagram basit ve anlaşılır özelliğindedir.

Adım 4: Test Edilebilirlik

Test edilebilirlik, sıklıkla bilimsel olarak yararlı bir kuramın temel özelliği olarak kabul edilir. Nitekim Fawcett, Marx'ın (1976)'da "Bir kuramı test etmenin bir yolu yoksa, ne kadar makul, yaratıcı veya yenilikçi olursa olsun, bilimsel olarak değersizdir" dediğini vurgulamaktadır. Hemşirelik gibi mesleki disiplinlerde kuram geliştirmenin nihai amacı, öngörücü orta düzey kuramlar şeklinde belirlenen müdahalelerin deneysel olarak test edilmesidir. Bununla birlikte, henüz kesinliğine ulaşmamış kuramların müdahalelerini test etmeye devam etmek de önemlidir. Bu kuramların görece somut ve özgül doğası, kavramlarının operasyonel tanımlara sahip olabileceği ve önermelerinin doğrudan ampirik testlere uygun olduğu anlamına gelir. Bu nedenle, kuram için test edilebilirliğin değerlendirilmesi, kuram ile ilişkili araştırma metodolojisinin, anketlerin ve kavramları ölçmek için tasarlanmış araçların yer aldığı literatürün kapsamlı bir incelemesi ile kolaylaştırılır (2). Kuram incinebilirlik, öz aşkınlık ve iyi oluş kavramlarıyla soyut olsa da, çok sayıda araştırmacı ampirik göstergeleri tanımlamış ve incelemiştir. Öz aşkınlığın ölçülmesi Reed'in Öz Aşkınılık Ölçeği (Self-Transcendence Scale-STS) ile sağlanmaktadır. Buna ek olarak, STS İspanyolca, İsveççe, Korece, Mandarin Çincesi, Farsça, Norveççe (12), Japonca ve Türkçe (5), dahil birçok dile çevrilmiştir.

Bununla birlikte, araştırmacılar öz aşkınlık düzeyini ölçmek için diğer araçları kullanabilir. Çünkü kavram klinik hemşirelik ilgi alanına uygun çeşitli yaklaşımlar ve ölçümler için fırsat sağlar (12, 17). Ölçek, sağlık durumlarına bakılmaksızın bireyler tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Maddeler hasta ve sağlıklı insanlar arasında ayırım yapmaz (8). Ülkemizde ölçek Türkçe'ye Sarıçam (2015) tarafından uyarlanmış ve ölçeğin psikometrik özellikleri ölçülmüş olup; öz aşkınlık ile yaşamın anlamı arasında pozitif ilişki; depresyon, anksiyete ve stres ile negatif ilişki saptanmıştır. Ölçeğin din psikolojisi, eğitim psikolojisi ve pozitif psikoloji alanlarında kullanılabilecek bir ölçek olduğu önermesinde bulunmuşlardır (5). Tüm bu sonuçlara göre kuramın öne sürdüğü gibi, öz aşkınlık ve iyi oluş arasında güçlü bir ilişki olduğunu destekleyen araştırma bulguları (19-21) kuramın test edilebilirliğini göstermektedir.

Adım 5: Ampirik Yeterlik

Ampirik yeterlik kriteri, kuramcı tarafından yapılan iddiaların ampirik kanıtlarla uyumlu olmasını gerektirir. Bir kuramın ampirik yeterlik kriterini ne ölçüde karşıladığı, kuramcı tarafından yönlendirilen tüm çalışmaların bulgularının sistematik bir incelemesi yoluyla belirlenir. Kuramın değerlendirilmesi, söz konusu kuram bağlamında toplanan verileri yorumlarken her zaman alternatif kuramları dikkate alınmalıdır. Kuramın herhangi bir testinin, ampirik yeterliğini oluşturmak için gereken kesin kanıtı sağlaması olası değildir. Bu nedenle, ampirik yeterlik ile ilgili kararlar, ilgili tüm çalışmaların bulgularını dikkate alınmalıdır. Aslında, hiç bir kuram nihai veya mutlak olarak kabul edilmemelidir, çünkü sonraki çalışmaların farklı bulgular vermesi veya diğer kuramların verilerle daha iyi uyum sağlaması her zaman mümkündür. Bu nedenle, ampirik yeterliğin değerlendirilmesinin amacı, kuramın mutlak doğruluğunu belirlemekten ziyade, en iyi ampirik kanıtla garanti edilen güven derecesini belirlemektir. Ampirik yeterliğin değerlendirilmesinin sonucu, kuramın bir veya daha fazla kavramını veya önermesini değiştirme, iyileştirme veya çıkarma ihtiyacına ilişkin bir yargıdır (2).

Reed kuramını test etmek için "Öz aşkınlık, yaşam sonu sorunlarıyla karşı karşıya olan kişilerde, bu sorunlarla karşılaşmayan kişilere göre daha fazladır" ve "Öz aşkınlığın, yaşam sonu sorunlarıyla karşı karşıya olan kişilerde iyi oluş göstergeleri ile olumlu ilişkisi vardır" şeklinde iki stratejik önerme tanımlamıştır (7). Kuram, yaşlı yetişkinlerin gelişimsel doğasına ve yaşlanma sürecinde zihinsel sağlık ve iyi oluş duygusunu sürdürmek için sürekli gelişimin gerekliliğine olan inanca dayanmaktadır (10). Bu nedenle, Reed'in kuram oluşturma konusundaki ilk araştırmaları yaşlı yetişkinlerle (7, 18, 22, 23) yapılmıştır. Ayrıca Reed (1991)'in aktardığına göre; 1986 ve 1987'de terminal dönemdeki bireylerle yapılan çalışmalarında, spiritüalite ile iyi oluş arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunduğunu ifade etmiştir (7). Reed tarafından geliştirilmiş olan İleri Yetişkinliğin Gelişimsel Kaynakları (Developmental Resources of Later Adulthood-DRLA) ölçeği ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi-Depresyon (Center for Epidemiological Studies-Depression- CES-D) ölçeğinin kullanılarak gerçekleştirilen iki çalışma sonucuna göre, Reed (1986) sağlıklı yetişkinlerin zaman içinde depresif yetişkinlere göre daha yüksek düzeyde gelişimsel kaynakları algıladıkları, depresyonun yaşamdaki yeni bakış açılarını keşfetme, bilgelik ve deneyimi başkalarıyla paylaşma ve spiritüel anlam bulma yeteneği açısından bireyin gelişim kaynaklarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (22). Yanı sıra Reed (1989) tarafından, klinik olarak depresyon geçiren 30 yaşlı olgunun ileri yetişkinliğin temel gelişim kaynaklarının ruh sağlığı ile ilişkili olduğu ve kaynakların düzeyi ile depresyon arasında ters bir korelasyon olduğu vurgulanmıştır (23). Öz aşkınlık ve zihinsel sağlık kalıplarının araştırıldığı çalışmada, katılımcılar tarafından öz aşkınlığın "kişinin kavramsal sınırlarının iç gözlemsel faaliyetlerle içe, diğerinin iyi oluşu ile ilgili endişeler yoluyla dışa doğru ve geçici olarak geçmişini ve geleceğinin algılarını bugünü geliştirmek için entegre etme" olarak tanımlandığı ve katılımcılar tarafından tanımlanan dört öz aşkınlık paterninin (üretkenlik, iç içe geçicilik, zamansal bütünleşme ve beden aşımı) Reed'in kavram tanımına uyduğu görülmüştür (16). Özetle, Reed'in bu çalışmaları öz aşkınlık görüşlerinin ve davranışlarının aslında yaşlı erişkinlerde mevcut olduğuna dair oluşturulan kuramsal fikre karşı ampirik kanıt ve yeterlilik sağlamıştır. Veriler, bu görüş ve davranışların ruh sağlığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Böylece, bulgular ileri dönem yetişkinlikte ruh sağlığının fiziksel ve bilişsel gerilemelerle meşgul olmanın ötesine geçerek, kavramsallaştırılmasını desteklemiş ve yaşlanmada benlik kavramının sınırlarını genişleten kaynakların önemine dikkat çekmiştir.

Adım 6: Pragmatik Yeterlik

Pragmatik yeterlik, kuramın uygulamadaki faydasına odaklanır. Pragmatik yeterlik kriteri, hemşirelerin kuramın içeriğini ve onu uygulamak için gerekli kişilerarası ve psikomotor becerileri tam olarak anlamalarını gerektirir, aynı zamanda kuram temelli hemşirelik eylemlerinin genellikle uygulanabilir olmasını gerektirir. Bir diğer pragmatik yeterlilik kriteri, kuram temelli hemşirelik eylemlerinin uygulama beklentileriyle uyumlu olması gerekliliğidir. Uyumluluk, halkın ve sağlık bakım sisteminin sahip olduğu beklentiler açısından değerlendirilmelidir. Son pragmatik yeterlilik kriteri ise, kuram temelli hemşirelik eylemlerinin eylemlere katılanlar için olumlu sonuçlara yol açarak sosyal olarak anlamlı olması gereğidir. Olumlu sonuçların örnekleri arasında komplikasyonlarda azalma, sağlık koşullarında iyileşme ve katılan herkesin kurama dayalı eylemlerle artan memnuniyeti sayılabilir (2). Araştırmacılar öz aşkınlığın ruh sağlığı için önemli olduğuna dair kanıtlar üretmişlerdir. Öz aşkınlık ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı (18, 22-26); kronik hastalıklarda iyi oluş (27), öz-bakım ve günlük yaşam aktivitelerini tamamlamada pozitif yönde anlamlı (28) ilişkiler bulunmuştur. Öz aşkınlığın MS, Alzheimer gibi ciddi hastalığı olan bireylerde (29-31) ve evsiz kişilerde (21) duygusal iyilik hallerini ve /veya yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Yaşamın sonuna odaklanan çalışmalarda (26) öz aşkınlığın HIV / AIDS'li bireylerde (32-34) ve meme kanseri tanısı alan bireylerde (35-38) iyi oluş ile anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmüştür. Sağlıklı ve hasta bireylerin yanı sıra literatürde hemşireler (39, 40), hemşirelik öğrencileri (41) ve bakım verenlerle (42-44) yürütülen öz aşkınlık araştırmalarına (45) rastlanmaktadır. Huzur evlerinde hemşire-hasta etkileşimlerinin yaşlı yetişkinlerde umut, yaşamda anlam ve öz aşkınlık ilişkisi doğrusal olarak anlamlı bulunmuştur (46).

Alanyazında ve öz aşkınlık ölçeği kullanılarak yapılmış bazı çalışmalarda, kavramsal sınırları genişleterek öz aşkınlığı sağlamada kullanılabilecek hemşirelik uygulama örnekleri ve stratejiler olduğu görülmektedir. *Kişinin içi* yaklaşımına yönelik uygulamalar, kişinin kendi içine bakmasına, kendini tanıma ve yaşamında anlam veya amaç bularak kayıpları bütünleştirmesine

yardımcı olur. Hemşirelerin hastalar ve bakım verenler (39) için önerebilecekleri stratejilere örnek olarak meditasyon (47), kendini yansıtmaya (self-reflection) ve dua; rehberli anımsama (8, 24) ve yaşam incelemesi; kendi kendine konuşma, duygu veya stres yönetimi ve rahatlama stratejileri; kendini ifade etme, şiir okuma ve yazma, müzik terapisi, günlük tutma (48), sanatsal ve diğer yaratıcı faaliyetler (30, 41); egzersiz ve diğer fiziksel aktiviteler verilebilir (6). *Kişilerarası* yaklaşımın merkezinde aile ve arkadaşlarla ilişkiler olmakla birlikte, diğer insanlara da uzanmaya yönelik uygulamalara örnek olarak destek grupları (29), inanç temelli gruplar veya grup psikoterapisi (35, 36); telefon veya internet tabanlı etkileşimler (34); gönüllü çalışma ve kişinin başkalarına yardım etmesine (42) ve bilgeliğini paylaşmasına izin veren diğer özgecil faaliyetler verilebilir (6, 8). Hemşire-hasta etkileşimi, bilişsel olarak bozulmamış bireyler arasında hem kişi içi hem de kişilerarası aşknlık deneyimini önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır (46, 49). Öz aşknlığa yönelik *kişi ötesi* yaklaşımlar, kişinin kendinden daha büyük bir güç veya amaç ile bağlantı kurmasına yardımcı olmayı ifade etmektedir. Hemşirenin bu süreçteki rolü genellikle manevi keşif ve kendini ifade etme, meditasyon, özgecil faaliyetlere katılım ve yaratıcılığını ortaya çıkaracak faaliyetler üzerinde çalışma gibi yaklaşımları teşvik eden bir ortam yaratmak veya rehberlik sağlamaktır (6, 38, 42, 50). *Zamansal genişlemeye* yönelik hemşire bilinçli farkındalıkla (51) an'dan daha çok keyif almaya yönelik, küçük kutlamalar yapmak, keyifli aktiviteler yapmak, unutulmaz ve önemli anların fotoğrafını çekmek, kendi kendine olumlu konuşmalar yapmak (olumlamalar) önerilerinde bulunabilir (6).

Reed'in kuramının kapsamı ve amacı, kuramın çok çeşitli insan sağlığını etkileyen durumlara uygulanabileceği yönündedir. Kuramın amacı hemşirelerin iyi oluş konusundaki anlayışlarını geliştirmektir. Başlangıçta Reed'in çalışmaları, klinik depresyon ve yetişkinliğin ileri dönem zorlukları ile karşı karşıya kalan kişilerdeki gelişimsel kaynaklara odaklanmıştır (10, 15, 18). İyi oluşun bir göstergesi olarak öz aşknlık ile ruh sağlığını ilişkilendirirken; kuramın kapsamı, yaşam sonu sorunlarıyla karşı karşıya olan yaşlı yetişkinler dışındaki kişileri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (18). Kuramın sürekli geliştirilmesi ve test edilmesi, incinebilirlik ve iyi oluş arasında bir arabulucu olarak öz aşknlığın belirlenmesine yol açmış; öz aşknlık ve iyi oluş arasındaki doğrudan ilişkiyi desteklemiştir (6). Sonuç olarak pragmatik yeterlik için kuramın verilen son şekli ile de daha kapsamlı ve yaşam süresi perspektifiyle daha uyumlu olduğu söylenebilir. Ana kavramlar doğumdan başlayarak, uzun süreli bakım, hayatı tehdit eden hastalıklara ve ölüme kadar değişen yaşam olaylarıyla karşılaşan herkese uygulanabilmektedir.

Sonuç

Tüm bunların ışığında Reed'in Öz Aşknlık Kuramı orta düzey bir hemşirelik kuramıdır. Kuramda zorlu yaşam olayları, yaşlılık, ölüm, ciddi hastalık gibi bireylerde incinebilirliği artıran durumlar/olaylar öz aşknlık ve iyi oluş için bir kaynak olarak sunulmuştur. Araştırmalar öz aşknlığın iyi oluş için hem bir sonuç hem de kolaylaştırıcı olduğu fikrini desteklemektedir. Kişiyeye ve çevresine ait faktörler incinebilirliği, öz aşknlığı ve iyi oluşu olumlu ya da olumsuz etkileyen bağlamsal faktörler olup, hemşirelik müdahaleleri öz aşknlığın ortaya çıkması ve iyi oluşun sağlanması için kolaylaştırıcı faktörler olarak tanımlanmıştır. İyi oluşa öz aşknlığın dört boyutunun (kişi içi, kişiler arası, kişi ötesi ve zamansal) dört yöne doğru (içe doğru, dışa doğru, yukarı doğru ve geçici) öz sınırların genişletilerek ulaşılacağı görülmektedir. Buradan hareketle öz aşknlığın boyutlarının incelenmesiyle, aşknlığın çok boyutluluğu anlaşılır ve sağlıklı ya da hasta bireyler sınırlarını genişleterek kişisel büyümenin gerçekleşmesi için teşvik edilebilir. Kuramın bağlamında etkili olan mağara alegorisinden yola çıkarak, kuramın uygulanmasında bireylere incinebilir deneyimlerini ve yaşantılarını sembolize eden kendi alegorilerini ve metaforlarını oluşturmaları sağlanabilir ve bunlar irdelenebilir. Tüm bunlarla birlikte, kuramcının psikiyatri hemşiresi olmasının da getirdiği bir sonuç olarak, kuramın uygulanmasına ilişkin becerilerin psikiyatri hemşireliğinin doğasına uygun olduğu anlaşılmaktadır. Bu anlamda kuramın tanınması, anlaşılması ve kullanımını kolaylaştırmak amacıyla bu makalenin yararlı ve hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş modellerin oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak uluslararası literatürde yapılmış çalışmaların içeriği ve vurgularına bakıldığında incinebilir pek çok grupta, gelişimsel yaşam dönemleri ve krizlerinde kullanılması; özel bir eğitim tanımlanmamış olmakla birlikte, uygulayıcıların psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitimine sahip olması ve kullanılacak becerilere ilişkin örneğin meditasyon, bilişsel yeniden yapılandırma, sanat terapi, varoluşsal yaklaşım gibi özel beceri ve müdahale eğitimlerini alarak yetkinliklerini sağlamaları önerilebilir. Ayrıca tüm popülasyonlardan ve değişkenlerden bağımsız olarak, öz aşknlığın önemli bir ruhsal sağlık ve iyilik kaynağı olarak değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Bilgilendirme



Fikir – Y.K. S.H.; Tasarım –S.H. Y.K.; Denetleme – S.H.; Kaynaklar – Y.K. S.H.; Analiz ve/veya Yorum – Y.K.; S.H.; Literatür Taraması – Y.K.; Yazıyı Yazan – Y.K. S.H.; Eleştirel İnceleme – S.H. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir. Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Bayat M. Hemşirelik teorileri, modelleri. İçinde Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. 1. Basım. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017:30-52.
2. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd Edition. Philadelphia: Fa Davis Company; 2005:441-450.
3. Fiske E. Self-Transcendence theory and contemplative practices. *Holist Nurs Pract* 2019;33(5):266–72.
4. Mckenna HP, Pajnkihar M, Murhpy FA. Uygun bir kuram ya da model nasıl seçilir? Hemşirelik Kuramları Modelleri ve Uygulama Esasları. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2019. p. 156.
5. Sariçam H. Öz aşkınlık ölçeği Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Eurasian Academy of Sciences* 2015;5:25-34.
6. Reed PG, Pamela G. Reed's theory of self-transcendence. In Smith MCP, Marilyn E, *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4. Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015:411-460.
7. Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Adv Nurs Sci* 1991;13(4):64-77.
8. Reed PG. Demystifying self-transcendence for mental health nursing practice and research. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23(5):397-400.
9. Reed PG. Theory of self-transcendence. In Smith MJL, Patricia R, *Middle Range Theory for Nursing*. 3. Edition. New York: Springer Publishing Company; 2014:109-139.
10. Reed PG. Implications of the life-span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *Adv Nurs Sci* 1983;6(1):18-25.
11. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health* 1987;10(5):335-44.
12. Coward DD. Self-transcendence theory. In Alligood MR, *Nursing Theorist and Their Work*. 8.Edition. Missouri: Elsevier Mosby; 2014:574-592.
13. Coward DD, Reed PG. Self transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues Ment Health Nurs* 1996;17(2):75-288.
14. Platon. Devlet. İstanbul: Işık Yayınları; 2016:210
15. Reed PG. Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nurs Sci Q* 1996;9(1):2-3.
16. Doğan M. Doğan Büyük Türkçe Sözlük. 2. Basım. İstanbul: Pınar Yayınları; 2005:91
17. Reed PG, Haugan G. Self-Transcendence: A Salutogenic Process for Well-Being. *Health Promotion in Health Care–Vital Theories and Research*: Springer, Cham; 2021. p. 103-15.
18. Reed PG. Self-transcendence and mental health in the oldest-old adults. *Nurs Res* 1991;40(1):5-11.
19. Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes GA. The self-transcendence scale: an investigation of the factor structure among nursing home patients. *J Holist Nurs* 2012;30(3):147-59.
20. Fiske EA. Self-transcendence, well-being, and vulnerability in healthcare mission participants. *Nurs Sci Q* 2019;32(4):306-13.
21. Runquist JJ, Reed PG. Self-transcendence and well-being in homeless adults. *J Holist Nurs* 2007;20(2):118-22.
22. Reed PG. Developmental resources and depression in the elderly. *Nurs Res* 1986;35(6):368-74.
23. Reed PG. Mental health of older adults. *West J Nurs Res* 1989;11(2):143-63.
24. Stinson CK, Kirk E. Structured reminiscence: An intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *J Clin Nurs* 2006;15:208–18.
25. Ellermann CR, Reed PG. Self-transcendence and depression in middle-age adults. *West J Nurs Res* 2001;23(7):698-713.
26. Kim SS, Hayward RD, Reed PG. Self-transcendence, spiritual perspective, and sense of purpose in family caregiving relationships: a mediated model of depression symptoms in Korean older adults. *Aging Ment Health* 2014;18(7):905–13.
27. Iwamoto R, Yamawaki N, Sato T. Increased self-transcendence in patients with intractable diseases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:638–47.
28. Upchurch S. Self-transcendence and activities of daily living: The woman with the pink slippers. *J Holist Nurs* 1999;17(3):251–66.
29. JadidMilani M, Ashktorab T, AbedSaeedi Z, AlaviMajd H. The impact of self-transcendence on physical health status promotion in multiple sclerosis (MS) patients attending peer support groups. *Int J Nurs Pract* 2015;21:725–32.
30. Walsh SM, Lamet AR, Lindgren CL, Rillstone P, Little DJ, Steffey CM, et al. Art in alzheimer's care: promoting well-being in people with late-stage alzheimer's disease. *Rehabilitation Nurs* 2011;36(2):66-72.
31. Vitale SA, Shaffer CM, Fenton HRA. Self-transcendence in alzheimer's disease the application of theory to practice. *J Holist Nurs* 2014;32(4):347–55.
32. Coward DD. The lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995;24(4):314–8.
33. Kausch KD, Amer K. Self transcendence and depression among AIDS memorial quilt panel maker. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007;45(6):45-53.
34. DiNapoli JM, Garcia-Dia MJ, Garcia-Ona L, O'Flaherty D, Siller J. A theory-based computer mediated communication intervention to promote mental health and reduce high-risk behaviors in the LGBT population. *Appl Nurs Res* 2014;27:91-3.
35. Coward DD, Kahn DL. Transcending breast cancer making meaning from diagnosis and treatment. *J Holist Nurs* 2005;23(3):264-83.
36. Coward DD. Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *ONF* 2003;30(Part 1 of 2):291–300.

37. Coward DD, Kahn DL. Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *ONF* 2004;31(2):24-31.
38. Thomas JC, Burton M, Griffin MTQ, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *J Holist Nurs* 2010;28(2):115-22.
39. Hunnibell LS, Reed PG, Quinn-Griffin M, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *JHPN* 2008;10(3):172-9.
40. Palmer B, Griffin MTQ, Reed PG, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Crit Care Nurs Q* 2010;33(2):138-47.
41. Chen S, Walsh SM. Effect of a creative-bonding intervention on taiwanese nursing students' self-transcendence and attitudes toward elders. *Res Nurs Health* 2008;32:204-16.
42. Acton GJ, Wright KB. Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *J Holist Nurs* 2000;18(2):143-58.
43. Enyert G, Burman ME. A qualitative study of self-transcendence in caregivers of terminally ill patients. *AJHPM* 1999;16(2):455-62.
44. Bajjani-Gebara J, Hinds P, Insel K, Reed P, Moore K, Badger T. Well-being, self-transcendence, and resilience of parental caregivers of children in active cancer treatment. *Cancer Nurs* 2018;0(0):1-12.
45. Haugan G, Deliktaş AD, Kabukcuoglu K, Aune I. Self-transcendence among adults 65 years and older: A meta-analysis. *Scand J Caring Sci* 2021;00:1-13.
46. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scand J Caring Sci* 2014;28:74-88.
47. Levenson MR, Jennings PA, Aldwin CM, Shiraishi RW. Self-transcendence: conceptualization and measurement. *Int J Aging Hum Dev* 2005;60(2):127-43.
48. Alexander J, McAllister M, Brien DL. Exploring the diary as a recovery-oriented therapeutic tool. *Int J Ment Health Nurs* 2016;25:19-26.
49. Haugan G, Rannestad T, Hanssen B, Espnes GA. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs* 2012;21:3429-41.
50. Sharpnack PA, Griffin MTQ, Benders AM, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and spiritual well-being in the amish. *J Holist Nurs* 2011;29(2):91-7.
51. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci* 2012;6(296):1-30.

Hastalık Yönetiminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı

 Büşra Nur TEMÜR¹,  Nilgün AKSOY²

¹ Arş. Gör. Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

² Dr. Öğr., Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Öz

Dünya, teknolojiye ve dijitalleşmeye doğru hızlı bir eğilim halindedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık okuryazarlığı ilerlemiş ve hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığının önemi fark edilmiştir. Bir hastanın, belirli bir teşhisle ilgili olarak iyileşmenin risk düzeyini ve öngörülen sonucunu anlaması için, sağlık okuryazarlığını kolaylaştıran kapsamlı hasta eğitim kaynaklarına erişebilmesi önemlidir. Toplumda daha iyi sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi verebilmek için hemşirelerin iyi düzeyde dijital sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin teknolojiyi etkin kullanabilmeleri dijital okuryazarlığı ile ilgili yeterli bilgi ve beceri kazanmalarına bağlıdır. Bu derlemenin amacı teknolojiyle birlikte gelişen dijital sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamak ve hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı bakış açısını geliştirmektir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Yönetimi, Hemşirelik, Dijital Sağlık.

Abstract

Digital Health Literacy in Disease Management

The world is in a fast trend towards technology and digitalization. With technological developments, health literacy has advanced and the importance of digital health literacy in disease management has been realized. In order for a patient to understand the level of risk and predicted outcome of recovery in relation to a given diagnosis, it is important that they have access to comprehensive patient education resources that facilitate health literacy. In order to provide better health services and health education to the society, nurses should have a good level of digital health literacy. In order for nurses to use technology effectively, they need to acquire sufficient knowledge and skills about technology literacy. The purpose of this review is to emphasize the importance of digital health literacy that develops with technology and to develop a digital health literacy perspective in disease management.

Key Words: Health Literacy, Disease Management, Nursing, Digital Health.

Geliş Tarihi / Received: 15.10.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 30.05.2022

Correspondence Author: Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. Telefon: +(0242) 227 44 00/2948, e-posta: nurtemur@akdeniz.edu.tr

Cite This Article: Temür BN, Aksoy N. Hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 413-417.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı, içinde bulunduğumuz yüzyılın halk sağlığı hedeflerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, toplumun temel sağlık bilgilerine ve hizmetlerine erişme ve aynı zamanda sağlıkla ilgili kararlara katılma durumunu göstermektedir (1). Sağlık okuryazarlığı “insanların sağlık, hastalığı önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda karar vermek ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri” olarak tanımlanabilir (2,3). Örneğin; kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin hastalık süreçlerinin birçok yönünü kendi kendilerine yönetmeleri gerekir ve bu da sağlık okuryazarlığı gerektirir (4).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışını değiştirebilir ve hastalıkların önlenmesinde etkili olabilir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışı ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma, kardiyovasküler hastalığa sahip geniş bir popülasyonda, yüksek sağlık okuryazarlığının fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve daha iyi sağlık durumu arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (5). Bir hastanın, belirli bir teşhisle ilgili olarak iyileşme risk düzeyini ve öngörülen riskleri anlaması için, sağlık okuryazarlığını kolaylaştıran kapsamlı hasta eğitim kaynaklarına erişimi önemlidir. Amerikalı yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerini inceleyen bir çalışma, araştırma kapsamına alınan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin %12 yeterli, %53 orta, %22 temel ve %14 temel düzeyin altında olarak bildirmiştir (6). Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %41.8’inin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (7). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlamalarına ve bilinçli olarak sağlık kararları almalarına olanak sağlar. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı, sağlık sisteminin talep edilen bir hedefi olmakla beraber hastaların tedaviye uyumunu artırarak, bakım kalitesini iyileştirir ve sağlık sistemi üzerindeki yükü hafifletir. Son yıllarda, hasta eğitiminde ve iyi bir sağlık okuryazarlığının sağlanmasında teknolojik çözümlere daha fazla başvurulmaktadır (8).

Bu derlemenin amacı teknolojiyle birlikte gelişen dijital sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamak ve hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı bakış açısını geliştirmektir.

Gelişme

Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Dijital sağlık “İnternet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sunulan veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve bilgileri” anlamına gelir (9). Dijital sağlık okuryazarlığı ise, “teknolojiye dayalı sağlık araçlarıyla üretken etkileşimler için gerekli olan bir dizi beceri ve bilgiyi” içerir (10). Mobil sağlık (M-sağlık, m-Health), dijital sağlığın bir alt kümesidir. Mobil bilgi işlem ve iletişim teknolojilerinin sağlık ve halk sağlığında kullanımı olarak tanımlanabilir. Hasta eğitimi, uzaktan izleme, iletişim, hastalık ve salgın takibi, teşhis ve tedavi dahil olmak üzere mobil ağlar aracılığıyla sağlanan birçok hizmeti kapsar. Bu nedenle hastaların, dijital sağlık bağlamında yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olması önemlidir (11). Şu anda M-sağlık teknolojisinin işlevi, kronik hastalık yönetimi, sağlığın planlaması, teşviki ve geliştirilmesini içermektedir. M-sağlık uygulamaları, hem yazılı mesajlaşma platformlarını, hayati belirtileri ve sağlık etkinliklerini izleyen sensörleri hem de sağlık verilerini toplamak ve analiz etmek için bulut tabanlı bilgi işlemi kullanarak sağlıkla ilgili etkinlikleri destekler (12). Ülkemizde ve dünyada kullanılan sistemler incelediğinde; taşınabilir tıbbi cihazlar, giyilebilir teknolojiler, uygulamalar, SMS kullanımı, Mango Health, MHRS, eNabız platformları karşımıza çıkmaktadır. M-sağlık gelişmiş ülkelerde artarak yaygınlaşmaktadır (13). Dijital sağlık okuryazarlığı, insanların elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama, değerlendirme ve bu bilgiyi sağlık sorunlarını ele alma veya çözüme uygulamalarını sağlar (1).

Dijital sağlık programlarına artan ihtiyaç üzerine, dijital sağlığın farkında olmak ve yönlendirmek önemlidir. Dijital sağlık okuryazarlığı özellikle kronik hastalığına sahip hastaların öz yönetiminde gereklidir. Kronik hastalığı olan bireylerin %80’inin hastalıklarını evde kendileri veya arkadaşları, aile üyeleri veya akrabalarının yardımıyla yönettikleri tahmin edilmektedir (14). Ancak hastalıkların kendi kendine yönetimi için güvenilir kaynaklardan doğru bilgilerin alınması çok önemlidir (1). Hemşireler, hastaların dijital sağlık bilgilerini kullanmalarına yardımcı olmalı ve internetten edinilen bilgilerin doğru yorumlanamamasından kaynaklanabilecek hastalıklarına ilişkin yanlış anlamaları düzeltebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (15). Ancak, sağlıkla ilgili konularda öğrenme ve karar verme için elektronik kaynakları kullanma konusunda hemşireler uygun becerilere sahip olmayabilir. Toplumda daha iyi sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi verebilmek için hemşirelerin iyi düzeyde dijital sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir (1). İyi düzeyde dijital sağlık okuryazarlığına sahip hemşireler, bakım verdikleri hastaların hastalık yönetiminde daha etkin bir rol oynayabilir.

Hastalık Yönetiminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Düşük sağlık okuryazarlığı; tanıda gecikme, morbidite, mortalite, hastane yatış oranlarında artma, tedavi rejimlerine uyumsuzluk ve kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, dijital sağlık uygulamalarını etkin bir şekilde kullanmakta ve etkileşimde bulunmakta güçlük çekmektedir (11). Hastaların sağlık yönetimini kolaylaştırmak için dijital sağlık müdahaleleri daha fazla geliştirdiğinden, dijital sağlık okuryazarlığını anlamak ve öngörücülerini belirlemek önemli hale gelmektedir. Hastaların interneti kullanma bilgi ve becerilerini değerlendirmek için bir sağlık okuryazarlığı değerlendirmeyle birlikte dijital sağlık okuryazarlığının özel olarak ele alınmasının önemi de bildirilmiştir (4). Türkiye’nin doğusunda bir üniversite hastanesinde yapılan çalışma, dijital okuryazarlığı arttıkça hastanın öz bakımında daha doğru bilgilere ulaşıldığını bildirmiştir (16). İlişkili olması nedeniyle, dijital sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklar hakkında bilgi ve bunları kullanma becerisi gerektirir (4). Öte yandan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine uygun çevrimiçi sağlık hizmetleri sunmak tek başına yeterli değildir. Bireylerin dijital sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmek için ek müdahalelere ihtiyaç vardır. Etkili eğitim stratejileri, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin bilgi iletişim teknolojileri ve dijital sağlık hizmetlerini nasıl kullanacaklarını öğrenmelerine yardımcı olabilir (11). Hastalık yönetimi ve izlemde, dijital sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine erişimi artırır (17). Müdahaleler; sağlık bilgileri ve hastalık yönetimi için çevrimiçi kaynaklara nasıl erişilebileceği, bilgilerin nasıl etkin bir şekilde aranabileceği ve çevrimiçi sağlık bilgilerinin kalitesinin nasıl değerlendirilebileceği hakkında

eğitim içermelidir. Cook ve ark. (2014) kardiyak cerrahisi geçiren ileri yaş grubu hastalar ile yapmış oldukları çalışmada, hastalara eğitim modüllerinin yer aldığı tabletler verilmiş ve hastanede kaldıkları süre boyunca günlük yapması gerekenler listelenmiştir. Araştırma sonuçları, uygulamanın arayüzünün basit ve anlaşılır olması halinde, yaşın ve ameliyat büyüklüğünün hasta eğitiminde bir engel olmadığını göstermiştir (18). Yin ve ark. (2015), artroskopik diz cerrahisi uygulanacak hastalar ile yaptıkları çalışmada web tabanlı öğretimi tamamlayan hastaların, ameliyat ile ilgili bilgi ve hazırlıklarının daha iyi olduğunu bildirmiştir (19). Bu alanda yapılacak çalışmaların dijital sağlık okuryazarlığı etkinliğini göz önünde bulundurulması önemlidir.

Dijital Sağlık Teknolojileri

Sağlık okuryazarlığında teknolojinin kullanımı günümüzde daha sık olarak ilişkilendirilmektedir (20). Belgelerin dijitalleştirilmesi, bilgisayar hızındaki artış, bulut tabanlı hizmetlerin geliştirilmesi, mobil teknolojinin ilerlemesi ve diğer taşınabilir dijital cihazların kullanımının yaygınlaşması ile, dijitalleşme tüm hızıyla ilerlemektedir (21). Türkiye’de ise sağlık sektöründeki dijitalleşme denemeleri 1960’lı yılların ortalarında başlamış ancak 2000’li yıllara gelinceye kadar önemli bir mesafe alınamamıştır (22). Sağlık Bakanlığının 2003 yılında başlattığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında birçok dijital sağlık uygulaması aktif hale getirilmiştir (23,24). Günümüzde bu uygulamaların yaygınlığı artmaktadır.

Web siteleri, sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşmak için önemli kaynaklar haline gelmiştir. Farklı düzeylerde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler arasında sağlık bilgilerine erişmek için internet kullanımında dijital eşitsizlikler olduğu görülmektedir. Bilgisayar ve internet kullanımındaki eşitsizlikler, kişinin dijital sağlık kaynaklarını taramak ve kullanmak için sahip olması gereken bireysel yeteneklerle ilgilidir. Elektronik tıbbi kayıtlar, veri kayıtları, karar destek sistemleri, giyilebilir izleme veya raporlama cihazları, elektronik terapi ve eğitim platformları dahil olmak üzere birçok dijital sağlık yaklaşımları, daha iyi entegrasyon ve bakımın kişiselleştirilmesini sağlayarak sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirme konusunda yüksek öneme sahiptir (25). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri elde etmek için sosyal medya platformlarını kullanma olasılıkları, sağlık okuryazarlığı düşük olanlara göre daha fazladır (11). Bu bağlamda sosyal medya platformlarındaki bilgilerin güvenliği de önem arz etmektedir.

Dijital sağlık yaklaşımları, hastaların karmaşık uzun vadeli sağlık ihtiyaçları ve akut tedaviyi takiben kendi kendine yönetim gereksinimleri göz önüne alındığında, kanser bakımıyla yakından ilgilidir. Dijital sağlık teknolojileri, kanser teşhisi konan kişilerin devam eden karmaşık sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için bakımın koordine edilmesine ve öz yönetimin desteklenmesine yardımcı olma potansiyeline sahiptir (26). Bu teknolojiler, hastaların kendi sağlık okuryazarlıklarını ve ayrıca hastalık yönetimini optimize etmelerini yardımcı olmak için önemli bir strateji olarak görülmektedir (27). Bu nedenle dijital sağlık teknolojilerinin kullanımının artırılması ve yaygınlaştırılması için çalışmaların yapılandırılması önemlidir.

Dijital sağlık teknolojilerinin sağlık alanındaki kullanımında ve hemşirelik uygulamalarının gerçekleşmesinde bazı engeller bulunmaktadır. Bunlar;

- Meslek içi eğitim,
- Yetki ve görevlendirmelerdeki belirsizlikler,
- Kurumlarda teknolojik donanımların sınırlıdır (13). Aynı zamanda bu teknolojilerin hastaya ve kuruma maliyeti de bu teknolojilerin sürdürülmesi ve benimsenmesi önündeki engellerden biridir (28). Bu engellerin ortadan kaldırılması ve iyileştirmelerin yapılması, hemşirelerin bu alandaki rol ve sorumluluklarını öne çıkaracak girişimlerin planlaması önemlidir.

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi, dijital sağlık okuryazarlığını “bireylerin dijital sağlık kaynaklarını kullanması ve bunlardan faydalanması için gereken yetenekler ve kaynaklar” olarak tanımlar (29).

Dijital sağlık okuryazarlığı yedi alandan oluşmaktadır.

- Bilgiyi işleme yeteneği,
- Kendi sağlığa katılım,
- Dijital hizmetlere aktif olarak katılma yeteneği,
- Kendini güvende ve kontrol altında hissetme,
- Dijital hizmetlerle bağlantı kurma motivasyonu,
- Çalışan sistemlere erişim,
- Bireysel ihtiyaçlara uygun dijital hizmetler.

Hem dijital katılım hem de dijital sağlık okuryazarlığı, dijital kaynaklara erişimi, kullanma becerilerini ve bunların uygunluğunu kapsar. Dijital sağlık okuryazarlığı aynı zamanda kendi sağlığıyla ilgilenme, kendini güvende ve kontrol altında hissetme, dijital kaynaklara bağlanma motivasyonu ve kullanıcının dijital sağlık teknolojilerini anlama, erişme ve kullanma yeteneğini etkileyen sistemik ve bireysel faktörler arasındaki etkileşim gibi özellikleri de içerir (29).

Hasta eğitimi ve sağlık okuryazarlığı, bir madalyonun ayrı yüzleri olarak birbirleriyle yakından ilişkili ancak farklı kavramlardır. Hasta eğitiminin hedefi, hastalara özerklik duygusu aşılayarak, onlara öz yönetim ve sağlıkla ilgili kararlar almaları için gerekli ham bilgileri sağlamaktır. Sağlık personelleri tarafından başarıyla bilgilendirilen hastalar, sağlık durumlarını daha iyi anlayabilir ve sağlık hizmeti personelleri ile iletişime geçebilir. Bu durum, hastaların gerekli önlemleri alabilmeleri için hangi bilgi ve hizmetlerin ihtiyaç ve tercihlerine uygun olduğuna karar vermelerini sağlar. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı güçlü hasta eğitiminin temel hedefidir (8). Hasta eğitiminde dijital sağlık teknolojilerine başvurmak ve bu teknolojilerden yararlanmak hasta eğitiminin etkinliğini artırır.

Sonuç

Özetle, hasta merkezli bakıma yönelik artan eğilim göz önüne alındığında, öz bakım ve öz yönetim için teknolojiye artan bağımlılık, daha fazla araştırma ve çaba gerektirmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, demografi ve sağlık koşulları gibi kişisel faktörlerin yanı sıra dijital sağlık hizmetlerinin kullanımındaki zorluklarla ilişkilidir. Çevrimiçi sağlık bilgilerine erişimin

önündeki engeller, içeriğin mevcudiyeti, okunabilirliği ve dijital sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği dahil olmak üzere dijital sağlık hizmetlerinden oluşabilir. Mobil uygulamalar, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre hazırlanmış etkileşimli sağlık hizmetleri sunma avantajına sahip olmuştur. Hemşirelere dijital sağlık alanında hizmet içi eğitimlerin verilmesi önemlidir.



Bilgilendirme

Yazarların katkı beyanı; Fikir: BNT; Denetleme: NA; Literatür tarama: BNT; Makale yazma: BNT; Eleştirel inceleme: BNT, NA şeklindedir. Araştırmaya herhangi bir fon desteği alınmamıştır. Derleme makalesinin oluşturulma sürecinde yayın etiği ilkelerine uyulmuş olup araştırmacılar arasında çalışmaya bağlı olarak bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Sharma S, Oli N, Thapa B. Electronic health-literacy skills among nursing students. *Adv Med Educ Pract.* 2019; 10:527-532. Doi: 10.2147/AMEP.S207353.
2. Knudsen MV, Petersen AK, Angel S, Hjortdal VE, Maindal HT, Laustsen S. Tele-rehabilitation and hospital-based cardiac rehabilitation are comparable in increasing patient activation and health literacy: A pilot study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(5):376-385. Doi: 10.1177/1474515119885325.
3. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan, J., Slonska, Z., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health,* 2012;12(1): 1-13.
4. Richtering SS, Hyun K, Neubeck L, Coorey G, Chalmers J, Usherwood T, et al. eHealth literacy: Predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. *JMIR Hum Factors.* 2017;4(1): e4. Doi: 10.2196/humanfactors.6217.
5. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(17):1880-1888. Doi: 10.1177/2047487317729538.
6. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006; 483.
7. Bükecik N, Adana F. Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal of Science,* 2021;8(1): 1-13.
8. Adapa K, Jain S, Kanwar R, Zaman T, Taneja T, Walker J, et al. Augmented reality in patient education and health literacy: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2020;10(9): e038416. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-038416.
9. Eysenbach G. What is e-health? *JMIR.* 2001;3(2), e20.
10. Chan CV, Kaufman DR. A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *JMIR.* 2011;13(4): e94.
11. Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2017;100(6):1073-1082. Doi: 10.1016/j.pec.2017.01.015
12. Faiola A, Papautsky EL, Isola M. Empowering the aging with mobile health: A mHealth framework for supporting sustainable healthy lifestyle behavior. *Curr Probl Cardiol.* 2019;44(8):232-266. Doi: 10.1016/j.cpcardiol.2018.06.003.
13. Ardahan M, Akdeniz C. Mobil sağlık ve hemşirelik. *STED.* 2018;27(6): 427-433
14. Efthymiou A, Middleton N, Charalambous A, Papastavrou E. The association of health literacy and electronic health literacy with self-efficacy, coping, and caregiving perceptions among carers of people with dementia: Research protocol for a descriptive correlational study. *JMIR Res Protoc.* 2017;6(11): e221. Doi: 10.2196/resprot.8080.
15. Erbir M. Hemşirelik mesleğinde dijital okuryazarlık: Kayseri ili örneği. *JEBPIR.* 2021;7(2): 336-352.
16. Çevik S, Özden G, Sarıtaş ŞÇ. E-Sağlık okuryazarlığı ile kalp yetersizliği özbakımında bakım veren katkısı arasındaki ilişki. *Jaren* 2020;6(3): 476-482.
17. Majidova K, Handfield J, Kafi K, Martin RD, Kubinski R. Role of Digital Health and Artificial Intelligence in Inflammatory Bowel Disease: A Scoping Review. *Genes,* 2021;12(10): 1465. Doi: 10.3390/genes12101465.
18. Cook DJ, Moradkhani A, Douglas KSV, Prinsen SK, Fischer EN, Schroeder DR. Patient education self-management during surgical recovery: combining mobile (iPad) and a content management system. *Telemed J E Health.* 2014;20(4):312-317. Doi: 10.1089/tmj.2013.0219.
19. Yin B, Goldsmith L, Gambardella R. Web-based education prior to knee arthroscopy enhances informed consent and patient knowledge recall: a prospective, randomized controlled study. *JBJS.* 2015;97(12):964-971.
20. Hauptelshofer A, Egerer V, Seeling S. Promoting health literacy: What potential does nursing informatics offer to support older adults in the use of technology? A scoping review. *Health Informatics J.* 2020;26(4):2707-2721. Doi: 10.1177/1460458220933417.
21. Gopal G, Suter-Crazzolara C, Toldo L, Eberhardt W. Digital transformation in healthcare - architectures of present and future information technologies. *Clin Chem Lab Med,* 2019;57(3):328-335. Doi:10.1515/cclm-2018-0658.
22. Peker SV, Van Giersbergen MY, Biçersoy G. Sağlık bilişimi ve Türkiye'de hastanelerin dijitalleşmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2018;3(3):228-267. Doi: 10.25279/sak.398078.
23. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi,* 2017;1(1):48-57.
24. Şimşek P, Karaismailoğlu D. Sağlık hizmetlerinde dijital teknolojilerin kullanımı ve hasta güvenliği. 2. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi; 22-24 Ekim 2020; İstanbul.
25. Kemp E, Trigg J, Beatty L, Christensen C, Dhillon HM, Maeder A, et al. Health literacy, digital health literacy and the implementation of digital health technologies in cancer care: the need for a strategic approach. *Health Promot J Austr.* 2021;32(1):104-114. Doi: 10.1002/hpja.387.
26. Cooley ME, Nayak MM, Abraham JL, Braun IM, Rabin MS, Brzozowski J, et al. Patient and caregiver perspectives on decision support for symptom and quality of life management during cancer treatment: Implications for eHealth. *Psychooncology.* 2017;26(8):1105-1112. Doi: 10.1002/pon.4442.
27. Klösch M, Sari-Kundt F, Reibnitz C, Osterbrink J. Patients' attitudes toward their health literacy and the use of digital apps in health and disease management. *Br J Nurs.* 2021;30(21): 1242-1249. Doi: 10.12968/bjon.2021.30.21.1242.
28. Shan R, Sarkar S, Martin SS. Digital health technology and mobile devices for the management of diabetes mellitus: state of the art. *Diabetologia,* 2019;62(6): 877-887. Doi: 10.1007/s00125-019-4864-7.
29. Norgaard O, Furstrand D, Klokke L, Karnoe A, Batterham R, Kayser L, et al. The e-health literacy framework: a conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Manage E-Learn.* 2015;7(4):522-540. Doi: 10.34105/j.kmel.2015.07.035.

Maternal Uyku Sorunlarının Obstetrik Sonuçlara Etkisi ve Bakım

 Fulya GÖKDEMİR¹,  Tülay YILMAZ²

¹Dr. Öğr. Üyesi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Artvin, Türkiye.

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

Öz

Uyku, temel bir insan gereksinimi olup sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için gereklidir. Kadınlar, horlama dışındaki uyku bozukluklarını, erkeklere kıyasla iki kat daha fazla yaşamaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde var olan uyku sorunları şiddetlenmekte veya yeni başlangıçlı uyku sorunları gelişmektedir. Maternal uykudaki bozulmalar, gebeliğin ilk trimesterinde başlamakta, ikinci trimesterde azalmakta ve son trimesterde en üst seviyeye ulaşmaktadır. Doğum eylemindeki pek çok kadın; hastanede bulunma, kontraksiyonlar, yapılan müdahaleler, kullanılan ilaçlar, emosyonel sorunlar nedeniyle uyuma güçlüğü yaşamaktadır. Postpartum ilk günlerde ise emzirme ve bebek bakımı gibi nedenlerle annenin uykusu sıkça bölünmektedir. Doğumdan üç-altı ay sonra maternal uyku sorunları azalmakta fakat uyku kalitesi gebelikten önceki haline dönmemektedir. Yaşanan uyku sorununun türü, süresi, sıklığı ve şiddeti ile ilişkili olarak farklı obstetrik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak hem maternal hem de fetal morbidite ve mortalite hızları artmaktadır. Maternal uyku sorunları, erken dönemde tanılanıp uygun şekilde yönetildiğinde ise bu sorunların, anne, fetus ve yenidoğan sağlığına olan olumsuz etkileri azaltılabilmektedir. Bu nedenle sağlık ekibi üyelerinin, özellikle de ebe ve hemşirelerin; maternal uyku sorunlarını ihmal etmemesi, erken dönemde tanınması, uygun şekilde yönetmesi ve kadınların başa çıkma mekanizmalarını arttırması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Anne Sağlığı, Bebek Sağlığı, Obstetrik Komplikasyonlar, Uyku Bozuklukları, Uyku Hijyeni.

Abstract

The Impact of Maternal Sleep Problems on Obstetric Outcomes and Care

Sleep is a basic human need and is essential for a healthy and quality life. Women experience sleep disorders other than snoring twice more often than men. During pregnancy, childbirth and postpartum periods, existing sleep problems become severer, and new-onset sleep problems develop. Disorders in maternal sleep begin in the first trimester, decrease in the second trimester, and reach the highest level in the last trimester. Many women giving birth have trouble in sleeping due to staying in hospital, contractions, interventions, drugs used, and emotional problems. In the first postpartum days, the mother's sleep is frequently interrupted for reasons such as breastfeeding and infant care. Three to six months after birth, maternal sleep problems decrease, but sleep quality returns to its pre-pregnancy state. Different obstetric complications develop in association with the type, duration, frequency, and severity of the sleep problem. Depending on this situation, both maternal and fetal morbidity and mortality rates increase. When maternal sleep problems are diagnosed and managed appropriately in the early period, the adverse impacts of these problems on maternal, fetal, and neonatal health can be decreased. Therefore, healthcare team members and especially midwives and nurses should not ignore maternal sleep problems. They should diagnose them in the early period, manage them appropriately and enhance the coping mechanisms of women.

Key Words: Maternal Health, Infant Health, Obstetric Complications, Sleep Disorders, Sleep Hygiene.

Geliş Tarihi / Received: 20.10.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.06.2022

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Artvin, Türkiye. E-posta: fulya08_tr@hotmail.com.

Cite This Article: Gökdemir F, Yılmaz T. Maternal Uyku Sorunlarının Obstetrik Sonuçlara Etkisi ve Bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 418-429.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Uyku; bireyin çevreyle olan iletişiminin, dış uyaranlara verdiği tepkilerin, yaşamsal faaliyetlerinin geçici olarak azalması ile karakterize olan fizyolojik bir dinlenme sürecidir (1). Birbirini takip eden aşamalardan oluştuğu, periyodik olarak tekrarladığı ve sağlık açısından kritik bir öneme sahip olduğu bilinmektedir (2,3). Yetişkinlerin (18-64 yaş), her gün toplam yedi-dokuz saat uyuması önerilir (3). Bu sürenin 20-60 dakikalık kısmı, gündüz uykusu şeklinde olabilir (4,5). Fakat bireysel uyku özellikleri; yaş, cinsiyet, sağlık durumu, kullanılan ilaçlar, yaşam tarzı, beslenme şekli, kilo, fiziksel aktivite durumu, çevre koşulları, emosyonel durum, gebelik, doğum, lohusalık ve menopoz gibi pek çok faktörden etkilenir (1,3,6,7). Uykunun zamanlaması, süresi, niteliği ve kalitesi değiştiğinde ise uyku bozuklukları ortaya çıkar (2,8,9).

Uyku bozuklukları, global sağlık problemleri arasındadır ve farklı kültürlerdeki kadınları benzer şekillerde etkiler (8-10). Türkiye'deki kadınların %20.2'si insomnia, %20.2'si uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (USB), %7.3'ü Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) ve %5.7'si hypersomnia/narkolepsi yaşar (8). Gebelikte, doğumda ve lohusalıkta, uyku bozukluklarının görülme sıklığı artar (6,8-11). Fakat maternal uyku sorunları, kadınlar ve sağlık ekibi üyeleri tarafından genellikle doğal olarak kabul edilir. Bu nedenle yeterince tanınıp, uygun şekilde tedavi edilmez ise bu duruma bağlı olarak hem maternal hem de fetal sağlık riskleri artar (7,9-13). Maternal uyku bozukluğunun türü, süresi, sıklığı ve şiddeti ile ilişkili olarak farklı obstetrik komplikasyonlar gelişebilir (10,14-19). Gebeler, en önemli uyku sorunlarını son trimesterde yaşar ve klinisyenler de genellikle bu döneme odaklanır. Fakat ilk trimesterde başlayan uyku sorunları, anneyi ve fetüsü daha fazla etkiler (11). Maternal uyku sorunlarının rutin olarak taranması, bu sorunların erken tanısı ve tedavisi için iyi bir fırsat oluşturur (12,20). Çünkü kötü uyku kalitesi, değiştirilebilir sağlık risk faktörlerinden biridir ve sağlık bakım müdahaleleri uyku sorunlarını azaltmada etkilidir (7,9,10,14). Dolayısıyla maternal uyku sorunları; erken dönemde tanınıp, uygun şekilde yönetilirse, gebenin, fetüsün, annenin ve yenidoğanın sağlığına olan olumsuz etkileri azaltılabilir (9,10,13). Bu nedenle sağlık ekibi üyelerinin; maternal uyku sorunlarını ihmal etmemesi, önlemesi, erken dönemde tanıyarak, uygun şekilde yönetmesi, kadınların uyku sorunları ile başa çıkma mekanizmalarını arttırması gerekir (7,13,21-24). Bu derlemede gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sık görülen uyku sorunları ele alınmıştır. Uyku sorunlarının anne, fetus ve yenidoğan sağlığına etkileri açıklanmış, bu sorunların azaltılmasına yönelik sağlık bakım müdahaleleri özetlenmiştir. Makale ile sağlık ekibi üyelerinin, annelerin ve toplumun bu konudaki farkındalığının arttırılması amaçlanmıştır.

Gelişme

Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerdeki Uyku Değişiklikleri

Fetal gelişimin sağlanması, maternal ve fetal fizyolojik fonksiyonların sağlıklı devamı için gebelerin her gün yedi-dokuz saat uyuması gerekir (8,11). Bu sürenin 90 dakikalık kısmı gündüz uykusu şeklinde olabilir (5). Fakat gebelik, dinamik bir süreçtir ve bu süreçte kadının uyku özelliklerini etkileyen pek çok anatomik, fizyolojik, hormonal, metabolik ve emosyonel değişiklik olur (6,10,11,25,26). Bu duruma bağlı olarak daha önceden var olan uyku sorunları şiddetlenir ve yeni başlangıçlı uyku sorunları gelişebilir (14,27). Objektif ve subjektif uyku ölçüm araçlarından elde edilen veriler, maternal uykunun ilk trimesterde bozulduğunu ve son trimesterdeki gebelerin uyku sorunları açısından daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir (10,11,20,26). Türkiye'deki araştırmalarda da son trimesterdeki gebelerin, diğer trimesterlere kıyasla 8.6 kat daha fazla uyku sorunu yaşadığı ve her dört gebeden üçünün bu sorunlarla başa çıkamadığı saptanmıştır (21,28). Literatürde ise maternal uyku sorunlarının, gebeliğin ilk dört ayında daha az olduğu fakat sekizinci ayda, doğuma beş gün kala ve intrapartum dönemde pik yaptığı bildirilmiştir (10,14,22). Gebeler, sağlıklı bir gebeliğin devamı için ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle uyku sorunları yaşarken intrapartum dönemdeki kadınlar hastanede yatma, kontraksiyonlar, kaygı, yorgunluk, tıbbi müdahaleler, kullanılan ilaçlar gibi nedenlerle uyuma güçlüğü yaşamaktadır (10,14,29). Postpartum ilk günlerde ise emzirme ve bebek bakımı nedeniyle sirkadiyen ritim bozuklukları artmaktadır (6,10,30). Kadının sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu, obstetrik özellikleri, gebelik trimesteri, doğum şekli, doğumda yapılan müdahaleler, bebeğin mizacı gibi etmenler, maternal uyku sorunlarının görülme sıklığını değiştirmektedir (6,10,14,22,29). Maternal uyku sorunları, doğumdan üç ay sonra azalmaktadır, fakat uyku kalitesi gebelik öncesi döneme dönmemektedir (11). Şiddetli vakalarda ise semptomlar, postpartum altıncı aya kadar devam ederek, depresyon riskini arttırmaktadır (22).

Tablo 1'de özetlenen maternal uyku değişikliklerinin ve alta yatan etmenlerin bilinmesi, uygun bakım stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı için önemlidir (7,9,10,14).

Maternal Uyku Sorunlarının Görülme Sıklığı

Gebelerin %47.5'i kötü uyku kalitesi/insomnia, %21'i HBS, %15'i Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA) yaşamaktadır ve çoklu uyku sorunu yaşama olasılıklarının da genel nüfusa kıyasla daha fazla olduğu bilinmektedir (15). Bir meta-analizde kadınların %29-76'sının uyku kalitesinin gebelik döneminde bozulduğu ve kötü uyku kalitesi prevalansının gebelerde %45.7 olduğu saptanmıştır (25). Sistematik bir derlemede ise gebelerin; ilk trimesterde %45, ikinci trimesterde %34 ve son trimesterde %45-76 oranında uyku bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (27). Türkiye'de yapılan araştırmalar kötü uyku kalitesi prevalansının gebelikte %31.5-72, birinci trimesterde %21.8-38.4, ikinci trimesterde %30.5-46.9 ve son trimesterde %34.2-73.2 olduğunu göstermiştir (13,28,33). Fakat maternal uyku bozukluklarının; gerçek insidansı bilinmemekte, örneklem özellikleri, kullanılan uyku ölçüm araçları, çalışma tasarımları, kadının içinde bulunduğu dönem, uyku sorununun türü gibi etmenler ile ilişkili olarak değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (11,34). İnsomnia en sık görülen uyku sorunu olup güncel bir meta-analizde gebelerin %38.2'sini etkilediği bildirilmiştir (20). Bir kohort araştırmasında ise insomnia'nın gebelik öncesinde %6.1, ilk trimesterde %44.2, ikinci trimesterde %46.3, son trimesterde %63.7 ve postpartum dönemde %33.2 sıklıkta görüldüğü saptanmıştır (35). Son trimesterdeki gebelerin, nulliparların, çalışan kadınların, sosyal desteği az olanların, istemsiz ya da plansız gebelik yaşayanların, 30 yaşından büyük olanların, obezlerin, kronik, metabolik ya da ruhsal bir hastalığı olanların, riskli bir gebelik geçirenlerin ve kalabalık ailede yaşayanların uyku sorunları açısından daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (10,15,22,28). Multiparların uyku kaliteleri ve süreleri, gebeliğin tüm trimesterlerinde primiparlara kıyasla daha iyidir, fakat diğer çocukları tarafından geceleri daha sık

uyandırılma ihtimalleri vardır (10,11). Bununla birlikte maternal uyku bozuklukları çoğu zaman subjektif uyku ölçüm araçları ile değerlendirilmiş, objektif uyku ölçüm araçları ise az sayıdaki çalışmada ve küçük örneklerde kullanılmıştır (11,36). Gebelere özgü geçerli ve güvenilir uyku ölçeklerinin olmaması ise önemli bir sorun olarak bildirilmiştir (10,20,36).

Tablo 1. Maternal Uyku Değişiklikleri ve Etiyolojisi

Mevcut Dönem	Maternal Uykudaki Değişiklikler	Etiyolojisi
Birinci Trimester (6,7,9,10,13).	<ul style="list-style-type: none"> • Yorgunluk ve hipersomnia artar. • Toplam uyku süresi artmıştır. Fakat derin uyku süresi ve uyku kalitesi azaldığı için gebeler kendilerini enerjik hissetmezler. • Gebeliğin 10. haftasına doğru şekerleme tarzındaki uykular ve uyku kalitesi artar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonal değişiklikler (progesteron artışı vb.) • Gebelik yakınmaları (yorgunluk, bulantı-kusma, sık idrara çıkma, mastodini, sırt ağrısı vb.) • Ruhsal dalgalanmalar vb.
İkinci Trimester (6,9-11,14).	<ul style="list-style-type: none"> • Gebeler, ortalama yedi-sekiz saat uyur ve kendilerini daha enerjik hissederler. • Uyku kalitesi başlangıçta iyidir. Fakat son trimestere doğru azalır. • Bu döneme ait objektif uyku verileri sınırlıdır. Fakat 20. gebelik haftasında NREM-4 evresinin ortadan kalktığı, REM evresinin azaldığı ve NREM-2 evresindeki uyku bölünmelerinin sıklaştığı bilinmektedir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormon seviyelerinin stabilleşmesi ve gebelik yakınmalarının azalması uyku kalitesini olumlu etkiler. • İkinci trimesterin sonuna doğru ortaya çıkan mide yanmaları, fetal hareketler, nazal konjesyon, horlama, sırt/boyun ağrıları, bacak krampları, Huzursuz Bacak Sendromu, Braxton-Hicks kasılmaları ve rüyalar ise uyku kalitesini azaltır.
Üçüncü Trimester (6,7,9,10,14).	<ul style="list-style-type: none"> • Uyku sorunları açısından en riskli dönemdir. • Rahat bir uyku pozisyonu bulma güçleşir. • Uykuya dalma süresi uzar ve uyku bölünmeleri artar. • Uyku kalitesi ve toplam uyku süresi azalır. • İnsomnia, huzursuz bacak sendromu, uykudaki solunum bozuklukları, sirkadiyen ritim bozuklukları ve çoklu uyku problemleri daha sık görülür. • Gebe kendini yorgun ve uykulu hisseder. • Gündüzleri uyuma ihtiyacı artar 	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomenin büyümesi • Uterusun diyafragma yapığı baskı • Fetal hareketler • Gebelik yakınmaları (sık idrara çıkma, yorgunluk, reflü, bel, sırt, bacak ve eklemlerdeki ağrılar vb.) • Emosyonel problemler (anksiyete, stres, doğum eylemi, fetus ve ebeveynlikle ilgili endişeler vb.) • Küçük çocukların varlığı • Sosyal destek azlığı ve çevresel etmenler.
Doğum Eylemi (10,14,29)	<ul style="list-style-type: none"> • Gebeliğin son beş gününde uyku sorunları artar ve doğum eylemiyle birlikte zirveye ulaşır. • Doğum eyleminde ve postpartum ilk 24 saatte gebenin uyku gereksinimi artar. Fakat uyku kalitesi kötüdür. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uterus kontraksiyonları • Uygulanan ilaçlar ve tıbbi müdahaleler • Emosyonel problemler (anksiyete, korku vb.) • Hastane ortamı ve diğer hastalar • Çevresel etmenler (gürültü, ışık vb.)
Postpartum Dönem (6,9-11,29-32)	<ul style="list-style-type: none"> • Üçüncü trimestere kıyasla kadının uyku kalitesi daha kötüdür ve geceleri daha sık uyanmaktadır. • Sirkadiyen ritim bozuklukları ve insomnia artmıştır. • HBS semptomları doğuma birkaç gün kala azalır ve postpartum birinci ayda düzelir. Fakat bu gebelerde kronik HBS gelişme riski dört kat artar. • Narkolepsili gebeler, bebek bakımı konusunda daha fazla endişe yaşar. Sosyal destek ihtiyaçları artar. • Uyku sorunları, doğumdan üç-altı ay sonra kısmen azalmasına rağmen gebelik öncesi döneme dönmez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonal, fiziksel ve ruhsal değişiklikler • Yenidoğanın emzirilmesi ve bakımı nedeniyle uyku düzeninde meydana gelen bozulmalara bağlı ortaya çıkan sirkadiyen ritim değişiklikleri • Ağrı ve insizyona bağlı sorunlar • Emosyonel problemler (annelik hüznü, postpartum depresyon, aile içi ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar vb.) • Küçük çocukların varlığı ve sosyal destek azlığı • Hastanede yatma ve diğer çevresel etmenler vb.

Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerde Sık Görülen Uyku Sorunları

Maternal uyku sorunları; gebelikte, doğuma yakın dönemlerde, doğum eyleminde ve postpartum dönemde sıkça görülmektedir (11,14). İnsomnia, USB, OUA ve HBS'nin gebelerde en sık karşılaşılan birincil uyku bozuklukları olduğu bilinmektedir (6,10,14,26) Postpartum dönemde sirkadiyen ritim bozuklukları ve insomnia artmakta, HBS ise azalmaktadır. Narkolepsi, hipersomnia, parasomnia, uykudaki hareket bozuklukları konusunda bilinenler sınırlıdır (6,9,10,14). Uyku bozukluklarının görülme sıklığı, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerdeki seyri ise değişkenlik göstermektedir (10,14,27).

İnsomnia

Uykuya dalmada güçlük, geceleri sık uyanma, sabahları çok erken saatlerde uyanıp tekrar uyuyamama ve gündüz uykululuğu ile karakterize olan uyku bozukluğudur (2,8,22). Semptomlar, haftada en az üç kez ortaya çıkmakta ve en az bir-üç ay sürmektedir (2,20). Bu gebeler, bir günde yedi saatten daha az uyudukları için günlük yaşamları olumsuz etkilenmekte ve komplikasyon gelişme riski artmaktadır (11). Güncel bir meta-analizde insomnianın, gebelerin %38.2'sini etkilediği, bu oranın ilk trimesterde

%25.3, ikinci trimesterde %27.2 ve son trimesterde %39.7 olduğu saptanmıştır (20). Son trimesterde olma, gebelikten önce uyku sorunu yaşama, 30 yaşından büyük olma, düşük eğitim seviyesi, nulliparite, istemsiz gebelik, kötü obstetrik öykü, gebeliğe eşlik eden sağlık sorunları, sosyal destek azlığı, obezite, sigara içme, kötü uyku hijyeni, hareketli bir fetuse veya küçük bir çocuğa sahip olma durumunda insomnia riski artmaktadır (7,10,14,35). Gebelik yakınmaları fetal hareketler, emosyonel kaygılar, doğum eylemi ve diğer uyku sorunları ise insomniayı tetiklemektedir (7,14). Maternal ve fetal sağlığa olan olumsuz etkileri nedeniyle insomnianın gebelikte rutin olarak taranması, erken dönemde tanılanarak, tedavi edilmesi önerilmektedir (20). Bu amaçla bireysel öykü, objektif (Polisomnografi, aktigrafı) ve subjektif uyku ölçüm araçları (Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Bergen Uykusuzluk İndeksi, Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği vb.) kullanılmaktadır (10,22). Gebelere özgü geçerli ve güvenilir ölçüklerin olmaması, insomnia tanısını güçleştirmektedir (10,20,36). Tedavi sürecinde; semptomların süresi, şiddeti, etiyojisi ve kadının yaşam koşulları dikkate alınmaktadır (2,10). Hafif ve orta düzeyde insomniada, uyku hijyen eğitimi ve bilişsel davranışsal terapiler önerilir. Şiddetli insomniada ise uyku uzmanına sevk edilmesi ve farmakolojik yaklaşımlar gerekir (10,22). Fakat uyku ilaçlarının, gebelerde ve emziren kadınlarda güvenli kullanımına ilişkin kanıtlar yetersizdir. Bu nedenle ilaç kullanımı, mutlaka hekim kontrolünde ve kısa süreli olmalı, fetuse ve yenidoğana zararı olmayan düşük dozlu ilaçlar tercih edilmelidir (9,10,22,24). İlk trimesterde ise ilaç kullanımından kaçınılmalıdır (14). Psikoterapi, farkındalık temelli yaklaşımlar, çevresel uyaranların azaltılması, alkol, sigara, kafeinin bırakılması, uykuyu kolaylaştırıcı besinlerin tüketilmesi, yoga, masaj, gevşeme ve nefes egzersizleri, akupunktur, biofeedback, hipnoz, lavanta yastıkları gibi nonfarmakolojik tekniklerinin kullanılması yararlıdır (1,2,10,22). Fakat bu yöntemlerin maternal ve fetal sağlığa olan etkileri tam olarak bilinmemekte, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (10).

Uykudaki Solunum Bozuklukları (USB)

Uyku sırasında ortaya çıkan solunum problemleridir (26). Gebelerin %10-32'sini etkilemekte, horlama, apne, hipopne, gündüz uyukluluğu gibi semptomlarla ortaya çıkmaktadır (36). Gebelerdeki USB'nin en önemli nedeni solunum sistemindeki anatomik, fizyolojik ve endokrin değişikliklerdir (37). Kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler, büyüyen uterusun diyafragma yaptığı baskı, artan kilo, gebelik riniti ise diğer predispozan faktörlerdir (10,26). Gebelik riniti %20-30 sıklıkla görülmekte, horlama ve gündüz uyukluluğuna neden olmaktadır (24,26). Haftada üç ve daha fazla sayıda horlayanlarda, obezlerde, ileri yaştaki gebelerde, çoğul gebelikte, multiparlarda, Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), kronik hipertansiyon ve artmış boyun çevresi olduğunda USB'nin görülme sıklığı artmaktadır (38). Horlama, gebelerin %14-45'ini etkilemekte, üçüncü trimesterde şiddetlenmektedir. Daha erken trimesterlerdeki horlamalar ise USB'nin yanısıra hipertansiyon, GDM, düşük doğum tartılı bebek gibi risklerle ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle horlamanın rutin olarak taranması ve tedavi edilmesi önerilmektedir (26).

Gebelikten önce risk grubunda olanlarda USB daha sık görülür. Ayrıca trimesterin ilerlemesiyle birlikte yeni başlangıçlı USB'ler ile ilişkili olarak hipopne ve apneler de gelişebilir (38). Hipopne, uyku sırasında solunum hacminin en az 10 saniye süreyle %50 oranında azalması ve oksijen saturasyonunun %3-4 oranında düşmesidir (2,26). Uyku apnesi ise en az 10 saniye süre ile uykuda solunumun durması ve bu olayın bir saatte en az beş kez tekrar etmesidir (14). Her beş gebeden biri, uyku apnesine benzer semptomlar yaşar (11). OUA, santral ve mikst tipteki apnelere kıyasla daha sık görülür ve gebelerin %10-20'sini etkiler (39). Bu oran ilk trimesterde %10.5, son trimesterde %26.7 ve yüksek riskli gebelerde %20-35'dir (26,39). Obezite, ileri yaş ve hipertansiyon en önemli risk faktörleridir. Sigara, alkol, kalp yetmezliği, tip II diyabet ve ailesel yatkınlık diğer etmenlerdir (1,40). Kadınların doğurganlığını ertelemesi ve obezitenin artmasıyla birlikte gelecekte daha fazla gebenin OUA yaşayacağı düşünülmektedir. Fakat gebelerin, USB açısından riskli bir grup olduğu genellikle göz ardı edilmektedir (37,38). Sağlık ekibi üyeleri, gebelerin sadece %3'ünü uyku apnesi açısından taramaktadır (14). Bu durum, maternal ve fetal komplikasyonlar ile bazı kronik hastalıkları (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon) arttırmaktadır (38,40). Erken tanı ve tedavi sağlandığında ise bu riskler azalmaktadır (26,39). Taramalar, tercihen gebelikten önce yapılmalı, gebelikte, intrapartum ve postpartum dönemlerde ise tekrarlanmalıdır (36,38). Yaş, ailesel öykü, kronik hipertansiyon, apne, horlama sıklığı, Beden Kitle İndeksi (BKİ), boyun çevresi ölçümü, uyanınca baş ağrısının olması ve gündüz uyukluluğu gibi ölçütler risk gruplarının belirlenmesinde önemlidir (26,38). Fakat bu amaçla standart kılavuzlar yoktur (39). Subjektif uyku ölçüm araçları (STOP-BANG Anketi, Epworth Uykululuk Ölçeği, Berlin Uyku Anketi) ve evde uyku ölçümü yapan cihazlar (Watch-PAT100 ve Watch-PAT200) özellikle 20. haftadan küçük gebeler ile yüksek riskli gebelerde ayırt edici değildir (14,26,38,39). Polisomnografi (PSG) ile elde edilen Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) ise tanıda oldukça önemlidir. Gebeler USB konusunda bilgilendirilmeli ve şüpheli durumlarda PSG yapılmalıdır. PSG'de bir saatte 5-15 olay varsa hafif, 15-30 olay varsa orta, ≥ 30 olay varsa şiddetli OUA olarak nitelendirilmektedir (14,26,38). USB açısından risk altında olanlarda; uyku hijyen eğitimi, obezitenin azaltılması, yaşam tarzı değişiklikleri (alkolden, sigaradan, sedatiflerden, hipnotiklerden kaçınma vb.) ve pozisyonel terapi önerilir (2,14). USB olup ilaç veya pozitif havayolu basıncı (CPAP) kullananların, gebelik planladıklarında uyku uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekir. Gebelerdeki USB ise erken dönemde tanılanarak uygun şekilde yönetilmeli ve yaşam boyu devam edebileceği bilinmelidir. Bu kadınlar hastalıkları konusunda bilgilendirilmeli, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde multidisipliner bir ekiple daha sık izlenmelidir (38). Yapılan tüm tedaviler, hekim kontrolünde ve kişiye özgü olmalıdır. CPAP, tedavide çok önemlidir fakat gebelerdeki uyku apnelerini ne düzeyde önlediği bilinmemekte, erişim ve uyum sorunlarının yaşanabileceği belirtilmektedir (37). USB olan kadınların, vajinal doğum olasılığı düşüktür ve acil sezeryan riski vardır (40). Sezeryan planlandığında anestezi seçimine dikkat edilmelidir. Postoperatif dönemde, yatak başı 45° yükseltilmeli, ortaya çıkabilecek olan komplikasyonlar yakından izlenmeli ve gerektiğinde ilaç desteği sağlanmalıdır (38).

Bacak Krampları ve Huzursuz Bacak Sendromu (Willis-Ekbom Hastalığı)

Bacak krampları, ayak veya bacakta görülen ağrılı kas kasılmalarıdır. Kramplar genellikle tek taraflıdır ve ayağın dorsofleksiyona getirilmesi ile çözülür (2,10). Sağlıklı yetişkinlerde %10-16 sıklıkta, gebelikte ise ilk trimesterde %21, ikinci trimesterde %57, son trimesterde %75 oranında görülür. Bu durum abdominal basınç artışı, progesterona bağlı venöz staz, kalsiyum, fosfor ve magnezyum metabolizmasındaki değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (10). Krampın tedavisi nedene yönelik olup ayağın hiperekstansiyona getirilmesi, masaj, fosfor içeren gıdaların azaltılması ve hekimin önerdiği ilaçların (B vitamini,

kasiyum kanal blokörleri, magnezyum vb.) kullanılması yararlıdır (2,10). HBS ise dinlenme veya oturma sonrasında ayaklarda ya da bacaklarda ortaya çıkan, germe ve yürüme ile azalan yineleyici nitelikteki rahatsız edici yakınmalardır (2,8,9,26). Her iki bacakta simetrik uyuşma, ağrı, karıncalanma, deride kaşıntı, ritmik sıçrama hissi gibi semptomlar, haftada en az üç kez ortaya çıkar ve en az üç ay sürer (2,8,9). Gebelikte, akşam saatlerinde, geceleri ve uyku öncesinde şiddetlenir. Hareket etme ihtiyacı oluşturduğu için uykuya dalma süreci gecikir (2,10,26). Kadınlarda iki kat daha sık görülür ve %25-50 oranında ailesel geçiş ile ilişkilendirilir (2,26). Gestasyonel HBS görülme sıklığı %10-38 olup her dört gebeden biri HBS'den yakınmaktadır (11,32). Bu oran, ilk trimesterde %4, ikinci trimesterde %25 ve son trimesterde %75'dir (14). Demir, folat, ferritin eksikliği, ailesel yatkınlık, önceki gebelikte HBS yaşama, obezite, ileri yaş, multiparite, OUA, varis, diyabet, tiroid, böbrek yetmezliği, ruhsal hastalık, sigara içme, antidepresan, antihistaminik, antiemetik, serotonerjik ilaç kullanma durumunda daha sık görülür (9,10,14,26,32). Semptomlar beş ya da altıncı aylarda başlar ve son trimesterde şiddetlenir. Doğuma birkaç gün kala azalır ve postpartum birinci ayda düzeldir (10). HBS, gebelerde rutin olarak taranmalı ve tedavi edilmelidir (9). Tanıda semptomların süresi ve tekrarlama sıklığı önemlidir. Ayrıca miyalji, venöz staz, ödem, artrit, bacak krampı, pozisyonel rahatsızlık gibi durumların dışlanması gerekir (8,9,32). Tedavide ise demir ve ferritin eksikliğinin giderilmesi önemlidir (14). Uyku hijyen eğitimi, bilişsel davranışsal terapi, farkındalık geliştirme, masaj, yoga, gevşeme egzersizleri vb. kullanılabilir. HBS'yi tetikleyen etmenlerden (kafein, alkol, tütün, hareketsizlik, ilaçlar vb.) kaçınılması gerekir (2,26,32). Şiddetli semptom varsa hekim kontrolünde farmakolojik tedaviler de uygulanabilir (24).

Hipersomnia, Hipersomnolans ve Narkolepsi

Hipersomnia, başka bir hastalık ya da farklı bir uyku bozukluğu olmamasına rağmen bir günlük toplam uyku süresinin dokuz saatten fazla olmasıdır (2,8,31). Hipersomnolans ise gece en az yedi saat uyumasına rağmen bireyin, ertesi gün kendini aşırı uykulu hissetmesidir. Her iki durumda da birey kendini yorgun hisseder, gündüzleri uyanık kalmakta güçlük çeker ve yineleyen uyku atakları yaşar. Bu belirtiler haftada en az üç kez ortaya çıkar ve en az üç ay sürer (2). En önemli nedeni kötü uyku hijyenidir ve özellikle ilk trimesterdeki gebelerde sık görülür (8,10). Tedavide uyku hijyen eğitimleri, uyku deprivasyonu ve farmakoterapi kullanılır. Tedavi sağlanmazsa fetüs olumsuz etkilenir, kişilerarası ilişkiler bozulur, psikiyatrik sorunlar artar ve yaşam kalitesi düşer (2,9). Narkolepsili kadınlarda ani gelişen, yineleyen, baskılanamayan özellikle gündüz saatlerinde ve uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan dinlendirici uyku atakları vardır (2,8,9). Hipersomniadaki uyku atakları ise dinlendirici değildir (8,9). Narkolepsi %2 oranında görülür, erkeklerde daha sıktır ve genetik yatkınlıkla ilişkili olarak 10-20 yaşlarında başlar (2). Narkolepsi uykudan uyanırken paralizi, uyanırken katapleksi, gündüz uykululuğu ve halüsinasyon gibi semptomlara neden olabilir (2,10). PSG ya da Çoklu Uyku Gecikme Testi (Multiple Sleep Latency Test-MSLT) yapılırsa, uyku latansının sekiz dakikadan daha kısa olduğu veya REM başlangıçlı uyku (Sleep-Onset REM, SOREM) olduğu görülebilir (2,8,9). Narkolepsi nadir görülen bir hastalıktır ve bu konuda bilinenler sınırlıdır. Fakat kadın daha önce narkolepsi tanısı almış ve gebelik planlıyorsa ilaçlarının, prekonsepsiyonel dönemde kesilmesi ya da düzenlenmesi gerekir (9,10). Bu kişiler yüksek proteinli hafif öğünler yemeli, ağır egzersizlerden, sıcaktan, stresten, alkolden, düzensiz uyumaktan, araç kullanmaktan, vardiya çalışmaktan ve dikkat gerektiren işlerden kaçınmalıdır (1,31). Gebelerdeki narkolepsi, prevalansı bilinmemektedir fakat semptomların gebelikte kötüleşmediği düşünülmektedir (26,33). Bununla birlikte kilo artışı, obezite, astım, hipokretin eksikliği (< 110 pg/ml), ilaç kullanımının kesilmesi, gece uykusundaki bölünmeler, rüyalar, gündüz uykululuğu, bebek bakımı, yorgunluk gibi nedenler narkolepsi semptomlarını tetikleyebilir (10,24,31). Bu nedenle semptomlu gebelerde ayrıntılı öykü alınmalı, fiziksel muayene bulguları incelenmeli, ailesel yatkınlık, diğer uyku sorunları, ilaç kullanımı değerlendirilmeli ve gerekli ise PSG veya MSLT yapılmalıdır (10,31). Narkolepsi tanısı kesinleşirse olası riskler açıklanmalı, uyku hijyeni sağlanmalı, stres, anksiyete, ev, aile ve iş sorumlulukları azaltılmalıdır. Planlı uyku saatleri oluşturulmalı, psikolojik ve sosyal destek arttırılmalıdır (10). Derin nefes alma, sakız çiğneme, vitamin takviyesi tedavide yararlıdır (1). Bu gebelerde doğum eylemi uzayabilir ve nadirde olsa katapleksi gelişebilir (10,24). Postpartum dönemde ise bebek bakımı konusunda daha fazla endişe ve problem yaşanabilir. Bu nedenle gerekli destek sağlanmalı, ilaç kullanımı söz konusu olduğunda hekim tarafından olası yarar ve zarar oranı gözetilmelidir (9,24,31).

Parasomnialar

Uykuya geçiş ya da uykudan uyanma sırasında ortaya çıkan rahatsız edici olaylardır (2,10). Enürezis, somnambulizm, bruksizm, konfüzyonel uyanma, uyku terörü, kabus bozuklukları, uyku ile ilişkili yeme bozuklukları vb. bu gruptadır (1,2,10). Bu bireyler, olay sırasında kendilerine sorulan sorulara uygun yanıtlar veremezler. Uyandıklarında ise tam ya da kısmi amnezi yaşadıkları için yaptıklarını hatırlayamazlar (2,8,10). Hormonal değişiklikler, genetik yatkınlık, parasomnia öyküsü, stres, sık uyanma, kullanılan ilaçların kesilmesi gibi nedenlerle bazı parasomnia türleri (uyurgezerlik, uyku terörü, kabuslar) son trimesterde şiddetlenebilir. Fakat, kabus sıklığı dışındaki semptomların gebelikte arttığını gösteren güçlü kanıtlar yoktur (6,10). Rüyalar, gebenin psikolojik durumunun önemli bir göstergesi olabileceği için yaşadığı endişelerinin azaltılması önemlidir (10,14). Konfüzyonel uyanma, uykuda yürüme ve amneziler postpartum dönemde artabilir (6). Şiddetli parasomnia semptomu olan gebeler ve lohusalar, kendilerini ya da bebeklerini yaralayabilir. Bu nedenle çevre güvenli hale getirilmeli, uyku hijyeni sağlanmalı, gevşeme egzersizleri, psikoterapi vb. ile stres ve kaygıları azaltılmalıdır (6,10).

Maternal Uyku Sorunlarının Obstetrik Sonuçlar Üzerine Etkileri

Uyku bozuklukları, majör mental sağlık problemleri arasındadır, artmış psikososyal stresörlerle ilişkilendirilmekte, yaşam kalitesini azaltmakta, maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (8-10,15). Gebeliğin birinci trimesterindeki uyku sorunlarının, kadını ve fetüsü olumsuz etkileme riski daha fazladır (11). Bu nedenle gebelik dönemindeki uyku sorunları ihmal edilmemeli, erken dönemde tanılanarak, tedavi edilmelidir (10,13,22,26). Fakat maternal uyku sorunları, sağlık ekibi üyeleri ve kadınlar tarafından genellikle doğal ya da zararsız olarak görülmekte, yeterince tanılanıp, tedavi edilmemektedir (7,11,13,22). Bu nedenle son trimesterde, doğumda, postpartum dönemlerde şiddetlenerek, obstetrik komplikasyonları ve depresyon riskini arttırmakta, bebek bakımını güçleştirmektedir (9,22,26,30).

Yaşanan uyku bozukluğunun türü, süresi, sıklığı, şiddeti, ortaya çıktığı dönem gibi etmenler, fetal ve maternal

komplikasyonları hatta doğumun zamanını ve şeklini değiştirmektedir (10,14,15,38). Gece beş saatten daha az uyuyanlarda, preeklampsi ve erken doğum riski artar (10,14). Erken gebelikten itibaren altı saatten az uyuyanlarda dokuz saat uyuyanlara kıyasla obezite, kardiyometabolik hastalık ve gestasyonel hipertansiyon riski daha fazladır (10,11). Sekiz saatten daha az uyuyanlarda ise gestasyonel kilo alımı azalır ve intrauterin büyüme geriliği gelişir (10). Uyku kalitesi kötü olan gebelerde, doğumun üçüncü evresi uzar ve algılanan ağrı artar (14,22). Bir meta-analizde uyku sorunu olan gebelerde preeklampsi riskinin 2.81 kat, gestasyonel hipertansiyonun 1.74 kat, GDM'nin 1.60 kat, sezaryenin 1.50 kat, prematüritenin 1.41 kat, makrozomik yenidoğan riskinin 1.40, ölü doğumun 1.25 kat arttığı, morbidite riskinin 30 yaşından büyüklerde ve gebelik öncesinde obez olanlarda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bildirilmiştir. Yetersiz uyuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini arttırmaktadır. Fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir (15). Farklı bir meta-analiz horlama, obstrüktif uyku apnesi, aşırı uyku süresi ve kötü uyku kalitesinin maternal depresyon riskini 3.98 kat, preeklampsi riskini 2.77 kat, sezaryen riskini 1.99 kat, GDM riskini 1.96 kat ve prematüre doğum riskini 1.95 kat arttırdığını göstermiştir (19). USB olan gebelerin incelendiği bir meta-analizde ise bu kadınların genellikle ileri yaşta (1.66 kat) ve obez oldukları (3,31 kat), vajinal doğum yapma olasılıklarının düşük olduğu (0.61 kat), yardımcı vajinal doğum (1.88 kat), erken doğum (1.86 kat), acil (2.52 kat) ve elektif (1.38 kat) sezaryen risklerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu kadınların bebeklerinde ise prematürite (1.86 kat), düşük doğum tartısı (1.67 kat), düşük Apgar skoru (2.14 kat), yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı (1.90 kat), ölü doğum ya da perinatal ölüm riskinin (2.02 kat) daha fazla olduğu saptanmıştır (40). Başka bir çalışmada ise horlama, USB ve kötü uyku kalitesinin son trimesterde daha yaygın olduğu, uyku bozukluğu yaşayanlarda acil sezaryen riskinin iki-üç kat arttığı bildirilmiştir (41). Bir meta-analizde OUA olan gebelerde pulmoner ödemin 6.35 kat, preeklampsinin 2.35 kat, gestasyonel hipertansiyonun 1.97 kat, prematüre doğumun 1.62 kat, gestasyonel diyabetin 1.55 kat, sezaryen riskinin 1.42 kat, postoperatif yara komplikasyonlarının 1.87 kat ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranının 1.28 kat arttığı saptanmıştır (17). Gündüz uykusu ile ilgili çalışmalar yetersiz olmakla birlikte toplam uyku süresi altı-yedi saatten daha az olanlarda sezaryen ve uzamış doğum riskinin arttığı bildirilmiştir (10). Son trimesterde yedi saatten az uyuyan primiparlarda ise acil sezaryen riski beş kat artmaktadır (22). Gebelik döneminde sağlıklı uyku desteklendiğinde ise acil sezaryen riskinin azaltılabileceği saptanmış ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (41). Ayrıca maternal uyku pozisyonu ve fetal ölüm riski arasında bazı ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Bir vaka-kontrol çalışması; ölü doğum riskinin geceleri ≤ 1 kez idrara çıkanlarda 2.81 kat, supine pozisyonda uyuyanlarda 2.31 kat, gündüz uyuyanlarda 2.22 kat, toplam uyku süresi 5.5 saatten az olanlarda 1.83 kat arttığını göstermiştir (42). Bir meta-analizde ise sol ya da sağ lateral pozisyonda uyumanın eşit derecede güvenli olduğu saptanmış, supine pozisyonunda yatmanın fetal ağırlığı etkilemediği fakat ölü doğum riskini 2.63 kat arttırdığı bildirilmiştir. Ölü doğumların azaltılması için gebeliğin 28. haftasından itibaren supine pozisyonunda yatmaktan kaçınılması önerilmiştir (43). Farklı uyku bozukluklarının, maternal ve fetal sağlığa olan zararlı etkileri ise Tablo 2'de özetlenmiştir.

Maternal Uyku Sorunlarının Azaltılmasında Kullanılan Yöntemler, Hemşire ve Ebelerin Roller

Sağlık ekibi üyelerinin, özellikle de ebelerin ve hemşirelerin; gebelik, doğum, doğum sonu süreçlere uyumu sağlamada, maternal ve fetal sağlığı geliştirmede, gereksinim duyulan danışmanlık ve eğitimleri vermede, yaşanan sorunları erken dönemde tanıyarak, çözüme kavuşturmada, obstetrik komplikasyonları önlemede ve yaşam kalitesini arttırmada önemli rolleri vardır (7,13,28,33). Ebeler ve hemşireler tarafından verilen antenatal bakım, prenatal distresi azaltmada ve uyku sorunları ile başa çıkmayı arttırmada etkilidir (7,13). Bu nedenle ebeler ve hemşireler; uykunun doğasını, maternal uykuyu etkileyen faktörleri, sık görülen uyku sorunlarını ve altta yatan etmenleri bilmelidir. Uyku örüntüsünü değerlendirebilmeli, uyku sorunlarını erken dönemde tanıyarak, uygun şekilde yönetmeli ve kadının başa çıkma mekanizmalarını arttırabilmelidir (7,12,21).

Tablo 2. Uyku Sorunlarının Maternal, Fetal ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri

Uyku Sorununun Türü	Maternal Sağlığa Etkisi	Fetüs ve Yenidoğana Etkisi
Kötü Uyku Kalitesi/İnsomnia (6,9-11,15,16,26-28)	<ul style="list-style-type: none"> Yaşam kalitesinde azalma, gündüz uykululuğu, yorgunluk, immün sistemde yetersizlik, konsantrasyon güçlüğü yapar. Gebelikte ve postpartum dönemde depresyon, GDM, hipertansiyon, preeklampsi, erken doğum riski artar. Doğum süreci ile başa çıkma güçlüğü, müdahaleli doğum ve sezaryen riskini artırır. 	<ul style="list-style-type: none"> İntrauterin gelişme geriliği, prematürite, düşük doğum tartısı, fetal distress, düşük Apgar skoru ve ölü doğum riski artar. Anne ve bebek bağlanması olumsuz yönde etkilenir.
Uykudaki Solunum Bozuklukları (6,9,10,17,26,37,40).	<ul style="list-style-type: none"> Gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklampsi, pulmoner ödem, kardiyomyopati, konjestif kalp yetmezliği, erken doğum riski artar. Elektif ve acil sezaryen, postpartum dispne, insizyon komplikasyonları, histerektomi ve maternal ölüm artar. 	<ul style="list-style-type: none"> Prematürite, düşük doğum tartılı bebek, doğum kilosunun gebelik yaşına göre az olması ve ölü doğum riski artar. Düşük Apgar skoru, perinatal ölüm, yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacında artma gibi problemler görülür.
Huzursuz Sendromu (14,18,32).	Bacak <ul style="list-style-type: none"> Kardiyovasküler hastalık, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, perinatal depresyon ve sezaryen riski artar. Postpartum kanama ve GDM riski ise değişmez. Doğumdan bir ay sonra HBS semptomları azalır. Fakat kronik HBS gelişme riski dört kat fazladır. 	<ul style="list-style-type: none"> Düşük doğum tartılı bebek ve prematüre doğum riski artar. Fetal distress ve düşük Apgar Skoru riski ise değişmez.
Narkolepsi, Hipersomnia ve Hipersomnolans (9,10,24).	<ul style="list-style-type: none"> Obezite, perinatal endişe, bozulmuş glikoz toleransı olur. Doğum eyleminde uzama, sezaryen ve katapleksi riski artar. Postpartum evrede bebek bakımında güçlük yaşanır. 	<ul style="list-style-type: none"> Gebelikte kullanılan ilaçlar nedeniyle bebekte farklı sorunlar görülebilir. Postpartum dönemde yetersiz bakım alma riski vardır. Narkolepsiye yakalanma riski daha fazladır.
Parasomnia ve Diğer Bozuklukları (6,10,14)	Uyku <ul style="list-style-type: none"> Parasomniada kendini yaralama riski vardır. Sirkadiyen ritim bozukluğu ve hipersomnia sorunu olanlarda uyku kalitesi bozulur ve insomnia semptomları artar. Madde kullanımına bağlı uyku sorunu olan gebelerde madde ile ilişkili problemler görülebilir. 	<ul style="list-style-type: none"> Prematüre doğum riski artar. Fetüsün/yenidoğanın zarar görme, yeterli bakım alamama ve yaralanma riski daha fazladır. Kullanılan madde ya da ilaçlara bağlı olarak fetüste ve yenidoğanda sorunlar görülebilir.

Maternal uyku sorunlarının değerlendirilmesi, nedenlerinin belirlenmesi ve bu sorunların çözümüne yönelik bakımın planlanması ebe ve hemşirelerin öncelikli hedefleri arasında olmalıdır (7). Bu kapsamda antenatal takipler düzenli olarak yapılmalı ve bu takiplerde maternal uykunun önemi, uykudaki değişimlerin nedenleri, uyku bozukluklarının belirtileri, anne, fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri, gebeliğe uyum, stresle başa çıkma gibi konulara yer verilmelidir (7,10,13). Ebelik ve hemşirelik müfredatlarında maternal uyku konusundaki güncel yaklaşımlara yer verilmesi, sertifika programları ve hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi de önemlidir (7). Tedavi ve bakım süreçlerinde ise mevcut semptomların özellikleri, kadının yaşam tarzı, uyku alışkanlıkları, içinde bulunduğu dönem, bireysel tercihleri, ev ortamının özellikleri ve başa çıkmada etkili olan yöntemler dikkate alınmalıdır (1,4,5,9,12). Uyku ve dinlenmeye yönelik müdahalelerin temel amacı, uyku kalitesinin ve sağlık düzeyinin optimize edilmesidir. Uygulanacak tedaviler ise uyku sorununun türüne, süresine, şiddetine, sıklığına ve ortaya çıktığı döneme göre değişmektedir (5,9,24,25). Farmakoterapi, uyku bozukluklarını azaltmada oldukça etkilidir. Fakat fetüse ve yenidoğana zarar verme riski vardır (9,10,24). Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemler kadınlar ve hekimler tarafından daha sık tercih edilmektedir (22,24). Düzenli uyuma-uyanma döngüleri oluşturma, uyku hijyen eğitimi, bilişsel davranışsal terapi, uyan kontrol tedavisi, bilinçli farkındalık, akşamları sıvı, kafein vb. alımının kısıtlanması, gevşeme teknikleri, egzersiz, yoga, meditasyon, akupunktur, vardiyalı çalışmaktan ve parlak ışığa maruz kalmaktan kaçınılması gibi yöntemler bu amaçla kullanılabilir (6-10,22-24). Fakat bu yöntemlerin gebeler ve lohusalardaki etkileri konusunda bilinenler sınırlıdır (23,44). Bununla birlikte rahat bir yatak, düzenli uyku-uyanma rutinleri, karanlık, sessiz ve iyi havalandırılmış bir oda, kafein ve sıvıların akşamları kısıtlanması, rahatlamaya yönelik faaliyetlerin yapılmasının uykuyu teşvik ettiği bildirilmiştir (1,4,7,9). Sistematik bir derlemede ise bilişsel davranışsal terapi, farkındalık geliştirme, yoga, relaksasyon, Tai Chi egzersizi, müzik, ayak banyosu, lavanta kremi, uyku hijyeni, akupunktur, farmakoterapi, marul tohumu kapsülü (*Lactuca Sativa L. Seeds*) gibi yöntemlerin gebelerde yararlı olduğu fakat çalışma sonuçlarının kıyaslanamadığı ve randomize kontrollü araştırma sayısının yetersiz olduğu saptanmıştır (23). Başka bir çalışma, bazı nonfarmakolojik girişimlerin (müzik, aerobik, masaj, progresif gevşeme, abdomeni destekleyen kemerler, çoklu müdahaleler vb.) gebelerin uyku kalitesini %78-80 oranında iyileştirdiği fakat tüm gebeleri etkili bir şekilde tedavi edemediği tespit edilmiştir. Ayrıca kulak akupresürü, bilişsel terapi, Tai Chi ve aromaterapi gibi yöntemlerin daha fazla araştırılması gerektiği bildirilmiştir (44). Türkiye'deki bir çalışmada, kompakt disk (CD) eşliğinde dört hafta süre ile yapılan gevşeme egzersizinin 28-34 hafta arasındaki primigravidaaların subjektif uyku kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır (45). Postpartum dönemdeki uyku kalitesini iyileştirmede ise aromaterapi (lavanta, portakal kabuğu yağı vb.), papatya çayı, sırt masajı,

ayak refleksolojisi, bilişsel davranışsal terapi, farkındalık temelli yaklaşımlar, yenidoğanın uykusunu düzenleme ve gündüzleri kısa süreli uyuma gibi yöntemler önerilmiştir (22,46). Bir meta-analizde masaj ve egzersizin, postpartum dönemdeki kadınların uyku kalitesini iyileştiren en önemli nonfarmakolojik yöntemler olduğu bildirilmiştir. Masajın bu konuda eğitilmiş kişiler tarafından yapılması ve egzersizin de yatmadan beş-sekiz saat önce orta düzeydeki aerobik, koşu, dans, pilates vb. şeklinde olması tavsiye edilmiştir (30). Şiddetli vakalarda ise yenidoğana zararı olmayan kısa süreli ilaç tedavileri önerilmiştir (22,24).

Gebeler, intrapartum ve postpartum dönemdeki kadınlar için yapılabilecek uyku önerileri Tablo 3'te özetlenmiştir. Uyku hijyen önerileri ise aşağıda maddeler halinde verilmiştir (1,5,7,8,9,22).

- Her gün aynı saatte yatağa yatılmalı ve sabahları erken kalkılmalıdır. Gündüz saatlerinde fazla uyunmamalı ve bir günlük toplam uyku süresi 7-9 saat olmalıdır.

- Akşam saatlerinde uyumayı kolaylaştıran besinler tüketilmeli, yatmadan iki-üç saat önce yiyecek alımı kesilmeli, açlık hissedilirse hafif atıştırma tüketilmelidir.

- Yatmadan önce kafeinsiz sıcak ya da ılık içecekler içilmeli, kafeinli gıdaların alımı 16:00'dan sonra (en geç yatmadan dört-altı saat önce) kısıtlanmalıdır.

- Haftada dört-beş kez en az 20-30 dakika süren bir egzersiz yapılmalı fakat uykudan üç saat önce ağır egzersizlerden kaçınılmalıdır.

- Rahat bir uyku yatağı tercih edilmeli, kanepeler, koltuk gibi yerlerde uyunmamalıdır.

- Uyku, gelmeden yatağa yatılmamalıdır. Uyuncak ortamın ısısı 24 °C civarında olmalı, karanlık, sessiz, temiz, iyi havalandırılmış bir oda tercih edilmelidir.

- Yatmadan bir saat önce uyaranlar azaltılmalı, zihinsel aktiviteyi teşvik eden faaliyetlerden (konuşma, aksiyon filmi izleme vb.) kaçınılmalıdır.

- Yatak odası, sadece uyku ve cinsel yaşam için kullanılmalıdır.

- Uyumadan önce bedensel ve zihinsel rahatlamaya yönelik aktiviteler yapılmalıdır.

- Yatak odasına, yiyecek, evcil hayvan ve teknolojik cihazlar (televizyon, bilgisayar, telefon vb.) alınmamalıdır. Yatak içerisinde saate bakmaktan kaçınılmalıdır.

- Teknolojik cihazların kullanımına yatağa yatmadan 30-60 dakika önce son verilmelidir.

- Alkol, sigara, nargile vb. bırakılmalıdır. Yatmadan en az iki saat öncesinde sigara içilmemelidir.

- Bireysel tercihe bağlı olarak rahat bir gecelik, göz bandı, kulak tıkacı, dinlendirici bir müzik (beyaz gürültü, rüzgar, dalga sesi gibi), gece lambası vb. kullanılmalıdır.

- Gece lambası banyo ya da lavabo yolunu aydınlatacak şekilde yerleştirilmelidir.

- Uyku sorunu yaşandığı zaman hemen uyku ilacı alınmamalıdır.

- Uykuya katkısı olduğu düşünülüyorsa çeyrek saat kuralı uygulanmalıdır. Bu kapsamda ilk 15-20 dakikada uykuya dalmamıyorsa yataktan kalkılmalı, loş bir ortamda rahatlatıcı faaliyetler yapılmalıdır.

Tablo 3. Gebeler, İntrapartum ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesini Arttırıcı Öneriler

Gebeler İçin Uyku Önerileri (4,5,9,10,22).	İnapartum ve Postpartum Dönemki Kadınlar İçin Uyku Önerileri (10,22,24,29,30,38).
<ul style="list-style-type: none"> • Uyku hijyen davranışları öğretilmelidir. • Gebeler, olası uyku değişiklikleri konusunda bilgilendirilmeli, uyku bozukluklarını arttıran etmenler belirlenerek, çözümlenmelidir. • Uyumadan önce gevşeme ve rahatlamaya yönelik aktiviteler (duş alma, kitap okuma, müzik dinleme, egzersiz, yoga, sırt masajı vb.) yapmaları tavsiye edilmelidir. • Yatak odasının çevresel konforu artırılmalı, evdeki yastıklar veya gebelere özgü uyku yastıkları ile baş, bel, sırt, kollar, abdomen ve bacakların alt kısmı desteklenmelidir. • Vena kava inferioru sıkıştırdığı, supin hipotansif sendromu, düşük ve ölü doğum riskini arttırdığı için supine ve prone pozisyonunda yatmaktan kaçınılmalıdır. • Uyurken baş kımını yükseltmeli, sol lateral veya sims pozisyonunu tercih etmelidir. • Rüyalar hakkında bilgi verilmeli, stres, kaygı vb. azaltılmalıdır. • Gebelik yakınmaları, vücuttaki ağrılar ve anemi azaltılmalıdır. • Gebelik rinitini ve burun tıkanıklığını önleyici tedbirler (ortamın nemlendirilmesi, burun bantların kullanılması vb.) alınmalıdır. • Mide bulantıları ve açlığın yönetilmesi için yatağın yakınına kraker vb. konulmalı, uyku öncesinde ılık süt, bitki çayı veya hafif proteinli atıştırmalıklar tüketilmelidir. • Fazla kilo alınmamalı, ağır, yağlı, acılı gıdalar tüketilmemelidir. • Reflü ve sık uyanmayı tetiklediği için yatmadan iki-üç saat önce yemek yenilmemelidir. • Mide yanması ve reflü yakınmalarını tetikleyen gıdalardan (turunçgiller, kafein, baharatlı gıdalar vb.) kaçınılmalıdır. • Az az ve sık sık yemek yenilmelidir • Antiasitler, erken doğum riski olmayan gebelerde hekim önerisi ile kullanılmalıdır. • Kullanılan ilaçların, uykuyu ve fetüsü etkileme durumu değerlendirilmelidir. • Vücudun sıvı ihtiyacı gün içerisinde karşılanmalı, akşam saatlerinde sıvı alımı kısıtlanmalı ve uyku öncesinde mesane boşaltılmalıdır. • Venöz staz ve tromboemboli riskini arttırdığı için uzun süre hareketsizlikten ve dizleri bükerek oturmaktan kaçınılmalıdır. • Gündüz saatlerinde ayakların alt kısmını yükselterek dinlenmeli ya da 90 dakikayı aşmayacak şekilde uyumalıdır. • Yatağa yatıldıktan sonra pozitif düşüncelere odaklanılmalı, üzücü ve endişe verici olaylar yatak odası dışında bırakılmalıdır. • Uyku sorunları erken dönemde tanınmalı, uygun şekilde tedavi edilmeli, gebe sık izlenmeli ve sosyal desteği artırılmalıdır. • Tanı, tedavi ve bakımda süreklilik sağlanmalıdır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uyku hijyen davranışları öğretilmelidir. • Uyku örüntüleri ve uyku sorunları düzenli olarak değerlendirilmelidir. • Uyku bozukluklarının doğumun şeklini, zamanını değiştirebileceği, kadınların doğum şekilleri ile ilişkili olarak intrapartum ve postpartum dönemlerde farklı uyku sorunları yaşayabileceği bilinmeli, semptomların azaltılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. • Doğum eylemini olumsuz etkileme riski olan uyku bozuklukları (OUA, narkolepsi vb.) erken dönemde tespit edilerek, gerekli önlemler alınmalıdır. • İntrapartum ve postpartum dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunlarını hazırlayıcı, başlatıcı, sürdürücü etmenler belirlenerek azaltılmalıdır. • Hastane ve ev ortamı, uyku için uygun hale getirilmelidir. • Rahat bir uyku deneyimi yaşayabilmesi için bireysel ve çevresel konforu artırılmalıdır. • Doğum eyleminde ve postpartum ilk üç aylık dönemde insomnia problemlerin arttığı bilinmeli, risk altındaki kadınlar yakından izlenmelidir. • Lohusalar hormonal değişimler, annelik hüznü, postpartum depresyon gibi konularda bilgilendirilmeli ve kaygıları azaltılmalıdır. • Uyku bozuklukları ile ilişkili komplikasyonlar erken dönemde tanınmalı ve uygun şekilde yönetilmelidir. • Uyku sağlayıcı nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler hakkında kadına bilgi verilmelidir. • Anneler; emzirme, bebek bakımı, güvenli uyku önlemleri gibi konularda bilgilendirilmeli, annelik rolüne uyumları artırılmalıdır. • Yenidoğanın, emzirme ve uyku döngüsünün düzenlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. • Anne, gece ve gündüz saatlerinde bebekten fırsat bulduğu sürece uyumaya teşvik edilmeli, bu mümkün olmadığında ise dinlenmesi sağlanmalıdır. • Sosyal destek ve başa çıkma mekanizmaları artırılmalıdır. • Gebelik döneminde OUA, narkolepsi, parasomnia HBS, gibi uyku sorunları olanlarda bu durumların kötüleşme ve kronikleşme olasılığı değerlendirilerek, azaltılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. • Tanı, tedavi ve bakımda süreklilik sağlanmalıdır.

Sonuç

Kadınların uyku örüntüsü gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerdeki değişiklikler nedeniyle bozulur. İlk trimesterde, uyku kalitesi azalır ve hipersomnia eğilimi artar. İkinci trimesterdeki gebeler daha iyi uyur. Son trimesterde ise uyku sorunları şiddetlenir. Gebelerde en sık görülen uyku sorunları; insomnia, horlama, huzursuz bacak sendromu ve obstrüktif uyku apnesidir. Narkolepsi ve parasomnia hakkında bilinenler ise sınırlıdır. İntrapartum ve postpartum dönemdeki kadınlar da uyku sorunlarından etkilenir. Maternal uyku sorunları, doğumdan üç-altı ay sonra azalır fakat kadının uyku kalitesi gebelikten önceki döneme dönmez. Uyku sorunları, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ile kontrol altına alınabilir. Fakat kadının maternal uyku sorunlarını genellikle doğal olarak kabul eder ve tıbbi yardım almaz. Bu durum maternal ve fetal sağlık risklerinin artmasına, çeşitli obstetrik komplikasyonların gelişmesine neden olur. Sağlık ekibi üyeleri, özellikle ebe ve hemşireler yapacakları taramamalar ile maternal uyku sorunlarının erken dönemde tanınmasını ve tedavisini sağlayabilir. Uyku sorunları ile başa çıkma mekanizmalarının artırılmasına, daha kaliteli bir uyku deneyimlenmesine, uyku sorunlarının azaltılmasına ve maternal uyku sorunları nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunabilir.

Bilgilendirme

Bu derlemenin yapılandırılmasında, TY'nin danışmanlığında yürütülen ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı tarafından 2021 yılında kabul edilen ilk yazarın "Gebelikte Yaşanan Uyku Sorunlarını ve Uyku Sorunları ile Başa Çıkma Yöntemlerini Belirleme Ölçeklerinin Geliştirilmesi" başlıklı Doktora Tezinden yararlanılmıştır. Derleme hazırlanırken araştırma ve yayın etiği kurallarına uyulmuştur. Makalenin fikir, tasarım, denetleme ve eleştirel incelemesine TY katkı sağlamıştır. Literatür taraması, fikir ve tasarımı ise FG tarafından yapılmıştır. Bu derleme herhangi bir kongrede tam metin veya bildiri olarak sunulmamış, hiçbir dergide yayınlanmamış, yayınlanmak üzere kabul edilmemiş ve değerlendirme altına alınmamıştır. Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Stockert PA. Sleep. In Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentals of nursing. 9th edition. USA Elsevier Mosby Inc; 2017:2157-2207.
2. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: sınıflama ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Derg 2018; 27(2):241-260.
3. Chaput JP, Dutil C, Sampasa-Kanyinga H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? Nat Sci Sleep 2018;10:421-430.
4. Carpenito-Moyet LJ. Handbook of nursing diagnosis. 15th edition. New York Wolters Kluwer Lippincott Company; 2017:574-684.
5. Medows G. The Sleep Book: How to sleep well every night. Çeviren Tekneci K. Uyku kitabı: her gece iyi uyumanın sırları. İstanbul Epsilon Yayınevi; 2018.
6. Pusalavidyasagar S, Abbasi A, Cervenka T, Irfan M. Sleep in women across the stages of life. Clinical Pulmonary Medicine 2018;25(3):89-99.
7. Kaçar N, Özcan H. (2021). Gebelikte uyku problemleri ile baş etme ve ebelik rolü. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg 2021;18(2):847-853.
8. Arabacı LB, Taş G. Uyku-uyanıklık bozuklukları ve hemşirelik bakımı. İçinde Arabacı LB. Ruh sağlığı ve hastalıklarında temel hemşirelik bakımı. 1. Basım. Ankara Nobel Tıp Kitapevi; 2020:355-372.
9. Demet MM. Gebelikte ve doğum sonrası dönemde uyku bozuklukları. İçinde Aydın N, Akdeniz F, Aydın PÇ. gebelikte ve doğum sonrası dönemde ruhsal bozuklukların sağaltım kılavuzu. 1. Basım. Ankara Türkiye Psikiyatri Derneği; 2021:123-149.
10. Balsarak BI, Lee KA. Sleep and sleep disorders associated with pregnancy. In Kryger M, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 6th. edition. Chicago Elsevier; 2017:1525-1539.e5.
11. Sweet L, Arjyal S, Kuller JA, Dotters-Katz S. A Review of sleep architecture and sleep changes during pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2020;75(4):253-262.
12. Felder JN, Hartman AR, Epel ES, Prather AA. Pregnant patient perceptions of provider detection and treatment of insomnia. Behav Sleep Med 2020a;18(6):787-796.
13. Köybaşı EŞ, Oskay ÜY. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. Gülhane Tıp Derg 2017;59:1-5.
14. Gupta R, Rawat VS. Sleep and sleep disorders in pregnancy. In Steegers EAP, Cipolla MJ, Miller EC. In Handbook of Clinical Neurology Neurology and Pregnancy: Neuro-Obstetric Disorders. USA Elsevier 2020;172(3):169-186.
15. Lu Q, Zhang X, Wang Y, Li J, Xu Y, Song X, et al. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2021;58:1-14.
16. Li L, Zhao K, Hua J, Li S. Association between sleep-disordered breathing during pregnancy and maternal and fetal outcomes: an updated systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2018;9(91):1-9.
17. Liu L, Su G, Wang S, Zhu B. The prevalence of obstructive sleep apnea and its association with pregnancy-related health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Sleep and Breathing 2019;23(2):399-412.
18. Steinweg K, Nippita T, Cistulli PA, Bin YS. Maternal and neonatal outcomes associated with restless legs syndrome in pregnancy: a systematic review. Sleep Medicine Reviews 2020;54:1-19.
19. Yang Z, Zhu Z, Wang C, Zhang F, Zeng H. Association between adverse perinatal outcomes and sleep disturbances during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. J Maternal Fetal Neonatal Med. 2022;35(1):166-174.
20. Sedov ID, Anderson NJ, Dhillon AK, Tomfohr-Madsen LM. Insomnia symptoms during pregnancy: a meta-analysis. J. Sleep Res 2021;30(2):1-10.
21. Öztürk DM, Yılmaz A, Müsüroğlu S, Sevinç S, Akcan B. Son trimesterdeki gebelerin uyku kalitelerinin ve uyku problemlerine karşı başetme yöntemlerinin belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;10(3):212-216.
22. Felder JN, Lee KA. Insomnia during pregnancy. In Attarian H, Viola-Saltzman M. Sleep disorders in women: a guide to practical management. 3rd edition. Switzerland Springer Nature; 2020:265-280.
23. Bacaro V, Benz F, Pappacogli A, De Bartolo P, Johann AF, Palagini L, et al. Interventions for sleep problems during pregnancy: a systematic review. Sleep Medicine Reviews 2020;50:1-11.
24. Miller MA, Mehta N, Clark-Bilodeau C, Bourjeily G. Sleep pharmacotherapy for common sleep disorders in pregnancy and lactation. Chest 2020;157(1):184-197.
25. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: a meta-analysis. Sleep Medicine Reviews 2018;38:168-176.
26. Silvestri R, Aricò I. Sleep disorders in pregnancy. Sleep Sci 2019;12(3):232-239.
27. Ladyman C, Signal TL. Sleep health in pregnancy: a scoping review. Sleep Medicine Clinics 2018;13(3):307-333.
28. Özhüner Y, Çelik N. Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2019;6(1):25-33.
29. Smith AM. Sleep during the postpartum period. Nursing made Incredibly Easy 2021;19(3):10-12.
30. Owais S, Chow CH, Furtado M, Frey BN, Van Lieshout RJ. Non-pharmacological interventions for improving postpartum maternal sleep: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews 2018;41:87-100.
31. Freedom T, Rasameesoraj T. Management of hypersomnia in pregnancy. In Attarian H, Viola-Saltzman M. Sleep disorders in women: a guide to practical management. 3rd edition. Switzerland Springer Nature 2020:295-310.
32. Yueyang Yu M, Kay-Stacey M. Gestational restless legs syndrome. In Attarian H, Viola-Saltzman M. Sleep disorders in women: a guide to practical management. 3rd edition. Switzerland Springer Nature 2020:311-322.
33. Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. The J Perinat Neonat Nurs 2016;30(4):302-309.
34. Yang Y, Li W, Ma TJ, Zhang L, Hall BJ, Ungvari GS, Xiang YT. Prevalence of poor sleep quality in perinatal and postnatal

- women: a comprehensive meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Psychiatry* 2020;11:1-10.
35. Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Salcedo-Bellido I, Martínez-Galiano JM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Factors associated with insomnia in pregnancy: A prospective Cohort Study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;221:70-75.
 36. Garbaza C, Hackethal S, Riccardi S, Cajochen C, Cicolin A, D'Agostino A, et al. Polysomnographic features of pregnancy: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 2020;50:1-12.
 37. Lee J, Sharkey KM. Sleep apnea in pregnancy. In Won C. *Complex Sleep Breathing Disorders*. Springer 2021;117-125.
 38. Louis J. Sleep disordered breathing in pregnancy. Attarian H, Viola-Saltzman M. *Sleep disorders in women: a guide to practical management*. 3rd edition. Springer Nature Switzerland 2020:281-294.
 39. Tantrakul V, Numthavaj P, Guillemainault C, McEvoy M, Panburana P, Khaing W, et al. Performance of screening questionnaires for obstructive sleep apnea during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2017;36:96-106.
 40. Brown NT, Turner JM, Kumar S. The intrapartum and perinatal risks of sleep-disordered breathing in pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2018;19(2):147-161.
 41. Paine SJ, Signal TL, Sweeney B, Priston M, Muller D, Smith A, et al. Maternal sleep disturbances in late pregnancy and the association with emergency caesarean section: a prospective cohort study. *Sleep Health* 2020;6(1):65-70.
 42. Heazell AE, Li M, Badu J, Thompson JMD, Stacey T, Cronin RS, et al. Association between maternal sleep practices and late stillbirth-findings from a stillbirth case-control study. *BJOG* 2018;125(2):254-262.
 43. Cronin RS, Li M, Thompson JM, Gordon A, Raynes-Greenow CH, Heazell A, et al. An individual participant data meta-analysis of maternal going-to-sleep position, interactions with fetal vulnerability, and the risk of late stillbirth. *EClinicalMedicine* 2019;10:49-57.
 44. Hung HM, Chiang HC. Non-pharmacological interventions for pregnancy-related sleep disturbances. *The Journal of Nursing* 2017;64(1):112-119.
 45. Özkan SA, Rathfisch G. The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018 Aug;32:79-84. Doi:10.1016/j.ctcp.2018.05.008. Epub 2018 May 26.
 46. Tsai SS, Wang HH, Fan-Hao, Chou FH. The effects of aromatherapy on postpartum women: a systematic review. *J Nurs Res* 2020;8(3):1-11.