

AKDENİZ HEMŞİRELİK DERGİSİ

e-ISSN : 2822-5988

AKDENİZ NURSING JOURNAL

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yayın Organıdır Official Journal of Akdeniz University Faculty of Nursing

Cilt / Volume: 3, Sayı / Number: 2, Mayıs - Ağustos / May - August 2024



AKDENİZ
HEMŞİRELİK
DERGİSİ
AKDENİZ NURSING JOURNAL

- Akdeniz Hemşirelik Dergisi (Akd Hemsirelik D)
Akdeniz Nursing Journal (Akd Nurs J)
- Akdeniz Hemşirelik Dergisi yılda üç kez yayımlanır
(Ocak-Nisan, Mayıs-Ağustos, Eylül-Aralık)
- Akdeniz Nursing Journal is published three times per year
(January-April, May-August, September-December)
- Yayın Türü : Ulusal süreli yayın
Publication Type : National periodical Electronic Publication

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yayın Organıdır Official Journal of Akdeniz University Faculty of Nursing

Cilt / Volume: 3, Sayı / Number: 2, Mayıs - Ağustos / May - August 2024

Dergi Sahibi / Journal Owner

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Editör / Editor

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Prof. Dr. Ayşegül İŞLER

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Prof. Dr. İlkay BOZ

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Yayın Editörleri / Publication Editors

Doç. Dr. Sevcan ATAY TURAN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Doç. Dr. Selma TURAN KAVRADIM

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Etik Editörü / Ethics Editor

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

İngilizce Dil Editörleri / English Language Editors

Doç. Dr. Ayşe MEYDANLIOĞLU

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Doç. Dr. Arzu AKCAN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Biyoistatistik Editörleri / Statistics Editor

Prof. Dr. Hatice BALCI YANGIN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Doç. Dr. Ayşegül ILGAZ

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Yazım Editörleri / Text Control Editors

Doç. Dr. Ayla KAYA

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Araş. Gör. Dr. Mustafa Volkan DÜZGÜN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Dergi Sekreteryası / Journal Secretariat

Araş. Gör. Dr. Zeynep KARAKUŞ

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Öğr. Gör. Yağmur ÇOLAK YILMAZER

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Araş. Gör. Yeliz KARAÇAR

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Uluslararası Yayın Kurulu / International Editorial Board

Prof. Dr. Roger WATSON

Southwest Medical University, Luzhou, China

Prof. Dr. Lisbeth FAGERSTRÖM

Åbo Akademi University, Finland

Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

University College Dublin School of Nursing, Ireland

Grafik Tasarım / Graphic Design

Özden ÖZ

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya

AKDENİZ
HEMŞİRELİK
DERGİSİ
AKDENİZ NURSING JOURNAL

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yayın Organıdır Official Journal of Akdeniz University Faculty of Nursing

Cilt / Volume: 3, Sayı / Number: 2, Mayıs - Ağustos / May - August 2024

Cilt ve Sayının Alan Editörleri

Doç. Dr. Neslihan LÖK

Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

University College Dublin

Dr. Öğr. Üyesi Buket ŞİMŞEK ARSLAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAZEYBEK

Akdeniz Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nilay ÖZKÜTÜK

Ege Üniversitesi

Cilt ve Sayının Hakemleri

Doç. Dr. Emine KARAMAN

Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Gülşah KÖSE

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Doç. Dr. Hülya KANKAYA

Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Doç. Dr. Şefika Tuğba YANGÖZ

Pamukkale Üniversitesi

Doç. Dr. Şenay KARADAĞ ARLI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

Hacettepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe BÜYÜKBAYRAM ARSLAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Cahide ÇEVİK

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye ALDEMİR ATMACA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Arş. Gör. Dr. Tuğba GÖZÜTOK KONUK

Selçuk Üniversitesi

Ms Wei WEI

University College Dublin

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

İÇİNDEKİLER

C O N T E N T S

ARAŞTIRMA MAKALESİ Research Article

The Effect of Social Determinants of Health on Life Expectancy: A Retrospective Study
Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Yaşam Beklentisine Etkisi: Retrospektif Bir Çalışma
Aysel ÖZSABAN, Esra USLU, Aysun BAYRAM

44

"Hope is the Indispensable Life Force": A Qualitative Study of the Meaning of Hope in the Life Experiences of Lymphoma Patients
"Umut Vazgeçilmez Yaşam Gücüdür": Lenfoma Hastalarının Yaşam Deneyimlerinde Umudun Anlamı Üzerine Nitel Bir Çalışma
Emine ÇETİNER, Selma TURAN KAVRADIM, Zeynep ÖZER

52

DERLEME Review

Kanser Tanılı Bireylerde Başa Çıkma Stratejisi Olarak Öz-şefkat ve Öz-şefkati Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler: Literatür Derlemesi
Self-Compassion as a Coping Strategy in Individuals Diagnosed with Cancer and Interventions to Improve Self-compassion:
A Literature Review
Emine ÇETİNER, Selma TURAN KAVRADIM

64

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Yaklaşımları
Evidence-Based Practices and Nursing Approaches in Preventing Catheter Related Urinary System Infections
Gamze OĞUZ ERDEM, Sıla ÖZTÜRK

74

Hemşirelik Mesleğinin Yapıtaşlarından Biri: Faye Glenn Abdellah, Kuramı ve Hasta Eğitimi Süreci
One of the Building Blocks of the Nursing Profession: Faye Glenn Abdellah, Her Theory and Patient Education Process
Elif KOCAAĞALAR AKİNCE, Yasemin YILDIRIM, Aynur TÜREYEN

82

RESEARCH ARTICLE

Araştırma Makalesi


Yazışma adresi
Correspondence address

Aysel ÖZSABAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Trabzon, Türkiye
ayselozsaban@ktu.edu.tr

Bu makalede yapılacak atf
Cite this article as

Özsaban A., Uslu E., Bayram A.
The Effect of Social Determinants of Health
on Life Expectancy: A Retrospective Study

Akd Hemşirelik D 2024; 3(2): 44-51

 Aysel ÖZSABAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Trabzon, Türkiye

 Esra USLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

 Aysun BAYRAM
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Trabzon, Türkiye

Geliş tarihi / Received : April 02, 2024

Kabul Tarihi / Accepted : July 24, 2024

The Effect of Social Determinants of Health on Life Expectancy: A Retrospective Study

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Yaşam Beklentisine Etkisi: Retrospektif Bir Çalışma

ABSTRACT

Aim

This study aimed to examine the effect of social determinants of health on life expectancy.

Method

The retrospective descriptive study data consisted of the life expectancy and social determinants of health secondary data from the Organization for Economic Co-operation and Development the Better Life Index database. The database was screened in January 2022. Pearson correlation analysis was used to determine the level of relationship between variables. Linear regression analysis using the backward elimination method was performed on social determinants of health affecting life expectancy. Reporting is consistent with the STROBE checklist.

Results

The average life expectancy level of the countries is 80.03 ± 4.54 . According to the backward elimination method, a one-unit increase in job, health, safety and community levels affects life expectancy by 0.379, 0.486, 0.387, and -0.358 units, respectively ($p < 0.05$).

Conclusion

Job, health, safety, and community affected life expectancy. To promote sustainable global health, it is recommended that nurses focus on the social determinants of health at the global level in the care of individuals and community. The ideal of global health provides opportunities for justice and equitable health thought and action and provides a framework for policy development. Nurses must take an active role in guiding policy as advocates for global health.

Keywords

Life expectancy, nursing, OECD, social determinants of health

ÖZET

Amaç

Bu çalışmanın amacı sağlığın sosyal belirleyicilerinin yaşam beklentisi üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem

Retrospektif tanımlayıcı türdeki bu çalışmanın verileri, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 'nün Daha İyi Yaşam Endeksi veri tabanından alınan yaşam beklentisi ve sağlığın sosyal belirleyicileri ikincil verilerinden oluşmaktadır. Veri tabanı Ocak 2022'de taranmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yaşam beklentisini etkileyen sağlığın sosyal belirleyicilerine geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Raporlamada STROBE kontrol listesinden yararlanılmıştır.

Bulgular

Ülkelerin ortalama yaşam beklentisi düzeyleri $80,03 \pm 4,54$ 'tür. Geriye doğru eleme yöntemine göre iş, sağlık, güvenlik ve toplum düzeyindeki bir birimlik artış, yaşam beklentisini sırasıyla 0,379, 0,486, 0,387 ve -0,358 birim etkilemektedir ($p < 0,05$).

Sonuç

İş, sağlık, güvenlik ve toplum yaşam beklentisini etkilemektedir. Sürdürülebilir küresel sağlığı teşvik etmek için birey ve toplumun bakımında küresel düzeyde hemşirelerin sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanması önerilmektedir. Küresel sağlık ideali, adil ve eşitlikçi sağlık düşüncesi ve eylemi için fırsatlar ve politika geliştirme için bir çerçeve sağlar. Hemşireler küresel sağlığın savunucuları olarak politikaları yönlendirmede aktif bir rol üstlenmelidir.

Anahtar kelimeler

Hemşirelik, OECD, sağlığın sosyal belirleyicileri, yaşam beklentisi

INTRODUCTION

Life expectancy (LE) is a key indicator of health status and has increased globally over time as a result of the advances in the quality of health services (1). LE increases in parallel with the expansion of health services but the progress is slowing down in OECD countries and there is even a decrease in some countries (2). The relationship between social determinants of health (SDH) and LE is particularly emphasized in the attempts to explain these data (3).

SDH is a non-medical factor that affects health outcomes. SDH includes income and social protection, education, unemployment and job insecurity, working life conditions, food insecurity, housing, basic amenities and the environment, early childhood development, social inclusion and non-discrimination, structural conflict and access to affordable health services of decent quality (4). These factors are obviously multifaceted.

SDH has been shown to be associated with 30-55% of health outcomes (4). Previous research results also indicate a higher incidence of chronic diseases and cancer in individuals with lower socioeconomic status (4). Besides, it is those who are already vulnerable that are most likely to suffer, and need help the most in a crisis situation (5). During the COVID-19 pandemic, the infection and mortality rates were higher in the socio-economically weaker groups (6). There is a LE difference of 18 years between low- and high-income countries. These results demonstrate that appropriate handling of SDH is essential to reducing long-standing inequalities in health. Many local and global organizations monitor SDH. One of these organizations is the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). It is an international organization established to develop better policies for a better life. It pursues activities for prosperity, equality, opportunity and well-being for all. OECD undertakes and reports activities aimed at monitoring the health indicators of member countries, creating policies and strengthening services. Through the well-being conceptual framework it has created, the Better Life Index (BLI) published since 2011 offers a multifaceted evaluation opportunity by considering the economic and social indicators of the countries together. BLI provides data on 11 indicators, including housing, income, job, community, education, environment, civic engagement, health, life satisfaction, safety, and work-life balance (7). The World Health Organization's (WHO) definition of health also emphasizes the importance of this requirement. So much so that WHO has underlined that the impact of these determinants on health may be more consequential than health services or lifestyle choices (6).

It is a global problem that the ideal of protecting and maintaining human health cannot be fully reflected in health services (8). However, it is mentioned that approximately three million premature deaths are preventable with a qualified healthcare service (2).

What is known about the field

- Social determinants of health are non-medical factors that affect health outcomes.

Contribution of the article to the field

- Job, health, safety, and community affected life expectancy.
- Nurses and other health professionals must take an active role in guiding policy as advocates for global health.

Health promotion practices and qualified nursing care services are thus becoming a fundamental need to increase LE (9). However, there has only been one study to examine the role of nurses in promoting LE (1). Yet, these studies can guide nurses about priority interventions and policies that need to be planned to increase LE (10). Thus, this study aims to examine the effect of SDH on LE. Accordingly, the research hypothesis was "H1: SDH affect LE".

METHODS

Study Design

This is a retrospective descriptive design study. Reporting is consistent with the STROBE checklist.

Participants

Analyses for this research covered the OECD countries and the sample included 37 OECD and four partner countries (N=41). The inclusion criterion of the study was "countries with data on the relevant variable." The exclusion criterion was "countries with no data on the relevant variable." There was, however, no country meeting the exclusion criteria.

Data Collection

This research was conducted using secondary data from the OECD BLI database (11). The database used during the study was scanned in January 2022. The LE and SDH secondary data of the OECD countries included in the study belong to 2020.

Data Collection Tool

The contents of the BLI indicators were calculated as rate, average score, year, percentage, usd, hours and these data were used to score the indicators between 0-10. In this direction, countries in the OECD BLI are evaluated between a score ranging from 0 to 10, out of 11 indicators specified within the scope of independent variables. A high score is considered positive. The contents of each indicator are as follows; (i) housing indicator; dwellings without basic facilities, housing expenditure, rooms per person, (ii) income indicator; household net adjusted disposable income and household net wealth, (iii) jobs indicator; labour market insecurity, employment rate, long-term unemployment rate, personal earnings (iv) community; quality of support network, (v) education; educational attainment, student skills, years in education, (vi) environment; air pollution, water quality, (vii) civic engagement; stakeholder engagement for developing regulations, voter turnout, (viii) health; self-reported health, life expectancy, (ix) life satisfaction; life satisfaction, (x) safety; feeling safe walking alone at night, homicide rate, (xi) work-life balance; employees working very long hours, time devoted to leisure and personal care. The content of the 11 indicators is provided in Table 1 in detail. These 11 indicators are also consistent with the "SDH" defined by WHO (4).

Table 1. Better Life Index Indicators (11)

Indicators	Definition	Content
Housing	Your housing conditions and spending	Dwellings without basic facilities (%) Housing expenditure (%) Rooms per person (ratio)
Income	Household income and financial wealth	Household net adjusted disposable income (usd) Household net wealth (usd)
Jobs	Earnings, job security, and unemployment	Labour market insecurity (%) Employment rate (%) Long-term unemployment rate (%) Personal earnings (usd)
Community	Quality of social support network	Quality of support network (%)
Education	Your education and what he/she gets out of it	Educational attainment (%) Student skills (Average score) Years in education (Years)
Environment	Quality of environment	Air pollution (Micrograms per cubic metre) Water quality (%)
Civic engagement	Your involvement in democracy	Stakeholder engagement for developing regulations (Average score) Voter turnout (%)
Health	How healthy you are	Self-reported health (%) Life expectancy (Year)
Life Satisfaction	How happy you are	Life satisfaction (Average score)
Safety	Murder and assault rates	Feeling safe walking alone at night (%) Homicide rate (Ratio)
Work-Life Balance	How much you work, how much you play	Employees working very long hours (%) Time devoted to leisure and personal care (Hours)

Ethical Considerations

Ethical approval was not required for this study because the data were on open access. However, the Internet Research Ethics Guide were considered in the analysis and reporting of the study (12).

Data Analysis

R version 2.15.3 program was used for statistical analyses. Minimum, maximum, mean, standard deviation and median values were used to report study data. Pearson correlation analysis was used to determine the level of relationship between variables. Multiple linear regression analysis was used in data analysis within the scope of this study because there is a correlation and linear relationship between the variables, the dependent and independent variables are continuous variables, and the data show normal distribution. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS

The LE levels of the countries vary between 57.5 and 84.1, with an average of 80.03 ± 4.54 . The mean values of SDH and correlation with LE are presented. (Table 2). Significant relationships were found between LE values and housing ($r=0.626$, $p < 0.001$), income ($r=0.529$, $p=0.001$), jobs ($r=0.675$, $p < 0.001$), education ($r=0.524$, $p=0.001$), environment ($r=0.411$, $p=0.012$), health ($r=0.633$, $p < 0.001$), life satisfaction ($r=0.503$, $p=0.001$) and safety ($r=0.668$, $p < 0.001$).

All SDH were included as independent variables in the linear regression analysis to determine the factors affecting LE. The model obtained from the analysis with the backward elimination method was found to be statistically significant ($F=21,061$, $R^2_{adj}=0.690$, $p < 0.001$). Jobs, community, health and safety were significant in the model (Table 3). One unit increase in jobs, health and safety levels increased LE value by 0.379 ($p=0.006$), 0.486 ($p < 0.001$) and 0.387 units ($p=0.003$), respectively. We determined that a one-unit increase in the community level caused a 0.358 unit decrease in the LE value ($p=0.005$).

Table 2. Descriptive Results and the Correlation Between Life Expectancy and Social Determinants of Health

	Min-Max (Median)	Mean±SD	LE	
LE	57.5-84.1 (81.5)	80.03±4.54	r	p
Housing	2.5-8.5 (6.2)	5.89±1.36	0.626	<0.001
Income	0.3-9.1 (3.15)	3.39±2.21	0.529	0.001
Jobs	0-9.9 (7.15)	6.78±1.88	0.675	<0.001
Community	0-10 (6.35)	6.06±2.21	0.270	0.106
Education	1.1-8.9 (6.95)	6.28±1.96	0.524	0.001
Environment	2.4-10 (6.35)	6.07±2.08	0.411	0.012
Civic engagement	1-8.9 (5.85)	5.33±1.91	0.124	0.464
Health	3.1-9.6 (7.75)	7.25±1.68	0.633	<0.001
Life Satisfaction	0-10 (6.05)	6.10±2.65	0.503	0.001
Safety	0-10 (7.9)	7.39±2.32	0.668	<0.001
Work-Life Balance	0.9-9.5 (7.35)	6.84±2.05	0.253	0.131

r= Pearson correlation coefficient.

Table 3. Linear Regression Analysis of Factors Affecting Life Expectancy

	β	Std. β	t	p	95% CI for β		F	Model (p)	R ²	R ² adj
					Lower bound	Upper bound				
Constant	62.379	-	28.984	<0.001*	57.995	66.763				
Jobs	0.892	0.379	2.967	0.006*	0.280	1.505				
Community	-0.725	-0.358	-3.020	0.005*	-1.214	-0.236	21,061	<0.001	0.725	0.690
Health	1.408	0.486	4.161	<0.001*	0.719	2.097				
Safety	0.742	0.387	3.181	0.003*	0.267	1.217				

β : Beta, CI: Confidence Interval, R² adj: R² adjusted, Std. β : Standardized Beta.

DISCUSSION

LE is the most widely used measure of health status (13). It provides guiding evidence for examining the effect of SDH on LE and drawing attention to the role and responsibilities of nurses in promoting global health. The impact of SDH on LE, a sub-indicator of the health dimension, was examined in this study. The fact that the model established in this study explains 72.5% of LE is essential in explaining the strong link between SDH and health indicators reported in the literature (3-5).

LE is also recognized as one of the key health indicators (13). The results obtained indicate that the average LE for OECD countries is 80.03 years. However, when analysed by countries, it is remarkable that there is a 27-year difference between the countries with the longest and shortest LE (4,13). This striking difference in LE in OECD countries provided the groundwork for examining and discussing its causes. Job is an indicator (OECD) based on the analysis of multifaceted data such as income status, job security and unemployment. A job is a way of providing the material resources an individual needs to survive. It is therefore also the determinant of all the conditions necessary for living a healthy life (OECD). Economic power affects access to healthcare (14,15). Having a good job and income increases the level of well-being, prolongs LE and supports positive health outcomes (15,16). Indeed, the job was determined in this study as a predictor for LE, supporting the meta-analysis that demonstrated a higher risk of mortality in unemployed individuals. Several factors such as risky health behaviours, stress, and low participation in health screenings were reported to be effective in the unemployed (17).

Health is one of the most basic factors in determining the quality of life (18). BLI describes this indicator with two data, namely the individual's self-reported health status and LE. LE (years) is usually an assumption that directly reflects the conditions of death associated with the health indicator in a given period (13). Cultural and several other factors can influence responses to self-reported health status (OECD). This study has shown that self-reported health status contributed positively to the connection between the health indicator and LE and that individual perceptions could be used as an important data source in reflecting the actual situation. Similarly, previous studies have reported that individuals with health problems had a low quality of life and therefore LE levels were lower than in individuals without health problems (19), demonstrating that the health indicator is important in explaining LE. The safety indicator is based on the analysis of data on the feeling of safety when walking alone at night and homicide rates (OECD). It is an inalienable element in determining the quality of life, both at the individual and societal levels (18). Personal safety is considered the guarantee of living in a safe environment and the existence of people together with a higher quality of

life. The crime rate in the regions where people live has a decisive effect on the quality of life (13,18). An unsafe environment leads to poor physical and mental health outcomes (14). People can only meet their vital needs in a safe environment (18). Nar examined the relationship between safety and health (18). This study established the relationship between LE and the health indicator of safety.

Community is an indicator of the quality of a social support network (11), which refers to a social structure that includes broader social ties as well as close personal relationships and social interactions (20). In this study, it was seen that the Community indicator had a negative effect on the LE score. This was the most notable finding of the study. In comparison, studies in the literature report that social networks contribute to physical health and mental well-being (21), and that social isolation affects morbidity and mortality in many ways, including psychological, behavioural, interpersonal and physiological (22-23). On the other hand, individuals with weak social support networks cannot benefit from economic opportunities, experience communication deficiencies and isolate their emotions, thus experiencing family and job loss, financial and health problems, becoming individuals who do not contribute to society and cannot meet their personal needs (13). However, an improvement in SDH does not necessarily represent absolute well-being (for example, an improvement in income status may not be an indicator of better health). This is explained by the fact that SDH is influenced by numerous other factors such as social, economic, psychological, environmental, genetic and epigenetic, and it is stated that exceptional results are feasible (24). In this context, this remarkable finding of the study can be explained as an exceptional situation. However, it points to the necessity of planning studies on the subject.

This study demonstrated that the SDHs of housing, income, education, environment, civic engagement, life satisfaction and work-life balance did not affect LE. However, it is known that the SDHs are closely related to each other. When evaluated from this point of view, 5 of 11 indicators in BLI involved economic factors. The latter forms the basis of inequality in health (25). Inequality in health, on the other hand, is also known to be affected by social and social structures. It is thus important to fully consider SDHs to be able to eliminate such inequalities. From this point of view, the need for health professionals to focus on all components of health, as well as the practice of providing a disease-oriented health service, arises. Awareness-raising and restructuring are recommended for a healthcare system approach focusing on the SDH (23).

Implications for Practice

Healthcare professionals go through intensive training in the field of medicine and medical care is undeniably important. On the other hand, the fact that SDH plays

a vital role in shaping health has only been studied to a limited extent (24). Healthcare professionals can strengthen routine procedures to assess and respond to social needs through social and legal services. Political and economic factors that form the basis of inequality are decisive in how global health takes shape (26). Healthcare professionals should therefore focus on strengthening services with the understanding of providing equal health care to every member of society, based on ethical principles and values, in their every practice (27). Healthy communities can only be created with a health philosophy that integrates the biological, behavioural and social determinants of health (28). For this, the key attitude in the organization of health services should be to provide the best health service for everyone and to protect life under all circumstances. Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights includes the right to health within the framework of the right to life, by stating that “Everyone has the right to food, clothing, housing and medical care for the health and well-being of themselves and their families” (29). In the ideal of achieving the goal of equality in health for all nations and all peoples, nurses should contribute as advocates and healers and relievers through caregiving (30). Hence, they are expected to be a pioneer in strategies and policies for an equitable and effective health system that provides free access to quality health services in raising the LE of the population.

Health services should be based on human dignity, subjectivity and free will within the framework of an individualized approach (31). This is because humans are multifaceted beings, and health and disease processes are affected by various variables. From this perspective, the basic principle of nursing practice is expressed as respect for all individuals’ innate human rights, uniqueness and worthiness (32). This understanding is adopted as the value of “human dignity” in nursing. The American Association of Colleges of Nursing (AACN) has defined this value as “respect for the inherent worth and uniqueness of individuals and societies” (33). It also encompasses person-centredness, integrity, privacy and confidentiality (33). These are reflected in nurses’ relations in all kinds of practice settings. They also support nurses’ leading role in developing and modifying health policies (32). Focusing on the SDH is a requirement of the holistic nursing approach (14). The nursing ethics code determined by the ANA, “Nurses should perform their practices by showing compassion in all their professional relationships, taking into account the human dignity, uniqueness and value of each individual, the nature of social, economic, individual characteristics or health problems” also imposes an important responsibility on nurses in this regard (32). With its belief in social justice and a holistic view of well-being, health and illness, nursing is in an excellent position to act on the SDH’s structural, systemic and social components (15). To promote sustainable global health, global nursing calls

for consideration of the SDH and care for the individual and the community. This care includes research, education, leadership, advocacy, and policy-making initiatives (35). It also requires a change in social issues, value sharing, focusing on innovation, empowering the individual/society, attempts to change the health system, orientation to vulnerable/susceptible groups, participatory/people-centred planning, creative collaborations and multi-sectoral solutions for the improvement of global health (35). The ideal of global health provides opportunities for more collective, equitable health thought and action and provides a framework for policy development (26). Nurses and other health professionals must take an active role in guiding policy as advocates for global health.

Limitations

This study has some limitations. The first is that the analysed data is limited to OECD countries only. The second is that it included data from a certain period. Therefore, different results can be obtained in analyses performed at different time intervals. Also, the study was not powered to demonstrate the variables that may mediate the relationship between LE and SDH, which was another limitation. Therefore, if countries are scored based on potential mediating variables in future studies, we recommend including this in the analysis process.

CONCLUSION

In this study, the job, community, health, life satisfaction and safety indicators significantly affected LE. To determine the reproducibility of the results obtained from this study, we recommend analysing the data of the following years and discussing in future studies the effects on the LE of the indicators whose effects were not studied.

Author Contribution

Conceptualization: AÖ, EU, AB; Design: AÖ, EU, AB; Counselling: AÖ, EU, AB; Data Gathering/Processing: AÖ, EU, AB; Analysis/Interpretation: AÖ, EU, AB; Literature Review: AÖ, EU, AB; Writing: AÖ, EU, AB; Critical Review: AÖ, EU, AB

Conflict of Interest

There is no any conflict of interest.

Funding Statement

The authors declared that this study has received no financial support.

Ethical Issues

Ethics committee approval is not required for this study.

This study was presented at the 8th International Health Sciences and Management Conference. Trabzon/Türkiye on 2-6 May 2023.

REFERENCES

1. Amiri A, Solankallio-Vahteri T. Nurse staffing and life expectancy at birth and at 65 years old: Evidence from 35 OECD countries. *International Journal of Nursing Sciences*, 2019; 6(4):362–370.
2. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019: OECD Indicators (Summary). 2019, Available: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4d-d50c09-en
3. Gutin I, Hummer RA. Social Inequality and the Future of U.S. Life Expectancy. *Annual Review of Sociology*, 2021; 47(1):501–520.
4. World Health Organization. (WHO). Social Determinants of Health. 2022, Available: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
5. Xie B, He D, Mercer T, Wang Y, Wu D, Fleischmann KR, Zhang Y, Yoder LH, Stephens KK, Mackert M, Lee MK. Global health crises are also information crises: A call to action. *JASIST*, 2020; 71:1419-1423.
6. Abedi V, Olulana O, Avula V, Chaudhary D, Khan A, Shahjouei S, Li J, Zand R. Racial, Economic, and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2021; 8(3):732–742.
7. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Launches Your Better Life Index. 2011, Available: <https://www.oecd.org/general/oecdlaunchesyoubetterlifeindex.htm>
8. Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho MJ, Pun JK., Eggins S, Branch WT. The International Charter for Human Values in Healthcare: an interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 2014; 96(3):273–280.
9. Tokudome S, Hashimoto S, Igata A. Life expectancy and healthy life expectancy of Japan: the fastest graying society in the world. *BMC Res Notes*, 2016; 9(1), 482.
10. Uslu E, Yeşilaydın G. The importance of mental health variables for life expectancy by entropy weighting method: a case of OECD countries. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2023; 14(1), 9-14
11. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Better Life Index. 2022a, Available: <https://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>
12. Franzke AS, Muis I, Schäfer MT. Data Ethics Decision Aid (DEDA): A dialogical framework for ethical inquiry of AI and data projects in the Netherlands. *Ethics and Information Technology*. 2021; 1-17.
13. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Life expectancy at Birth. 2022b, Available: <https://data.oecd.org/health-stat/life-expectancy-at-birth.htm>
14. Johnson CB, Luther B, Wallace AS, Kulesa MG. (). Social Determinants of Health: What Are They and How Do We Screen. *Orthopedic Nursing*, 2022; 41(2):88–100.
15. Kuehnert P, Fawcett J, DePriest K, Chinn P, Cousin L, Ervin N, Flanagan J, Fry Bowers E, Killion C, Maliski S, Maughan ED, Meade C, Murray T, Schenk B, Waite R. Defining the social determinants of health for nursing action to achieve health equity: A consensus paper from the American Academy of Nursing. *Nursing Outlook*, 2022; 70(1):10–27.
16. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA*, 2016; 315(16):1750–1766.
17. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*, 2011; 72(6), 840–854.
18. Nar M, Nar MŞ. An updated assessment of the OECD's quality of life index. *Problemy Ekorozwoju*, 2019; 14(1):7-18.
19. Kuenzig ME, Manuel DG, Donelle J, Benchimol EI. Life expectancy and health-adjusted life expectancy in people with inflammatory bowel disease. *Canadian Medical Association Journal*, 2020; 192(45): E1394–E1402.

20. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*, 2010; 51:S54–S66
21. Park P, Blumenstock JE, Macy MW. The strength of long-range ties in population-scale social networks. *Science*, 2018; 362(6421):1410–1413.
22. Yang YC, Boen C, Gerken K, Li E, Schorpp K, Harris KM. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Biological Sciences*. 2016; 113(3):578-583.
23. Holt-Lunstad J. The major health implications of social connection. *Current Directions in Psychological Science*, 2021; 30(3):251-259.
24. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 2014; 129(1_suppl2):19-31.
25. Pickett KE, Wilkinson RG. (). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 2015; 128:316–326.
26. Taylor S. 'Global health': meaning what? *BMJ Glob Health*, 2018; 3:e000843.
27. Yilmaztürk A. Health Reforms in Turkey, Historical Development and Transformation of the Program in Health Care Quality Assessment of Global. *The Journal of Social Sciences Research*, 2013; 8(1):176-188.
28. Saad J M, Prochaska, JO. A philosophy of health: life as reality, health as a universal value. *Palgrave Communications*, 2020; 6(1):45.
29. Universal Declaration of Human Rights. General Assembly Resolution, 216, 10 December 1948.
30. Merry MS. Equality, self-respect and voluntary separation. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 2012; 15(1):79-100.
31. Bielecki A, Nieszporska S. The proposal of philosophical basis of the health care system. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 2017; 20(1):23–35.
32. American Nursing Association (ANA). View the Code of Ethics for Nurses. 2015; Available: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/>
33. American Association of Colleges of Nursing (AACN). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. 2008, Available: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/baccesentials08.pdf>
34. Schmidt BJ, McArthur EC. Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum*, 2018; 53(1):69–75.
35. Schiavo R. Social innovation as a key imperative in global health. *Journal of Communication in Healthcare*, 2015; 8(2):87-89.

RESEARCH ARTICLE

Araştırma Makalesi


Yazışma adresi
Correspondence address

Selma TURAN KAVRADIM
Akdeniz University, Faculty of Nursing,
Department of Internal Medicine Nursing
Antalya, Türkiye
selmaturan@akdeniz.edu.tr

Bu makalede yapılacak atf
Cite this article as

Çetiner E., Kavradım Turan S., Özer Z.
"Hope is the indispensable life force":
A qualitative study of the meaning
of hope in the life experiences of
lymphoma patients

Akd Hemşirelik D 2024; 3(2): 52-63

 Emine ÇETİNER
Antalya Provincial Health Directorate,
Antalya Training and Research Hospital,
Antalya, Türkiye

 Selma TURAN KAVRADIM
Akdeniz University,
Faculty of Nursing,
Department of Internal Medicine Nursing
Antalya, Türkiye

 Zeynep ÖZER
Akdeniz University,
Faculty of Nursing,
Department of Internal Medicine Nursing
Antalya, Türkiye

Geliş tarihi / Received : March 07, 2024

Kabul Tarihi / Accepted : August 02, 2024

"Hope is the Indispensable Life Force": A Qualitative Study of the Meaning of Hope in the Life Experiences of Lymphoma Patients

"Umut Vazgeçilmez Yaşam Gücüdür": Lenfoma Hastalarının Yaşam Deneyimlerinde Umudun Anlamı Üzerine Nitel Bir Çalışma

ABSTRACT

Aim

Although hope is considered to be of vital importance for cancer patients, it remains uncertain in lymphoma patients. This study aimed to examine the life experiences of patients with lymphoma and reveal the meaning of hope.

Method

A hermeneutic-phenomenological design was used in this study. 19 lymphoma patients who were receiving chemotherapy participated in interviews. Participants were selected through the purposive sampling method, and the interviews were audio-recorded. A phenomenological-hermeneutic approach was used to analyze the data.

Results

Three themes and 12 sub-themes emerged that summarized the life experiences of patients and the meaning of hope. These themes were as follows: 'Being in existence', 'Hope is the indispensable life force', and 'There is always hope, but it varies'. Within the scope of the sub-themes, this study showed that there were changes in the physical and emotional well-being of participants and the importance of discovering the moment. This study, which reveals the meaning of hope as a "desire to return to routine, a bridge from now to the future", emphasized that both the patients affect hope and the factors related to the disease.

Conclusion

This study revealed the changes in the physical and emotional well-being of lymphoma patients, the meaning of hope in their life experiences, and the factors affecting hope. It is thought that the findings obtained will contribute to the provision of psychosocial support and care planning by healthcare professionals to strengthen hope in lymphoma patients and may guide future studies.

Keywords

Chemotherapy, hope, life experience, lymphoma, qualitative research

ÖZET

Amaç

Kanser hastaları için umudun hayati bir öneme sahip olduğu düşünülse de, lenfoma hastalarında umut belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışma, lenfoma hastalarının yaşam deneyimlerini incelemeyi ve umudun anlamını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem

Bu çalışmada hermeneutik-fenomenolojik bir tasarım kullanılmıştır. Kemoterapi alan 19 lenfoma hastası görüşmelere katılmıştır. Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve kayıt altına alınmıştır. Verileri analiz etmek için fenomenolojik-hermeneutik yaklaşım kullanılmıştır.

Bulgular

Hastaların yaşam deneyimlerini ve umudun anlamını özetleyen üç tema ve 12 alt tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar: 'Var olmak', 'Umut vazgeçilmez yaşam gücüdür' ve 'Umut her zaman vardır fakat değişiklik gösterir'. Alt temalar kapsamında bu çalışma, katılımcıların fiziksel ve duygusal iyilik hallerinde değişimler olduğunu ve anı keşfetmenin önemini göstermiştir. Umudun anlamını 'tekrar rutine dönme isteği, bugünden geleceğe bir köprü' olarak ortaya koyan bu çalışma, umudun hastalardan ve hastalıkla ilgili faktörlerden etkilendiğini vurgulamıştır.

Sonuç

Bu çalışma lenfoma hastalarının fiziksel ve duygusal iyilik hallerindeki değişimleri, yaşam deneyimlerinde umudun anlamını ve umudu etkileyen faktörleri ortaya çıkarmıştır. Elde edilen bulguların, sağlık çalışanları tarafından lenfoma hastalarında umudun güçlendirilmesine yönelik psikososyal destek sağlama ve bakımı planlamaya katkı sağlayacağı, gelecekteki çalışmalara rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Kemoterapi, umut, yaşam deneyimi, lenfoma, nitel araştırma

What is known about the field

- It is known that hope is an important coping mechanism.
- The meaning of hope in life experiences is important to manage of nursing care.
- Although hope is of vital importance for cancer patients, it remains uncertain in lymphoma patients.

Contribution of the article to the field

- Three main themes regarding experiences and hope were identified.
- The meaning of hope was a desire to return to routine and a bridge from now to the future.
- Hope is the first related to the moment, and the second is about the future.
- Hope was affected by disease-related factors and external sources.

INTRODUCTION

Hematological malignancies occur in immune system cells or tissues that generate blood, including the bone marrow. The three most prevalent hematological cancers are lymphoma, leukemia, and myeloma (1). Lymphoma begins in the lymphatic system, the area of the immune system that fights infection, and has two types: Hodgkin lymphoma (HL) and non-Hodgkin lymphoma (NHL) (2). According to recent reports on cancer statistics, NHL is more common than HL (2). The estimated number of new cases of HL and NHL globally in 2020 was 83,000 and 544,000, and the estimated number of deaths was 23,400 and 260,000 respectively (3). The incidence of HL increases during adolescence and young adulthood, between the ages of 15-40, and that of NHL after 55 years of age.

In the treatment of lymphoma, chemotherapy, radiation therapy, immunotherapy, biological therapy, cell therapy, bone marrow or stem cell transplantation may be used, and chemotherapy is often shown as the main treatment option (4, 5). Individuals and their families face heavy symptom burdens during long treatment processes (6, 7). Common symptoms during diagnosis include swollen lymph nodes, night sweats, and fever. However, additional disease-specific symptoms such as itching and skin bleeding may also occur (2). Additionally, patients experience many symptoms that contribute to poor quality of life such as fatigue, mouth sores and dry mouth, nausea, vomiting and loss of appetite because of chemotherapy (8-11). Individuals also report many psychosocial problems due to physical effects (10, 12).

Quantitative and qualitative studies have also clearly demonstrated negative effects on psychosocial well-being as well as on patients' physical functions (13-17). Although lymphoma patients benefit from drug treatment, the fact that they encounter various side effects related to chemotherapy and radiotherapy (7, 13), believe that their daily lives have become immobilized and experience psychological distress with uncertain future anxiety negatively affect the quality of life of the individuals. (10, 14). Hope was found to be associated with symptom burden, anxiety, depression and quality of life, depending on the physical and psychosocial factors experienced by patients during treatment (18, 19). With the physical and psychosocial difficulties experienced during the diagnosis and treatment process of cancer, hope is seen as an important coping mechanism (19). The positive effects of hope such as less anxiety, pain, and depression, and a better quality of life been shown in various studies (19). Hope, a concept belonging to the field of positive psychology, emerges as an intangible, complex, multifaceted and dynamic phenomenon (20-22) and can be affected by many internal and external sources (19). In a study of cancer in patients, the concept of therapeutic hope was

revealed and it was emphasized that hope is important in life-affirming, valuing life and connections with others, rather than rejecting death (21). In another qualitative study conducted on patients in the palliative period in cancer patients, it was explained that the use of hope showed the patient how to focus on the positive, connect with others, and continue to engage in life even while dying (20). Kylma et al. (2009), in a review of the research on hope in palliative care, revealed two themes: 'living with hope', that is, existential hope and 'hoping for something' as a future-oriented and goal-oriented phenomenon (23).

The advancement of technology and advances in diagnosis and treatment methods for lymphoma increase the recovery probability and life expectancy of individuals (24). As life expectancies increase, research on all aspects of survival and long-term quality of life has become a priority (16). Although hope is of vital importance for cancer patients (21, 22), it remains uncertain in lymphoma patients. No qualitative study has been found in the literature on the meaning of hope in the life experience of lymphoma patients, and it is thought that obtaining in-depth information about the disease experiences, thoughts, and feelings of lymphoma patients and revealing the meaning of hope in patients will be effective in providing care for the development of hope.

METHODS

Aim

This research aimed to examine the life experiences of patients with lymphoma and reveal the meaning of hope.

Design

A hermeneutic-phenomenological design was adopted in this study. The hermeneutic-phenomenological method focuses on identifying and interpreting the basic structures of patients' lived experiences (25). This hermeneutic-phenomenological method is widely used by researchers to understand lived experiences and suggests that individuals are as unique as their life stories (26). This method therefore provides an ideal platform for understanding lived experiences (26) and is only used to affect the meaning of the lived experience, that is, as understood by the interpreter (25). In line with the aims of this study, hermeneutic-phenomenological approach was chosen to examine the life experiences of individuals with lymphoma and reveal the meaning they attribute to hope in the diagnosis and treatment process. The Qualitative Research Reporting Consolidated Criteria (COREQ) was used as a guide in reporting this research (27).

Participants

This study was conducted with patients diagnosed with lymphoma in a hospital in Antalya, Turkey. The inclusion criteria were: a) having a diagnosis of lymphoma and receiving chemotherapy treatment; b) knowing the medical diagnosis; c) being over the age of 18; d) not having an auditory or cognitive disability. The exclusion criteria were lack of orientation, having undergone bone marrow transplantation, and patients' wish to leave the study. There was no specific rule in calculating the sample size in qualitative studies and it was recommended to continue collecting data until the saturation point was reached (28). Accordingly, the process was carried out by considering the focus of the research, the amount of data, and the saturation point.

Data collection

Ethics committee approval and institutional permission were obtained before the collection of the data. The patients were first evaluated in terms of inclusion criteria; the purpose and method of the study were explained before the interview, and written informed consent was obtained. The sample was determined by the purposive sampling method. The data were collected by a researcher (EÇ) through in-depth individual interviews between March and November 2022. A Personal Information Form and a Semi-Structured Interview Form were used in the data collection phase of the research. The Personal Information Form consisted of 10 questions about socio-demographic characteristics and the disease. The Semi-Structured Interview form consisted of six questions examining in more detail the feelings and thoughts of individuals diagnosed with lymphoma (Table 1). The interviewer was trained in qualitative research methods and had clinical experience in the care of lymphoma patients. The interviews were recorded with a voice recorder after obtaining the consent of the patients. An individual interview was held with each participant, and the interviews lasted between 30 and 45 minutes on average. Before the interview started, it was stated that the patients would be asked questions about their illness and hope, the interview would be recorded, the recording would be used only within the scope of the research and would not be shared with anyone else. At the beginning of the interviews, a Personal Information Form was filled out to create a warm environment with the patients. During the interviews, some individuals became emotional, cried, and wanted to take a break while sharing the process. In this situation, a short break was taken, and the interview was continued after the individual's readiness. The interviews were continued until the researchers were sure that no data could be added to the data codes related to the research questions, and the research was terminated after data saturation was achieved.

Table 1. Interview guide

1. What are your thoughts about your disease?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ How did you feel when you first learned about your illness? ➤ What stage of your disease are you in, what did you think when you learned the stage? ➤ What does <u>being</u> diagnosed with lymphoma mean to you? ➤ If you were to liken illness to something, what would you liken it to?
2. How would you evaluate the disease process you are experiencing?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ What are the effects of this process on you? ➤ How does your illness affect your daily life? ➤ What are the physical (your body) effects of this process? ➤ What are the psychological effects of this process? ➤ What are the social (family roles, business life) effects of this process? ➤ What are the effects of this process on your family members?
3. How has the experience of illness changed your outlook on life?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ What are you doing to cope with your illness?
4. How would you define hope? Can you talk about being hopeful?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ What do you think hope means? ➤ What is your perspective on hope in the process you are in? ➤ If you were to liken hope to something, what would you liken it to?
5. Can you tell us about the factors that affect your hope?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ What are the situations that increase your hope during the treatment process? ➤ What are the conditions that reduce your hope during the treatment period?
6. If you wanted to give a message to other patients in your situation, what would you say?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ CLOSING: Is there anything else you would like to add before we end?

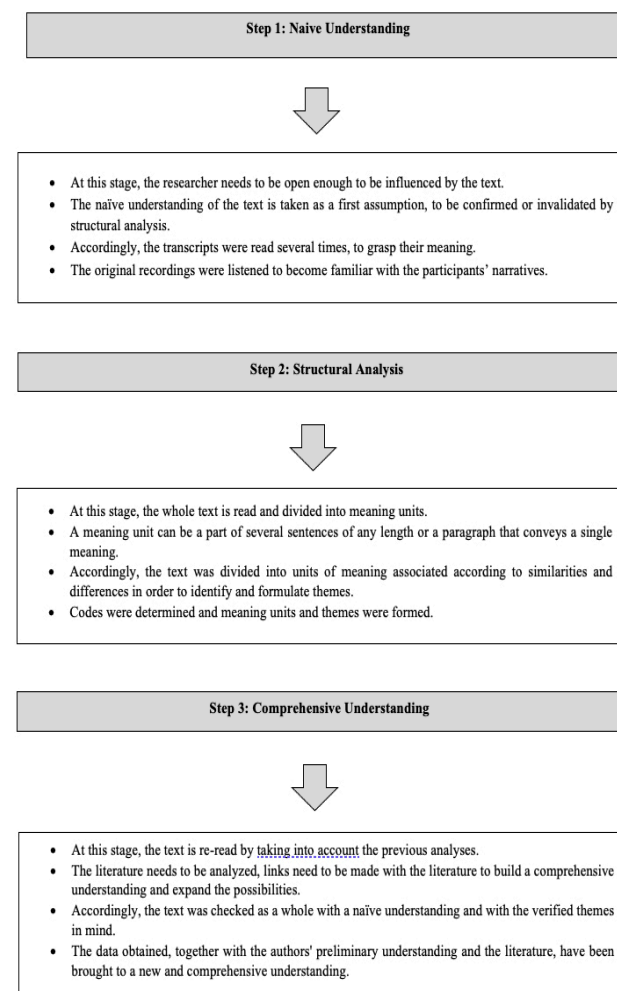
Ethical considerations

The research process was carried out by the international standards and principles accepted by the World Medical Association's Declaration of Helsinki. Ethical approval was obtained from the Clinical Research Ethics Committee before collecting the research data (22.12.2021,956). In addition, institutional permission was obtained from the hospital where the participants were receiving treatment. Informed verbal and written consent were obtained from the participants, and the names of the participants were coded in the study.

Data analysis

Numerical and percentage calculations were used to interpret the distribution of the demographic characteristics of the patients. The transcribed interviews were analyzed using a phenomenological-hermeneutic method, involving three phases; naïve understanding, structural analysis, and comprehensive understanding (25). In the first phase: The data obtained from the interviews with the participants were analyzed by making a written transcript after the interview was completed. In the naïve understanding, the transcripts were read several times, to grasp their meaning. The original recordings were also listened to become familiar with the participants' narratives. In the second phase for the structural analysis, the text was divided into units of meaning associated according to similarities and differences to identify

and formulate themes. Independent coding ensures validity and reliability and provides a comprehensive and objective presentation of the analysis process (29). Therefore, two researchers (STK, ZÖ) independently assigned codes and created units of meaning and themes. NVIVO software was used to enable data management (30). The last third phase for the comprehensive understanding, it is recommended to consult colleagues, examine the proposed literature, and build a comprehensive understanding by making connections with the literature, and thus expanding the possibilities (25). At this phase, comprehensive understanding was intended to generate a scientific discussion. The data obtained from the naïve understanding and structural analysis stages were brought into a new comprehensive understanding together with the authors' pre-understanding and literature (Figure 1).

**Figure 1.** Qualitative data analysis steps

The text was read again as a whole with the naïve understanding and the validated themes in mind. Themes and sub-themes were compared, and differences were discussed until a consensus was reached. In the hermeneutic approach, distanciation is defined as the process of creating the distance necessary for the interpreter to analyze the text ob-

jectively (31). Distanciation in the interpretation contributes to objectifying the text rather than subjectifying it.(32). As a result of distanciation by writing and the objectification of the structure of the work, the text achieves a new and different understanding of being-in-the-world (32). To ensure distanciation, we used verbatim transcriptions of the interviews in the naïve naïve understanding and narratives linked to each interview or text in the structural analysis.

Validity and reliability/Rigor

Credibility, transferability, dependability, and confirmability criteria should be sought to test reliability and validity in qualitative research (33). To ensure credibility, an expert on qualitative research methods examined the interview questions before the study. In addition, a mutual trust relationship was established between the researchers and the participants by having them sign the informed consent. To ensure consistency, all the results of the interview were given directly without comment and coded separately by researchers experienced in qualitative research. To

evaluate the compatibility between coders, a comparison was made by the coders, and a consensus was reached by discussing the inconsistencies in the codes. Records of interviews, documents and participant observations were kept ensuring confirmability. To ensure that the results could be transferred to situations with similar participants and environments within the scope of transferability, sampling criteria were first determined, and a purposeful sampling method was preferred to obtain the opinions and experiences of the participants.

RESULTS

Characteristics of participants

Ten women and nine men completed the interviews. Eleven participants were married. The mean age of the participants was 52.26 ± 15.85 years and ranged from 24 to 73 (Table 2). Three main themes were obtained from the interview: (I) Being in existence, (II) Hope is the indispensable life force and (III) There is always hope; but it varies, and 12 sub-themes related to these themes were determined (Figure 2).

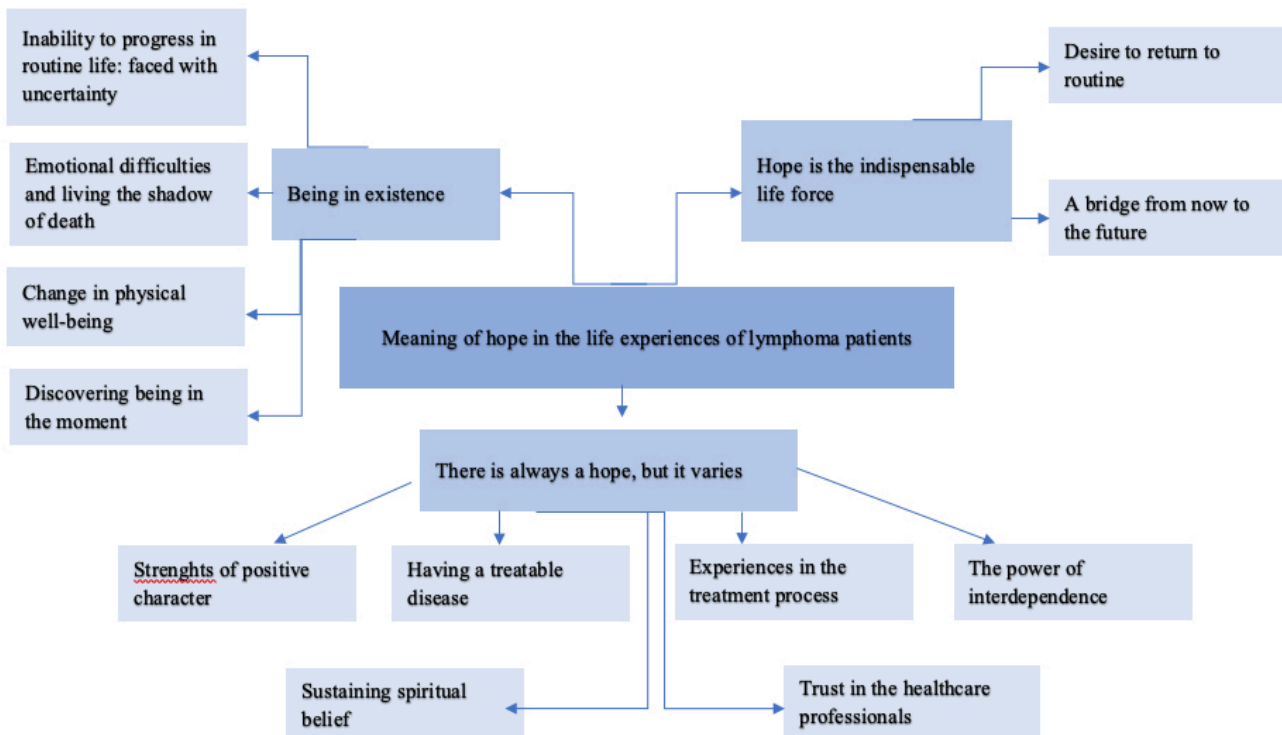


Figure 2. A framework of main themes and subthemes

Table 2. Sociodemographic and disease-related characteristics of the participants

Characteristics	N (%)
Gender	
Female	10 (53%)
Male	9 (47%)
Age (mean±SD, min and max)	52.26 ± 15.85 (min:24, max: 73)
Education level	
Primary education	12 (63%)
High school	4 (21%)
Associate/Bachelor graduate	3 (16%)
Marital status	
Married	11 (58%)
Single	8 (42%)
Working Status	
Working	4 (21%)
Not working	15 (79%)
Living with	
Family	14 (74%)
Children	4 (21%)
Friend	1 (5%)
Presence of chronic disease	
Yes	9 (47%)
No	10 (53%)
Family history of cancer	
Yes	10 (53%)
No	9 (47%)
Disease type	
Hodgkin lymphoma	6 (32%)
Non-Hodgkin lymphoma	13 (68%)
Duration of diagnosis (month) (mean±SD, min and max)	18.85 ±20.28 (min:1, max: 84)

Theme 1. Being in existence

This theme described the patients' experiences of being in existence from the beginning of the disease process, about "facing uncertainty, experiencing changes in physical well-being, emotional difficulties and living in the shadow of death, and discovering being in the moment".

Inability to progress in routine life: faced with uncertainty

Patients indicated four different uncertainties and an inability to progress in routine life. The first of these was the prolongation of the process due to the different examinations performed in the hospital and therefore the uncertainty related to the diagnosis process. "I've had an endoscopy, a colonoscopy, a laparoscopy... I was saying every day, sir, I am in this uncertainty, what will happen to my disease?" (P2). The second was emphasis on the uncertainties about the disease process and stage after diagnosis. "I've never heard of this lymphoma; I don't know more exactly." (P8). Another uncertainty experienced by the patients were related to the treatment process and the effects of chemotherapy. "Since we do not know how the treatment is administered, in how many days a result can be obtained, or in how

many days it can show an effect, drugs are constantly coming in" (P10). "So how does the treatment go? Is it difficult? How much does it tire me?I was thinking all the time." (P5). Most of the patients emphasized that they experienced more uncertainty in the early stages of the treatment because they did not know the procedures, but this decreased with the progress of the treatment. Finally, patients stated that they experienced uncertainty about progress in routine life, maintaining life goals, and the continuity of their future lives. "I say, never mind, you have today; maybe I won't have tomorrow" (P2). "Illness inevitably disconnects people from life; I just broke away from life" (P17).

Change in physical well-being

Patients stated that they often experience pain, fatigue, loss of appetite, and sleep problems after chemotherapy "Those two courses of treatment killed me. I suffered a lot. It hurt to the marrow of my bones." (P12). "The things that try my patience are pains, dizziness, and things like numbness, lack of appetite" (P10). In this, it was seen that many patients equated their symptoms with the illness. "When I think of lymphoma, I think of tiredness, tiredness, or something that sweats a lot." (P1). The patients stated that the symptoms, especially those because of chemotherapy, affected their daily lives. "I can't walk for two days, but as the effect of chemotherapy gradually decreases, the body starts to recover slowly" (P14). Participants reported that they could not get out of bed for a long time due to the physical changes they experienced; therefore, they had difficulty performing their daily living activities, and some patients reported that they could no longer work "After that I lost all my social life. I mean, I was like the living dead. A very bad tiredness." (P17).

Emotional difficulties and living in the shadow of death

Most participants reported that they experienced anxiety and fear during the diagnosis and treatment processes. "At first I was really afraid, I was nervous. It's cancer after all – the big C. It frightens people" (P8). They emphasized that the reasons for anxiety and fear were the perception of cancer, the sudden emergence of disease and symptoms, physical changes, uncertainty, staying in the hospital for a long time and coming more often. "Now I am still afraid to come here (to the hospital); I did not want to take the medicine" (P12). They stated that the effects of daily activities, getting away from routines, isolation practices for protection from infection, and the thought of being dependent on others increased their anxiety. "It constricts you; you are in one room; an unfamiliar situation, an unexpected situation" (P10). The anxiety increased not only for themselves but also for their relatives. "Of course, when I first learned about it, my family came to my mind, ...hear-

ing this broke me down" (P8). "When I was miserable, that made my family miserable too." (P12). In addition, most patients stated that they felt near death and had a fear of dying. "Now, with the disease, are we a little closer to death? Are we going to evil?" (P7). "I began to wait for the time of death" (P11). In addition, some patients stated that they thought about death due to the problems they experienced. "In all this, I wanted to die. No, I preferred to die than to suffer this pain." (P12). Some of those emphasized that they did not like people around them talking about approaching death. "Like they talked to me as if I was dying." (P1). Some patients stated that the disease prevented them from realizing their life goals, they became angry quickly, and this negatively affected their families. "I started shouting at people like I've never done before." (P14).

Discovering being in the moment

Most of the patients stated that they prioritized health in their lives after diagnosis. "This was a turning point for me... I understood that nothing else was important, only being healthy, and living the life in front of you" (P4). "I will sit and think about my health. I decided that about life is first, health is first" (P6). The patients emphasized that the point of life view about life is important for staying healthy and they had discovered staying in the moment, not living in the past or future. "Previously, I used to live much more future-oriented, but now I've started to focus on living in the moment a little more" (P3). "We will not worry about anything; I believe we will have a very different life" (P8). It is seen that discovering how to stay in the moment is also related to feeling like one is living in the shadow of death. "I say forget it; you've got today, maybe you won't have tomorrow. Eat, drink and be merry I say; I don't care." (P2). Patients who decided to live in the moment stated that they enjoyed life more and did not get hung up on details. "I don't know, I've started to look at everything more positively. I've started to appreciate the scent of flowers." (P19).

Theme 2. Hope is the indispensable life force

This theme revealed that hope is an indispensable life force in patients waiting for a return to routine and building a bridge from the present moment to the future and that it is difficult to have a hopeless life.

Desire to return to routine

Many patients diagnosed with lymphoma hoped that the illness would go better, the treatment would be effective, and they would recover. "Hope means recovery, the treatment always being positive" (P1). Also, it was emphasized that the meaning of hope was the wish to be freed from the difficulties brought on by the treatment. "I think this treatment will make

me better; it'll be good, and I'll leave the hospital" (P17). The patients expressed the hope not only of recovery, of being freed from their difficulties, but also of returning to the old days, and of everything going back to routine. "The old days, God willing, those days will come back... anyway, that's what we dream of" (P14). One patient expressed his hope metaphorically: "It's like you're making a faded flower sprout up again. You give it water and you want it to recover like that" (P17).

A bridge from now to the future

The patients defined hope as connecting with life and being able to continue, as defining their aims for the future. "I want to see more days in the future, I want to live better... I've got hope" (P6). Hope was expressed as the belief that good things would happen in the future, life which they wanted to see in the future. "I believe I'll get better. I have a lot of hope. I never think pessimistically. I never let myself go; I mean I always think good things" (P2). Hope was emphasized by many of the patients to be the existence of a good future. "I think hope expresses a good future. A beautiful future" (P5).

Theme 3. There is always hope, but it varies

The patients' levels of hope were affected by the process of diagnosis and treatment. They said that in this process, hope was dynamic, and varied over time. "Each moment isn't the same... One moment we're overtaken by hopelessness, but sometimes there's an improvement, and our belief that things will get better increases, and we can be more hopeful" (P3). Under this theme, it was stated that hope was affected by the factors of positive strength of character, the possibility of treating the illness, experiences in the treatment process, mutual interdependence, spiritual beliefs, and trust in healthcare professionals.

Strength of positive character

Many of the patients spoke about the importance of belief and trust in oneself in the maintenance of hope. "I mean, I don't know, there's something in me for living. You do this, you're successful at that, and it's like I'm always on my feet, without being knocked down" (P8). Also, they said that focusing on the positive and thinking positively were important for maintaining hope. "I've always been positive without ever being pessimistic... I've always laughed, I've been happy with my children, I mean I can say I've never cried" (P19). It was seen that positive coping experiences in the past were also effective in maintaining patients' hope. "I talked to myself each morning in the mirror, I say, 'You'll succeed in this. Look what you've got over'" (P19).

Having a treatable disease

The patients stated that they were able to be more hopeful because lymphoma was treatable and could be treated more easily than other cancers. "I've got one of the easiest of cancers. In that way I'm hopeful" (P11). They emphasized that developments in technology and the treatment of patients were important in maintaining hope. "Technology is advancing, and there's nothing that can't be treated" (P10). It was also mentioned that hope varied according to the effects of treatment. "I can say that each time I start a different treatment, my hope is revived. I mean, at first, when I start the treatment, I'm hopeful. Of course, when later I see that it's not doing any good, that changes a bit" (P3). "All sorts of things make me a more hopeful person. At least you know that there are treatments" (P10).

Experiences in the treatment process

The patients stated that problems associated with the treatment process affected their hopes. "I mean, I've never been overcome by hopelessness in the treatment process, but when I'm having treatment, my values are low and the treatment is long, and that makes me lose hope a bit..." (P5). It was seen that the patient's observations and experiences with other patients affected their hope. "I've seen people much worse off than me" (P14). "A 16-year-old girl came... she was crying... she was pulling out her hair with her hands. What a morale-destroying thing! Another was vomiting. I go home with low morale. And because of that, I started not coming" (P16). In addition to this, they said that sharing their experiences in their social environment – "Sometimes a neighbor says whatever you do there's nothing that can be done; hearing that kind of talk upsets me... they put me into a difficult position, and upset me" (P1), or the presence of people who have overcome the disease increased their hopes. "When I heard of people in my circle of friends who've completed the treatment, my hope increased" (P5).

The power of interdependence

The patients' relationships with their families greatly affected their hope. "My hope is my family, I'll stand up to it because of them, God willing I'll get over it in a short time, I mean I succeeded for them" (P8). They emphasized the importance of the support of their social circle, relatives, and friends in the maintenance of hope. "I mean, first the treatment, then I couldn't be with my friends; these things affect you whether you want it or not. Staying away from social activities affect your hope, I mean as moral motivation. It makes you lose hope" (P5). They said that talking with trusted people in their family and social circle was important, but that talking did not always have a positive effect, and sometimes they did not want to talk about their condition. "My family, the people around me, even if they aren't putting pressure on me, they keep on calling to say how are

you, how's it going, so that I don't want to answer the phone... They look at me as someone who's dying; talking to them or telling them about my condition lowers my motivation" (P8). Apart from the family, a patient's relationships with other living things affects their hope. "I'm still hopeful because there are reasons for me to be hopeful, things that remain for me. I need to live a bit longer, so I can place my hope in them. At least I've got three dogs, for example. That gives me hope" (P11) "I've got plants that I grow; my balcony is full of them, and I talk to them" (P19).

Sustaining spiritual belief

The participants stated that their spiritual beliefs were effective in maintaining their hope during their illness and treatment. Just as there were patients who believed that illness came from God and that it was a test – "It's something coming from God; because we know that, I say thank God, I have never lost hope" (P18), there were patients who said they believed that the cure would also come from God. "All help comes from God. Who will help us but Him?" (P10). They emphasized the importance of patience and prayer in coping in the course of the illness. "Endurance. By praying to God. By praying, by being patient" (P6). "I wait with patience. I only wish for patience from God" (P10). It was seen that during the illness, they thought that it could have been worse, and so they were thankful and submissive to the will of God. "Something which comes from God, something which He gives or takes away, I'm thankful, and I've never given up hope" (P18). Being patient is seen to be important for patients in this process. "I wait patiently, and only ask God for patience" (P10).

Trust in the healthcare professionals

The patients stated that they felt more hopeful with professional information obtained from health professionals. "He explained it to me in a very straight way there. It gave me great hope like that" (P1). "What makes me a more hopeful person? At least we know that there are treatments. We have hospitals, and doctors and nurses who have given years to understanding this business." (P10). It was seen that there were patients who did not much want to use information other than from health personnel. "It hasn't made much difference to me, but I haven't done any research on lymphoma or anything; there's so much wrong information on the internet, and it confuses you, so I haven't done any research like that" (P14).

DISCUSSION

This study adds to the existing literature by describing the patients' experiences of lymphoma and hope, thereby providing further insight into the findings from qualitative research on this group. In data obtained from our study, three main themes were determined: I) Being in existence, II) Hope is the indispensable life force, and III) There is always hope, but it varies. The meaning of these themes will provide important information to the health profession in the management of treatment and nursing interventions. Within the scope of this main theme "Being in existence", patients' experiences of being in life include the inability to progress in routine life, being faced with uncertainty, change in physical well-being, emotional difficulties and living in the shadow of death and discovering being in the moment. It has been stated in many qualitative and quantitative studies that the process of diagnosis and treatment of cancer involves uncertainty (15, 34, 35). Our study from the others because we gathered the causes of uncertainty under four headings. Limiting uncertainty only to the diagnosis and treatment process or to the future may not be sufficient to provide holistic nursing care. Studies on NHL patients (14) and hematological malignancies (15) have revealed uncertainty about the future. Living with uncertainty often causes marked ongoing emotional distress (15). Chircop et al. (2018) stated the sub-theme in their study as "fear of the unknown" (14).

Planning the interventions for the cause of the uncertainty in patients is important in combating uncertainty (35). In this direction, it is thought that providing education, peer support, blogs and content for sharing information with technological infrastructure, hope for the future (35) and gradually sharing these contents with patients at every stage from the beginning of the diagnosis and treatment process may be effective in preventing uncertainty. Increasing clinicians' clarity and patient access to information can contribute to improved patient outcomes (34). In this study, patients stated that during the treatment process for lymphoma, both physical and psychosocial changes caused them to move away from their daily lives. Quantitative and qualitative studies conducted with patients with lymphoma have also clearly demonstrated this (13-17). Chircop et al. (2018), in a study investigating the experiences of patients with NHL during the initial stages of chemotherapy, revealed three main themes: 'living an emotional rollercoaster', 'becoming dependent on others' and 'facing an uncertain future'. In their study, it was stated that patients were upset at not being able to maintain their daily routines (14). In another study examining the experiences of patients with lymphoma, six themes emerged: (I) cancer diagnosis reactions, (II) self-image altered, (III) interpersonal relationships influenced, (IV) career development hindered, (V) life philosophy changed, and (VI) per-

sonal growth achieved (17). This study revealed that the emotional difficulties in lymphoma, most deeply affects the patients is living in the shadow of death. The reasons for this include the perception of cancer, intense symptoms, and distressing periods. Ruan et al. (2020), on the other hand, showed in their study that patients accepted approaching death. In our study, this sub-theme was that death makes itself felt, and individuals stated that they felt close to death. The patients' interpretation of hope as "a bridge from today to the future" suggests that this feeling can be overcome, and the future may continue with attempts to increase hope. Of course, more information is needed to interpret this situation, and new interventional studies are warranted on this subject. While this study provided that patients moved away from routine life for the reasons mentioned above, the sub-theme "discovering being in the moment" showed that they also tried to see the positive aspects of this situation. Ruan et al. (2020) also signed that within the scope of the theme "life philosophy changed", participants prioritized their health, understood the value of their time better, and attached importance to living a valuable and meaningful life (17). It seems that the number of studies on developing a new perspective after lymphoma is limited (17). Our findings of this study may lead to the planning of interventions in line with the needs of patients with lymphoma, home support services by health care providers during treatment, and the initiation of screening programs and measures to monitor physical and psychosocial distress. Strengthening this aspect of patients by health professionals may be beneficial in coping with the disease. More interventional studies on the subject are needed.

Within the scope of the theme "hope is the indispensable life force", the patients' experiences were revealed as a desire to return to routine and a bridge from now to the future. These two sub-themes are very important in revealing the meaning of hope for patients. Here, hope has two meanings for patients, the first is that it is related to the moment, and the second is that it is related to the future. Studies on the experience of illness have shown the theme and sub-themes of return to normal or a 'new normal' (35). Another new piece of information that this study has brought to the literature is that the way of defining hope is the desire to return to routine. Nazam et al. (2021) stated that the major common themes related to hope during illness in cancer patients were the expectation of survival and the will to live (36). Many studies have also confirmed that hope contains positive expectations about the future (37, 38). Another innovation revealed by this study is that hope is about being first in the present and then being in the future. As the present moment takes place, the future will unfold accordingly.

In our study, within the scope of this theme “There is always hope; but it varies”, patients’ sources of hope were examined under six headings: “Strength of positive character, having a treatable disease, experiences in the treatment process, the power of interdependence, sustaining spiritual belief and trusting the healthcare professionals”. It is one of the important things revealed by this study that patients’ hope is affected by both the patients themselves (character and spirituality), the factors related to the disease (curability and experiences) and external resources (interdependence and healthcare providers).

The significance of the results of this study is to emphasize the importance of clinicians establishing trusting and patient-centered relationships, strengthening the positive perspective of patients, and developing interdependence. This interdependence can be not only with humans but also with plants and animals. In the literature, it has been shown that hope comes from many sources or is affected by various factors (19, 39). A systematic review of quantitative studies on hope in cancer patients shows that there is a positive relationship between hope and quality of life, social support, spiritual well-being and existential well-being. In addition, hope appears to be negatively associated with symptom burden, psychological distress, and depression. The relationship between hope and anxiety, on the other hand, remains unclear (19).

In a thematic review (39), found seven themes to increase hope including positive personal relationships, positive character traits, quality of life, setting and achieving goals, spirituality/religion, and hope after death (39). In this review, it is shown that hope is always present, even when it changes with increasing pain or poor prognosis, and that hope can still be present even when treatment fails and palliative care is provided. In addition, positive interpersonal relationships, positive character traits such as determination and optimism, setting realistic goals, improving quality of life, and spirituality and religion have been shown to promote hope (39).

Social support from loved ones and health professionals helps individuals to adapt to the situation they are going through, accept and cope with the cancer and treatment process (Chiu et al., 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2022). It is also stated that social support contributes to the psychological well-being and quality of life of individuals while coping with the stressful aspects of the diagnosis and treatment process (Usta, 2012). Support from loved ones may assist patients feel valued (40), while the provision of information from healthcare professionals can help increase hope by giving patients a sense of security, support, and control (41). Although it has been revealed that the support of healthcare providers, families and friends eases disease experiences in NHL,

there is still a need for further studies on how this situation affects hope in patients with lymphoma. Also, maintaining a strong sense of spirituality can help in adapting to illness (34), coping, and finding meaning and peace even with treatment-related side effects (42). Disease acceptance is their destiny (14) and having a stronger faith (17) were among the themes emerging in these studies (14,17, 29). However, no qualitative study was found on the importance of spirituality in maintaining hope in lymphoma patients.

In a thematic review conducted to investigate the meaning of hope for patients receiving palliative care and to examine the themes that foster hope, it was stated that when faced with a crisis, people often turn to spirituality or religion while seeking meaning, hope, and love (39). In this review, it has been shown that believing in God and praying about spirituality were effective in maintaining hope in individuals despite their illness (Broadhurst & Harrington, 2016). Patients can be helped by using the positive power of experience through support meetings and groups. It is recommended that associations create content for experience sharing and peer-led self-management programs, and people who have just finished their treatment to help adjust to life should be beneficial to other patients.

Limitations

This study has several limitations. The first is the hermeneutic paradigm used to examine the experiences of lymphoma patients, which prevented the results from being generalizable. Other limitations may be that it was a single-center study and the participants did not review their transcripts for external validity.

Implications for Nursing Practice

This study offers a new perspective on focusing hope through the disease experience, may help to improve the understanding of hope-oriented care in healthcare professionals and develop interventions to improve hope in lymphoma patients. In line with the findings, it is recommended that clinicians focus on the factors affecting hope and sharing information on reducing uncertainty, establishing trust-based and patient-centered relationships, strengthening patients’ positive perspectives, and improving mutual commitment.

CONCLUSION

This study contributes to the existing literature by describing the lymphoma and hope experiences of patients and will provide insights into the management of lymphoma treatment and nursing interventions. Healthcare professionals may utilize this data to provide care that meets the needs of lymphoma patients, to serve supportive services, and to guide new research. To monitor the distress of these patients, it is recommended that screening programs should be initiated, and programs may be developed to provide domestic, and peer support. In addition, this study may guide future studies to increase hope and improve life experiences in patients with lymphoma.

Author contributions

Idea/Concept: EÇ, STK, ZÖ; : Design: EÇ, STK, ZÖ; Supervision/Consultancy: STK, ZÖ; Data collection and/or processing: EÇ, STK, ZÖ; Analysis/interpretation: EÇ, STK, ZÖ; Literature review: EÇ, STK; Writing the article: EÇ, STK, ZÖ; Critical Review: STK, ZÖ

Conflict of interest

The authors declare they have no conflict of interest.

Informed consent

Informed consent was obtained from all the participants included in the study, and the names of the participants were coded in the study.

Funding

No funding was received for conducting this study.

REFERENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hematologic Cancer Incidence, Survival, and Prevalence. USCS Data Brief, no. 30. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services; 2022.
2. American Cancer Society (ACS). Key Statistics for Hodgkin Lymphoma 2023. Available from: <https://www.cancer.org/>.
3. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*. 2021;149(4):778-89.
4. Cairo MS, Beishuizen A. Childhood, adolescent and young adult non-Hodgkin lymphoma: current perspectives. *Br J Haematol*. 2019;185(6):1021-42.
5. Eichenauer DA, Aleman BMP, André M, Federico M, Hutchings M, Illidge T, et al. Hodgkin lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl 4):19-29.
6. Fu F, Chen Y-Y, Li Q, Zhu F. Varieties of Hope Among Family Caregivers of Patients With Lymphoma. *Qualitative Health Research*. 2018;28(13):2048-58.
7. Kang D, Kim S, Kim H, Lee M, Kong SY, Chang YJ, et al. Surveillance of Symptom Burden Using the Patient-Reported Outcome Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events in Patients With Various Types of Cancers During Chemoradiation Therapy: Real-World Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2023;9:e44105.
8. Allart P, Soubeyran P, Cousson-Gélie F. Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psychooncology*. 2013;22(2):241-9.
9. Hall A, Lynagh M, Bryant J, Sanson-Fisher R. Supportive care needs of hematological cancer survivors: A critical review of the literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2013;88(1):102-16.
10. Linendoll N, Saunders T, Burns R, Nyce JD, Wendell KB, Evens AM, Parsons SK. Health-related quality of life in Hodgkin lymphoma: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):114.
11. Sezgin MG, Bektaş H. Symptom Clustering and Its Effect on Functional Status in Lymphoma Patients. *Florence Nightingale J Nurs*. 2020;28(2):143-54.
12. Smith SK, Crespi CM, Petersen L, Zimmerman S, Ganz PA. The impact of cancer and quality of life for post-treatment non-Hodgkin lymphoma survivors. *Psychooncology*. 2010;19(12):1259-67.
13. Bolukbas F, Kutluturkan S. Symptoms and symptom clusters in non Hodgkin's lymphoma patients in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(17):7153-8.
14. Chircop D, Scerri J. The lived experience of patients with non-Hodgkin's lymphoma undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;35:117-21.
15. Howell DA, McCaughan D, Smith AG, Patmore R, Roman E. Incurable but treatable: Understanding, uncertainty and impact in chronic blood cancers—A qualitative study from the UK's Haematological Malignancy Research Network. *PLOS ONE*. 2022;17(2):e0263672.
16. Payne JB, Dance KV, Farone M, Phan A, Ho CD, Gutierrez M, et al. Patient and caregiver perceptions of lymphoma care and research opportunities: A qualitative study. *Cancer*. 2019;125(22):4096-104.
17. Ruan J, Qian Y, Zhuang Y, Zhou Y. The Illness Experiences of Chinese Patients Living With Lymphoma: A Qualitative Study. *Cancer Nurs*. 2020;43(4):E229-e38.
18. Kitashita M, Suzuki K. Hope and its associated factors in cancer patients undergoing drug therapy: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2023;31(10):597.
19. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2020;76(7):1520-37.
20. Elliott JA, Olver IN. Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*. 2007;64(1):138-49.
21. Elliott JA, Olver IN. Hope, life, and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death Stud*. 2009;33(7):609-38.

22. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Hope dies last ... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(4):570-9.
23. Kylmä J, Duggleby W, Cooper D, Molander G. Hope in palliative care: an integrative review. *Palliat Support Care*. 2009;7(3):365-77.
24. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-75.
25. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):145-53.
26. Miles M, Francis K, Chapman Y, Taylor B. Hermeneutic phenomenology: a methodology of choice for midwives. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(4):409-14.
27. Booth A, Hannes K, Harden A, Noyes J, Harris J, Tong A. COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies). Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual 2014. p. 214-26.
28. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. 2014.
29. Linneberg M, Korsgaard S. Coding qualitative data: a synthesis guiding the novice. *Qualitative Research Journal*. 2019.
30. QSR. International Pty Ltd. NVivo (Version 10), <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home2014>.
31. Ricoeur P. The hermeneutical function of distanciation. In: Thompson JB, editor. *Hermeneutics and the Human Sciences: Essays on Language, Action and Interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press; p. 93-106. . 2016.
32. Dreyer PS, Pedersen BD. Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation. *Nursing Inquiry*. 2009;16(1):64-73.
33. Lincoln Y, & Guba, E. . *Naturalistic inquiry*, CA: Sage: Thousand Oaks 1985.
34. Chircop D, Scerri J. Coping with non-Hodgkin's lymphoma: a qualitative study of patient perceptions and supportive care needs whilst undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2017;25(8):2429-35.
35. Monterosso L, Taylor K, Platt V, Lobb E, Krishnasamy M, Musiello T, et al. A qualitative study of the post-treatment experiences and support needs of survivors of lymphoma. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017;28:62-8.
36. Nazam F, Husain A, Devi S, Singh R. An interpretive phenomenological analysis of hope in cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Cancer*. 2021; Online First.
37. Bryant FB, Harrison PR. Chapter 3 - Measures of Hope and Optimism: Assessing Positive Expectations of the Future. In: Boyle GJ, Saklofske DH, Matthews G, editors. *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. San Diego: Academic Press; 2015. p. 47-73.
38. Laranjeira C, Dixe MA, Semeão I, Rijo S, Faria C, Querido A. "Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3).
39. Broadhurst K, Harrington A. A mixed method thematic review: the importance of hope to the dying patient. *J Adv Nurs*. 2016;72(1):18-32.
40. Werner A, Steihaug S. Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases: the balance between supporting and challenging the patient. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017;35(2):143-52.
41. Visvanathan A, Mead G, Dennis M, Whiteley W, Doubal F, Lawton J. Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patients' experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions. *PLOS ONE*. 2019;14(9):e0222500.
42. Garssen B, Uwland-Sikkema NF, Visser A. How Spirituality Helps Cancer Patients with the Adjustment to their Disease. *Journal of Religion and Health*. 2015;54(4):1249-65.

DERLEME REVIEW

Correspondence address
Yazışma adresi

Selma TURAN KAVRADIM
Akdeniz Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Antalya, Türkiye
selmaturan@akdeniz.edu.tr

Cite this article as
Bu makalede yapılacak atıf

Çetiner E, Turan Kavradım S.
Kanser Tanılı Bireylerde Başa
Çıkma Stratejisi Olarak Öz şefkat ve
Öz-şefkati Geliştirmeye Yönelik
Müdahaleler: Literatür Derlemesi
Akd Hemşirelik D 2024; 3(2): 64-73

 Emine ÇETİNER
Antalya İl Sağlık Müdürlüğü,
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Antalya, Türkiye

 Selma TURAN KAVRADIM
Akdeniz Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Antalya, Türkiye

Geliş tarihi / Received : 06 Mart 2024

Kabul Tarihi / Accepted : 15 Nisan 2024

Kanser Tanılı Bireylerde Başa Çıkma Stratejisi Olarak Öz-şefkat ve Öz-şefkati Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler: Literatür Derlemesi

Self-Compassion as a Coping Strategy in Individuals Diagnosed with Cancer and Interventions to Improve Self-compassion: A Literature Review

ÖZET

Erken teşhis ve tedavilerdeki ilerlemeler kanser hastalarının hayatta kalma süresini önemli ölçüde artırmaktadır. Bununla birlikte, kanser tedavisi alınan bireyler için oldukça zor bir yaşam deneyimi olduğu bilinmektedir. Kanser hastaları genellikle kanser ve tedavisinden kaynaklanan uzun vadeli fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Bireylerin yaşamış olduğu sorunlara yönelik baş etme mekanizmalarını harekete geçirmenin önemi yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Öz-şefkatin, zorlu yaşam olayları karşısında bireyin kendi kendini yatıştırabilmesi, kendi kendine yetebilmesi ve gereksinim duyduğu kabul ve anlayışı kendisine gösterebilmesi açısından duyu düzenleyici bir başa çıkma stratejisi olduğu ifade edilmektedir. Bu derlemede kanser tanılı bireylerde öz-şefkatle ilişkili faktörler, öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik uygulanan müdahaleler ve etkilerine yönelik literatürün sentezlenmesi amaçlanmaktadır. Literatür incelemesi sonucunda öz-şefkatin hasta sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu, fiziksel ve psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu ve öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik bilinçli öz-şefkat programı, şefkat odaklı terapi, öz-şefkat odaklı yazma uygulamaları, sevgi dolu-şefkat meditasyonu, şefkatli zihin eğitimi, kabul ve kararlılık terapisi gibi uygulamaların yer aldığı görülmüştür. Bu derleme makalenin kanser tanılı bireylere yönelik öz-şefkati geliştirme programları konusunda sağlık profesyonellerinde farkındalığın artmasına katkı sağlayabileceği ve deneysel çalışmaların planlanmasında araştırmacılara yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Baş etme becerileri, hemşirelik, kanser, öz-şefkat

ABSTRACT

Advances in early detection and treatments have significantly increased the survival of cancer patients. However, receiving cancer treatment is known to be a very difficult life experience for individuals. Cancer patients often experience long-term physical and psychosocial problems resulting from cancer and its treatment. The importance of activating coping mechanisms for the problems experienced by individuals is emphasized in studies. It is stated that self-compassion is an emotion-regulating coping strategy in terms of self-soothing, self-sufficiency, and self-acceptance and understanding in the face of challenging life events. In this review aims to synthesize the literature

on factors related to self-compassion, interventions to improve self-compassion level and their effects in individuals diagnosed with cancer. As a result of literature review, it was seen that self-compassion has positive effects on patient outcomes, is associated with physical and psychological factors, and there are practices such as mindful self-compassion program, compassion focused therapy, self-compassion focused writing practices, loving-kindness meditation, compassionate mind training, acceptance and commitment therapy to improve the level of self-compassion. It is thought that this review article may contribute to increasing the awareness of health professionals about self-compassion development programs for individuals diagnosed with cancer and may guide researchers in planning experimental studies.

Keywords

Coping skills, nurse, cancer, self-compassion

Alanla İlgili Bilinenler

- Öz-şefkat bireyin duygularına açık olması, kendine özenli yaklaşması ve olumsuz deneyimleri yaşamın doğal bir süreci olarak kabul etmesidir.
- Öz-şefkat, zorlu yaşam olayları karşısında duygu düzenleyici bir başa çıkma stratejisidir.
- Öz-şefkat, bireylerde öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir beceri olarak görülmektedir.

Makalenin Alana Katkısı

- Bu makale ile kanser tanılı bireylerde öz-şefkatle ilişkili faktörler, öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik uygulanan müdahaleler ve etkilerine yönelik sağlık profesyonellerinde farkındalığın artırılması hedeflenmektedir.
- Öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik bilinçli öz-şefkat programı, şefkat odaklı terapi, öz-şefkat odaklı yazma uygulamaları, sevgi dolu-şefkat meditasyonu, şefkatli zihin eğitimi, kabul ve kararlılık terapisi gibi uygulamaların yer aldığı görülmüştür.
- Bu makalenin kanser tanılı bireylerde öz-şefkat uygulamalarının değerlendirilmesi, geliştirilmesine yönelik deneysel çalışmaların planlanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

GİRİŞ

Kanser, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra en önemli ikinci ölüm sebebi olarak bildirilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2020 yılında dünya genelinde yeni vaka sayısı yaklaşık 19 milyon, ölüm sayısı 10 milyon olarak bildirilmiştir (2). Türkiye’de ise 2020 yılında yeni vaka sayısı yaklaşık 230 bin, ölüm sayısı 126 bin olarak hesaplanmıştır (2). Erken teşhis ve tedavilerdeki ilerlemeler kanser hastalarının hayatta kalma süresini önemli ölçüde artırmaktadır (3). Bununla birlikte, kanser tedavisi almanın bireyler için oldukça zor bir yaşam deneyimi olduğu bilinmektedir (4).

Kanser tanısı olan bireyler, hastalığa ve tedaviye bağlı uzun vadeli fiziksel ve psikososyal sorunları deneyimlemekte (5) ve bu sorunlarla etkili bir şekilde baş etmede güçlükler yaşayabilmektedir (4). Bireylerin yaşadığı fizyolojik semptomlar arasında ağrı, yorgunluk, dispne, iştahsızlık, bulantı-kusma, mukozit, diyare, konstipasyon, uyku problemleri ve cinsel problemler yer alırken; psikososyal semptomlar arasında distres, anksiyete, depresyon, hatırlamada ve dikkatte güçlük, ölüm ve gelecek korkusu, ekonomik sorunlar yer almaktadır (5). Kansere bağlı semptomların bireyler üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, kanser hastaları arasında fizyolojik ve psikolojik semptomların prevalansının tedavideki gelişmelere rağmen hala yüksek olduğu ve bu semptomların bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (5). Bireylerin yaşamış oldukları zorluklarla mücadele etmede baş etme mekanizmalarını harekete geçirmenin etkili olduğu belirtilmektedir (4).

Öz-şefkat, bireylerde hastalığın kabulü, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, olumlu duyguların güçlendirilmesi ve olumsuz duyguların azaltılmasında duygu düzenleyici bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılmaktadır (6). Öz-şefkatin kanser tedavisinin yan etkileriyle baş etmede, tıbbi tedavilere uyum göstermede etkili bir mekanizma olabileceği belirtilmektedir (7). Bu doğrultuda, bu derlemede kanser tanılı bireylerde öz-şefkatle ilişkili faktörler, öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik uygulanan müdahaleler ve etkilerine yönelik literatürün sentezlenmesi amaçlanmaktadır.

Öz-şefkat

Öz-şefkat, Neff tarafından geliştirilmiş olup, temeli 2000 yıllık Budizm felsefesine dayanmaktadır (8). Neff’e göre öz-şefkat bireyin acı ve sıkıntı çekmesine neden olan duygularına açık olması, kendine özenli, sevecen tutumlarla yaklaşması ve anlayışlı olması, olumsuz deneyimleri yaşamın doğal bir süreci olarak kabul etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (8, 9). Kişinin kendisi hakkında yargılayıcı olmamasını ve deneyimlerini insan olmanın bir parçası olarak kabul etmesini içermektedir (9). Neff tarafından “self-compassion” olarak tanımlanan bu kavram dilimize “öz-

şefkat" (10), "öz-anlayış" (11) ve "öz-duyarlık" (12) olarak çevrilmiştir. Neff öz-şefkati birbiriyle örtüşen ancak kavramsal olarak farklı unsurlardan oluşan çok yönlü bir yapı olarak tanımlamaktadır (13). Öz-şefkat kavramı insanların acıya karşı tepki verme durumlarını (öz-sevecenlik veya öz-yargılama), içinde buldukları zor durumu bilişsel olarak algılamalarını (paylaşımların bilincinde olma veya izolasyon) ve acıya dikkat etme biçimlerini (farkındalık veya aşırı özdeşleşme) içermektedir (8, 9, 13). Diğer bir deyişle öz-şefkat, bireyin yaşadığı zor durumu ve acısını hafifletmek için birlikte çalışan dinamik bir sistemi temsil etmektedir (13).

Öz-şefkat Kavramının Alt Bileşenleri

Öz-şefkat, altı alt bileşenden oluşmaktadır (8, 9). "Öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve farkındalık" öz-şefkatin olumlu alt boyutları; "öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme" ise öz-şefkatin olumsuz alt boyutları olarak kabul edilmektedir (8, 9). Öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, farkındalık alt boyutları karşılıklı olarak etkileşime girerek stresli yaşam olaylarıyla baş etmeyi sağlayarak bireylerin dengeli ve anlayışlı bir tutum sergilemesine yardımcı olmaktadır (14). Öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutları ise karşılıklı olarak etkileşime girerek zor yaşam olaylarında bireyin kendisini suçlu hissetmesine ve yalnızlık duygusu yaşamasına neden olmaktadır (13). İlk bileşen olan "öz-sevecenlik", zorlu yaşam koşullarında ve bireye acı veren durumlarda bireyin kendisini sert bir şekilde eleştirmesi yerine kendisine karşı nazik olmasını, kendi kendini teselli etmesini ifade etmektedir (8). Zor durumlarla karşılaştığında bireyin duygusal olarak ulaşılabilir olmasını, kendine nezaket göstermesini, kendisini onaylamasını, desteklemesini ve kendine cesaret vermesini içermektedir (13). Bu alt bileşenin tersi olan "öz-yargılama" ise bireyin kendini sert bir şekilde eleştirmesi ve cezalandırması anlamına gelmektedir (13).

Öz-şefkat kavramının ikinci bileşeni olan "paylaşımların bilincinde olma", bireyin bütün deneyimlerinin yalnızca kendi benliğine özgü olmadığını, tüm insanların benzer deneyimler yaşadıklarına ilişkin farkındalığını ifade etmektedir (8). Bireyler hata yaptıklarında, başarısız olduklarında ya da zor bir durumla karşılaştıklarında etrafındaki herkesi iyi, kendisini kötü görme eğiliminde olabilmektedir. Bu durumun bireyin öz anlayışını azaltan, gerçekliği çarpıtıcı duygusal bir tepki olduğu belirtilmektedir (13). Ancak "paylaşımların bilincinde olma" alt bileşeninde yaşam zorluklarının insan olmanın bir parçası olduğu ve bütün insanların paylaştığı bir deneyim olduğu kabul edilmektedir (13). Birey, diğer insanlarla iletişim kurduğunda herkesin acı çekebileceğini, zor durumlarla karşılaşabileceğini hatırlamakta ve bu şekilde kendini daha az soyutlanmış ve yalnız hissedebilmektedir (13). Bu alt bileşenin tersi "izolasyon" ise bireyin kendini yalnız ve soyutlanmış

hissetmesi olarak ifade edilmektedir (9). Öz-şefkatin yapıtaşı olarak açıklanan "farkındalık" ise bireye acı veren düşünce ve duygularla aşırı özdeşleşmek yerine onları dengeli bir farkındalıkla ele almayı ve onları bastırma veya kaçınma olmadan olduğu gibi kabul etmeyi tanımlamaktadır (9). Farkındalık, alt bileşeninde bireylerin durumu kabul etmesi önem taşımakta, bireyin ancak yaşadığı acıyı ve zor durumu kabul ederse kendine şefkat gösterebileceği ifade edilmektedir. Bireyin yaşadığı duruma direnirse kendi dışına çıkamayacağı, olumsuz duygu ve düşünceleriyle özdeşleşebileceği belirtilmektedir (8). Duruma farkındalıkla yaklaşan birey ise olumsuz duygu ve düşüncelerin sadece "duygu ve düşünce" olduğunu kabul etmekte ve onlara daha az kapılarak onlarla daha az özdeşleşmektedir (13). Bu alt bileşenin tersi "aşırı özdeşleşme" ise bireyin acı veren bir durum karşısında duygu ve düşünceleriyle aşırı özdeşleşmesi ve acı çekmesi anlamına gelmektedir (9).

Öz-şefkat, zorlu yaşam olayları karşısında bireyin kendi kendini yatıştırabilmesi, kendi kendine yetebilmesi ve gereksinim duyduğu kabul ve anlayışı kendisine gösterebilmesi açısından duygu düzenleyici bir başa çıkma stratejisi olarak bildirilmektedir (6, 15). Öz-şefkatin etki mekanizması birçok araştırmacı tarafından incelenmiş ve bununla ilgili farklı görüşler ileriye sürülmüştür (9, 16). Gilbert ve Procter (2006), nörobilim ve bağlanma arasındaki ilişkiden yola çıkarak öz-şefkatin etki mekanizmasını açıklarken, Neff (2003b) öz-şefkatin duygu düzenleme stratejileri ve psikolojik dayanıklılık ile arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır (8, 16).

Öz-şefkat Kavramının Değerlendirilmesi

Öz-şefkat Ölçeği, Neff tarafından bireylerin öz-şefkat düzeyini belirlemek amacıyla 2003 yılında geliştirilmiştir (9). Ölçeğin orijinal hali öz-sevecenlik (self-kindness), öz-yargılama (self-judgment), paylaşımların farkında olma (common-humanity), izolasyon (isolation), bilinçli farkındalık (mindfulness) ve aşırı özdeşleşme (over-identification) olmak üzere toplam altı boyuttan ve 26 sorudan oluşmaktadır (8, 9). Ölçekten alınabilecek minimum puan "26", maksimum puan "130" olarak belirlenmiştir (8). Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır (9). Ülkemizde ise ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması birçok araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir (11, 12). Akın ve arkadaşları Öz-şefkat Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2007 yılında yapmış "Öz-duyarlık Ölçeği" olarak adlandırmıştır (12). Deniz ve arkadaşları ise Öz-şefkat Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2008 yılında gerçekleştirmiş "Öz-Anlayış Ölçeği" olarak adlandırmıştır (11). Öz-şefkat Ölçeği Kısa Formu, Raes, Pommier, Neff ve Van Gucht tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir (17). Ölçeğin Kısa Formu, 26 maddelik Öz-şefkat Ölçeği'nden (8) alınmış maddelerden oluşmaktadır. Öz-şefkat Ölçeği Kısa Formu'nun oluşturulması amacıyla öz-şefkatin her alt bileşeni

için iki maddeye ölçekte yer verilmiştir. Ölçek, orijinal halinde olduğu gibi toplam altı alt boyutu içermekte ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 12-60 arasında değişmektedir (17). Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının tüm örnekleme 0.86'nın üzerinde olduğu belirtilmektedir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yıldırım ve Sarı tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Yıldırım ve Sarı (2018), orijinal formunda bulunan 10. maddeyi faktör yükünün 0.30'un altında olması nedeniyle çıkarmış ve 11 madde olarak geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır (10).

Jiang ve arkadaşları tarafından (2023), şefkat ölçüm araçlarının kapsamlı incelemesinin yapıldığı bir çalışmada Öz-şefkat Ölçeği (9) ve Öz-şefkat Ölçeği Kısa Formu (17) metodolojik kaliteleri ve ölçüm özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmada ölçeklerin metodolojik kaliteleri açısından benzer özellikler gösterdiği, ölçüm özellikleri açısından ise iki ölçek arasında farklılık olduğu gösterilmiştir. Öz-şefkat Ölçeği'nin (9) iç tutarlılık, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, hipotez testi, kültürlerarası geçerlilik ve duyarlılığının olumlu olduğu, Öz-şefkat Ölçeği Kısa Formu'nun (17) ölçüm özelliklerinin ise yapı geçerliliği, kültürlerarası geçerlilik ve duyarlılığının belirsiz olduğu belirlenmiştir (18).

Öz-şefkatle İlişkili Faktörler

Öz-şefkat kavramının stres, depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörlerle negatif yönlü, umut, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, yaşam memnuniyeti, kendini kabul etme, benlik saygısı, fiziksel ve psikolojik iyi oluş gibi faktörlerle pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (6, 9, 19, 20). Ülkemizde yapılan bibliyometrik bir analizde öz-şefkat kavramının en çok psikolojik sağlık, psikolojik iyi oluş, anksiyete, depresyon, affetme ve mükemmeliyetçilik kavramlarıyla birlikte ele alındığı belirtilmektedir (21). Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve sağlıkla ilgili zorlukları daha kolay yönetebildikleri belirtilmektedir (8, 22). Ayrıca öz-şefkatin psikolojik sağlamlığı (13), adaptif duyguları artırmayı (23), sağlığı geliştirici davranışları teşvik etmeyi sağlayarak fiziksel sağlığı etkilediği bildirilmektedir (24).

Öz-şefkatin fiziksel sağlık ve sağlık davranışları üzerine etkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük ağrı yoğunluğu hissettiği, stresi daha iyi yönettiği ve daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olduğu ifade edilmektedir (24). Öz-şefkati yüksek olan bireylerin fiziksel sağlıklarını korumaya yönelik davranışlarda bulunduğu belirtilmekte olup bireylerin öz-bakım, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi hastalık riskini azaltan davranışlar geliştirdiği ifade edilmektedir (23).

Kanser gibi kronik durumlarda bireyler sıklıkla öz-eleştiri yapmakta ve olumsuz duygular yaşamaktadır. Bu durum bireyin yaşamış olduğu fiziksel ve psikolojik semptomların şiddetini artırmaktadır (25). Literatürde bireylerin öz-şefkatin fiziksel semptomları üzerine etkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (26, 27). Yapılan bir çalışmada bireylerin öz-şefkat düzeyleri arttıkça ağrı ile ilgili olumsuz kalıplarının azaldığı ve ağrıyı kabullenmelerinin arttığı belirlenmiştir (28). Bireylerin ağrı ile ilgili deneyimlerine öz-şefkatle yaklaşmanın, ağrı ile ilgili olumsuz duygularının azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (26). Zhu ve arkadaşları (2019) öz-şefkat ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelemişler ve öz-şefkatin bireylerin yaşamış olduğu yorgunluğu azalttığı sonucuna ulaşmıştır (27).

Öz-şefkatin psikolojik iyi oluş ile arasında güçlü bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (24). Öz-şefkat bireyin olumsuz olaylarla başa çıkma becerisini artırmakta ve olumsuz duyguların daha az hissedilmesini sağlamaktadır (22). Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin travmatik uyarılardan daha az kaçındığı, zor durumlara maruz kaldığında daha kolay baş ettiği ve bireyin uyumunun artırılmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (29). Trompeter ve arkadaşları (2017) öz-şefkatin bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılabilirliğini ve bu şekilde olumsuz duygusal deneyimler üzerine psikopatolojiye ilişkin şemaların oluşmasına karşı bir tampon oluşturabileceğini öne sürmüşlerdir (30). Buna ek olarak öz-şefkatin hastalık ve tedavi sürecinin neden olabileceği acıya karşı şefkatli olma, bireyin kendini yargılama ve suçlama duygularının azalmasına yardımcı olma konusunda önemli olduğu belirtilmektedir (8). Bu doğrultuda klinik müdahalelerde bireylerin öz-şefkat düzeylerinin geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (30).

Öz-şefkati Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler ve Müdahalelerin Sağlık Sonuçlarına Etkisi

Öz-şefkat, hem bir kişilik özelliği hem de bireylerde öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir beceri olarak görülmektedir (31). Bu sebeple bireylerin öz-şefkat düzeylerini arttıracak müdahalelerin etkinliği incelenmekte ve yapılan uygulamaların bireyler üzerindeki fizyolojik ya da psikolojik etkileri değerlendirilmektedir (32, 33). Bu müdahalelerde bireyin duygu ve düşüncelerini tanıması, inkâr ettiği ya da bastırdığı duyguları bilinçli bir şekilde fark ederek ifade etmesi ve bireye stres veren bir durumda "sağlıklı bir düşünme biçimi" geliştirmesi amaçlanmaktadır (13). Öz-şefkati artırmada kullanılan çoğu uygulamanın bilişsel davranışçı tekniklere ve farkındalığa dayanmakta olduğu, ancak öz-şefkat temelli müdahalelerin de son dönemde önem kazandığı görülmektedir (34, 35). Öz-şefkat temelli müdahaleler, daha çok bireylerin yaşamış olduğu semptomları şefkatle kabul etmesine ve yaşadıkları zor durumlarda motivasyonlarını geliştirmeye odaklanmaktadır (36). Ancak müdahaleler sırasında bireyin olumsuz duygu ve düşüncelere aşırı odaklanmasının

engellenmesi, olumsuz duygu ve düşünceleri olduğu gibi kabul etmelerine yardımcı olunması gerektiği önemle vurgulanmaktadır (37). Uzun süre tedavi ve bakım gerektiren kanser tanısına sahip bireylerin de dahil edildiği kronik hastalıkların ele alındığı bir sistematik derlemede öz-şefkatle ilgili müdahalelerin, bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyi oluşlarına katkı sağladığı gösterilmiştir (38).

Literatürde öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik çeşitli müdahale programlarının uygulandığı görülmektedir (16, 22, 31, 39) (Tablo 1). Bu girişimlerin kanser hastalarında kabul edici ve yargılayıcı olmayan bir tutum geliştiren, bireylerin olumsuz duygu ve düşüncelerine dikkatli bir şekilde yönelmesini sağlayan uygulamalar olduğu belirtilmektedir (37). Öz-şefkati geliştirmek için yapılandırılmış sekiz haftalık bir program olan bilinçli öz-şefkat programı (mindful self-compassion program) geliştirilmiş ilk program olarak karşımıza çıkmakta ve en yaygın kullanılan müdahalelerden biri olarak bildirilmektedir (31, 40, 41). Neff ve Germer tarafından geliştirilen bu programda, bireylerin deneyimlediği yaşam olayları karşısında göstermiş oldukları öz-şefkat düzeyleri ve farkındalıklarını artırmak amaçlanmaktadır (41). Eğitim programının içeriğinde öz-şefkat, farkındalık, öz-şefkati günlük hayata uygulama ve şefkatli bir iç ses geliştirmenin yanı sıra, zor duyguları ve ilişkileri yönetme ve takdiri geliştirme yer almaktadır (31). Ayrıca eğitimde yoga ve meditasyonu içeren dört saatlik sessiz bir bölüm de bulunmaktadır (31). Yapılan müdahalelerde bilinçli öz-şefkat programının stres, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, travma sonrası büyüme üzerinde etkili olduğu ve bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (34, 42, 43, 44).

Gilbert tarafından geliştirilen şefkat odaklı terapi (compassion focused therapy), öz-şefkati artırmada etkili olan başka bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (45). Klinik gruplar için tasarlanmış bir grup terapi programı olan şefkat odaklı terapide, suçlama ve utancı azaltmak amaçlanmıştır. Program içeriğinde psikoeğitim ve erken yaşam deneyimlerinin nasıl şekillendirdiğini anlamak için bir dizi aşama bulunmaktadır. Bu aşamaları, imgeleme ve nefes egzersizleriyle şefkat oluşturmaya odaklanma, öz-şefkatli kimliğe doğru ilerleme ve öz-şefkatin anksiyete veya depresyon gibi belirli sorunlara uygulanması takip etmektedir (45). Literatürde kanser hastalarında şefkat odaklı terapinin öz-şefkatli bir kimliğin geliştirilmesinde, zorluklarla başa çıkmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (40, 46, 47). Ayrıca kanser hastalarıyla yapılan çalışma sonuçları şefkat odaklı terapinin bireylerin anksiyete, stres, depresyon ve beden imajı değişkenleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (46, 47). Öz-şefkat odaklı yazma, literatürde bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırmada etkili olan bir diğer yöntemdir. Leary ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz-

şefkat odaklı yazma uygulamaları (self-compassion focused writing practices), öz-şefkatin üç bileşimini oluşturan "öz-sevecenlik", "paylaşımların bilincinde olma" ve "farkındalık" kavramlarını merkeze alarak yürütülmektedir (22). "Öz-sevecenlik" bileşeninde bireyin yaşadığı olayı sevdiği bir yakınının yaşadığını düşünmesi ve hissettiği duygulara, verdiği tepkilere odaklanması istenmektedir. Bireyin sevdiği birine karşı sergileyeceği tavrı, kendi iç dünyasında deneyimleyerek kendini onun yerine koyduğu bu uygulamada, kendine karşı nazik, şefkatli, anlayışlı ve empatik bir yaklaşım benimsemesi amaçlanmaktadır (22). Öz-şefkatli yazma uygulaması ilk olarak meme kanserinden kurtulan kadınlarla çevrimiçi teknikler kullanılarak yapılmış ve uygulamanın etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada bireylerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve beden imajı ölçülmüştür (7). Ayrıca öz-şefkat odaklı yazma uygulamaları web tabanlı olarak da gerçekleştirilebilmektedir (35). Sherman ve arkadaşları (2018) bir klinisyen ya da bireylerle yüzyüze bir görüşme olmadan web tabanlı 30 dakikalık çevrimiçi öz-şefkat odaklı yazma etkinliği düzenleyerek uygulamanın etkili olduğunu göstermiştir (35). Sherman ve arkadaşlarının yapmış oldukları bu çalışmada öz-şefkat temelli yazma müdahalesinin bireylerin beden imajı stresini azalttığı ve beden memnuniyetlerini arttığı sonucuna ulaşılmıştır (35).

Sevgi dolu-şefkat meditasyonu (Loving-kindness meditation) uygulaması, olumlu duyguları geliştirmeye ve olumsuz duyguları serbest bırakmaya temellendirilmiştir (39). Yapılan çalışmalar kısa süreli uygulanan (7-20 dakika) sevgi dolu-şefkat müdahalelerin bile bireylerin öz-şefkat düzeyini artırdığını (48) ve ağrı, anksiyete gibi semptomları azalttığını ortaya koymaktadır (49). Randomize kontrollü bir çalışmada meme cerrahisi geçirmiş kadınlarda sevgi dolu-şefkat meditasyonunun etkileri değerlendirilmiştir (50). Araştırma sonucunda kısa süreli uygulanan meditasyonun fiziksel semptomların yönetiminde etkili olduğu ve bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (50). Telke ve arkadaşları (2022) ise sevgi dolu-şefkat meditasyonunun kanser tanılı bireylerde öz-şefkati artırmada etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (51). Ayrıca literatürde bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırmada farklı meditasyon yöntemleri de uygulanmaktadır. Mifsud ve arkadaşları (2021) kanser hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada öz-şefkat odaklı meditasyonun bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırmada etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (52).

Gilbert ve Proctor'un (2006), şefkatli zihin eğitimi (compassionate mind training) programı bireylerin öz-şefkat düzeylerini artırmada etkili bir diğer müdahale olarak karşımıza çıkmaktadır (16). Yapılan bir çalışmada şefkatli zihin eğitimi programı onkoloji hemşireleri ve kanser hastaları ile birlikte tasarlanarak mobil uygulamaya aktarılmıştır (53). Kanser

tedavisi alan bireylerde müdahalenin bireylerin öz-şefkat düzeylerini arttırırken, öz-yargılama ve anksiyete düzeylerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (53). Yadavaia ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada kabul ve kararlılık terapisinin bireylerin öz-şefkat düzeylerini arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hayes ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen bu programda bireylerin duygularını kabul etmesi ve değişimde kararlılık amaçlanmaktadır. Kabul ve kararlılık terapisi bireylerin duygu ve düşüncelerini kabul ettiği, kendi değerlerine bağlı bir eylem seçtikleri ve eyleme geçtikleri üç süreçten oluşmaktadır (54). Terapi içeriğinde egzersizler, metaforlar ve çeşitli etkinlikler yer almaktadır (55). Terapide, bireylerin kullandığı baş etme stratejilerini listelemesi ve bu stratejilerin etkilerini değerlendirmesi istenmektedir (55). Kabul ve kararlılık terapisi müdahalesinin kanser hastaları

üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada anksiyete ve kanserle ilişkili travma semptomlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (56). Son yıllarda yüz yüze yapılan öz-şefkat müdahalelerinin genellikle ulaşım ve erişim zorluğu, yüksek maliyet, gizlilik, mahremiyet ve damgalanma endişeleri gibi çeşitli sınırlamaları olduğu vurgulanmaktadır (57). Teknoloji aracılığıyla yapılan öz-şefkat müdahalelerinin bireyin öz-şefkatini arttırmak için kolay erişebilir ve uygun maliyetli olduğu belirtilmekle birlikte (57), araştırmacılar son yıllarda çevrimiçi yapılan öz-şefkat müdahalelerinin etkinliğine odaklanmıştır (34, 35). Literatürde kanser tanılı bireylerle yapılan nitel bir çalışmada akıllı telefonlarla yapılan öz-şefkat müdahalelerinin etkinliği kanser tanılı bireyler tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda müdahalelerin bireylerin hastalıklarını ve hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomları kabullenmeyi

Tablo 1. Öz-şefkat Müdahaleleri ve Müdahalelerin Sağlık Sonuçlarına Etkisi

Bilinçli öz-şefkat programı (Neff ve Germer, 2013)			
Yazar Adı/Yılı	Kanser Türü		Sonuç
Campo ve ark. (2017)	Genç yetişkin	kanser hastaları	Anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon azalma görülürken; öz-şefkat, öz-sevecenlik, travma sonrası büyüme ve farkındalık değişkenlerinde artış belirlenmiştir.
Brooker ve ark. (2020).	Yetişkin kanser hastaları		Depresyon ve stres, kanser nüks korkusu, yalnızlık değişkenlerinde azalma görülürken; farkındalık değişkeninde artış belirlenmiştir. Öz-şefkat düzeyinde artış olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.
Şefkat odaklı terapi (Gilbert, 2014)			
Mirzakhani ve ark. (2023)	Kanser tanılı hastalar		Stres, anksiyete, depresyon değişkenlerinde azalma görülürken, yaşam kalitesinde artış belirlenmiştir.
Mehrabi ve ark. (2024)	Meme kanseri tanılı kadınlar		Müdahale sonunda kişilerarası stres değişkeninde azalma görülürken, beden imajında artış görülmüştür.
Öz-şefkat odaklı yazma (Leary ve ark., 2007)			
Przedziecki ve Sherman (2016)	Meme kanseri tanılı kadınlar		Öz-şefkat odaklı yazma grubunda geleneksel yazma grubuna kıyasla daha az olumsuz duygulanım, daha fazla öz-şefkat belirlenmiştir.
Sherman ve ark. (2018)	Lenfödem sorunu olan meme kanseri tanılı kadınlar		Öz-şefkat grubunda geleneksel yazma grubuna kıyasla beden ile ilişkili strese azalma, öz-şefkat ve beden memnuniyetinde artma saptanmıştır. Ayrıca öz-şefkat grubunda depresyon ve kaygıda azalma gözlenmiştir.
Sevgi dolu-şefkat meditasyonu (Salzberg ve Kabat-Zinn, 2004)			
Wren ve ark. (2019)	Meme cerrahisi uygulanan meme kanseri tanılı kadınlar		Müdahale sonunda bireylerin ağrı, anksiyete ve kalp atış hızı azalırken, öz-şefkat düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.
Telke ve ark. (2022)	Kanser tanılı hastalar		Müdahale sonunda streste azalma görülürken, sosyal bağlılık ve öz-şefkat değişkenlerinde artış görülmüştür.
Öz-şefkat odaklı meditasyon			
Mifsud ve ark. (2021)	Meme kanseri tanılı kadınlar		Öz-şefkat odaklı yazma ve öz-şefkat odaklı meditasyon uygulamasını beraber alan grubun diğer iki gruba kıyasla öz-şefkatlerinin daha fazla arttığı ve kaygılarının daha fazla düştüğü belirlenmiştir.
Şefkatli zihin eğitimi (Gilbert ve Proctor, 2006)			
Austin ve ark. (2023)	Kanser tedavi alan hastalar		Müdahale sonunda öz-yargılama ve anksiyetede azalma görülürken, öz-şefkat düzeyinde artış belirlenmiştir.
Kabul ve kararlılık terapisi (Hayes ve ark., 2006)			
Fishbein ve ark. (2022)	Kanser tedavisini tamamlayan hastalar		Anksiyete ve kanserle ilişkili travma semptomlarını azalttığı belirlenmiştir.

sağladığı, duygu düzenleme becerilerini geliştirdiği ve izolasyon duygularını azalttığı bildirilmiştir (36). Literatürde teknoloji temelli öz-şefkat müdahalelerinin geliştirilmesinde hemşirelerin yer aldığı görülmekle birlikte (53), sınırlı sayıda çalışmada hemşireler tarafından uygulanan öz-şefkat temelli müdahalelerin bulunduğu görülmektedir (34, 44).

SONUÇ

Bu derlemede kanser tanılı bireylerde öz-şefkatle ilişkili faktörler, öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik uygulanan müdahaleler ve etkilerine yönelik farkındalığın artırılması hedeflenmektedir. Literatürde öz-şefkatin bireylerde hastalığın kabulü, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, olumlu duyguların güçlendirilmesi ve olumsuz duyguların azaltılmasında duygu düzenleyici bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılabilmesi belirtilmektedir. Öz-şefkatin, bireylerde öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir beceri olarak görülmesiyle öz-şefkat düzeylerini arttıracak çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir, bireyler üzerindeki fizyolojik ya da psikolojik etkilerinin incelendiği görülmüştür. Kanser hastalarına uygulanan öz şefkat müdahalelerinin anksiyete, depresyon, stres, kaygı, kanser nüks korkusu, ağrı, kanserle ilişkili travma semptomları, yalnızlık, sosyal izolasyon, olumsuz duygulanım, farkındalık, travma sonrası büyüme, yaşam kalitesi, beden memnuniyeti gibi sağlık sonuçları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Literatürde öz-şefkat düzeyini geliştirmeye yönelik bilinçli öz-şefkat programı, şefkat odaklı terapi, öz-şefkat odaklı yazma uygulamaları, sevgi dolu-şefkat meditasyonu, şefkatli zihin eğitimi, kabul ve kararlılık terapisi müdahalelerinin yer aldığı görülmüştür. Öz-şefkat müdahalelerinin geliştirilmesinde hemşirelerin sınırlı sayıda çalışmada yer aldığı görülmekle birlikte, bakıma entegre edilen öz-şefkat müdahalelerinin sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği ve bütüncül hemşirelik bakımının sağlanmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın kanser tanılı bireylerde öz-şefkat uygulamalarının değerlendirilmesi, geliştirilmesine yönelik sağlık profesyonellerinde farkındalığın artmasına, hemşirelik uygulaması olarak bakıma entegre edilmesine ve araştırmacılar için deneysel çalışmaların planlanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Öz-şefkatin kanserle baş etmede, uyum göstermede etkili bir mekanizma olabileceği ifade edilmekle birlikte etkinliğin ortaya konmasında randomize kontrollü çalışmalara, kanıt düzeyi yüksek sistematik derleme ve meta analizlere gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Yazar katkıları

Fikir/Kavram:EÇ,STK; Tasarım:EÇ,STK; Denetleme/Danışmanlık: STK, Analiz/Yorum:EÇ,STK,Literatür Taraması: EÇ,STK; Makalenin Yazımı: EÇ,STK; Eleştirel İnceleme:STK

Çıkar çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdel-Rahman O, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017 a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*. 2019.
2. GLOBOCAN. Global cancer observatory: World Health Organization International Agency for Research on Cancer; 2020. [
3. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet*. 2018;391(10125):1023-75.
4. Gallicchio L, Tonorezos E, de Moor JS, Elena J, Farrell M, Green P, et al. Evidence gaps in cancer survivorship care: a report from the 2019 National Cancer Institute Cancer Survivorship Workshop. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2021;113(9):1136-42.
5. Salvetti MdG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AMd. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73:e20180287.
6. Zhang H, Watson-Singleton NN, Pollard SE, Pittman DM, Lamis DA, Fischer NL, et al. Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *Omega (Westport)*. 2019;80(2):202-23.
7. Przedzicki A, Sherman KA. Modifying affective and cognitive responses regarding body image difficulties in breast cancer survivors using a self-compassion-based writing intervention. *Mindfulness*. 2016;7:1142-55.
8. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003;2(2):85-101.
9. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.
10. Yıldırım M, Sarı T. Öz-şefkat Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;18(4):2502-17.
11. Deniz M, Kesici Ş, Sümer AS. The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2008;36(9):1151-60.
12. Ümran A, Ahmet A, ABACI R. Öz-duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;33(33):1-10.
13. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74:193-218.
14. Li W, Zhang X, Yuan M, Hu J, Li S. Factors associated with self-compassion in Chinese oesophageal cancer patients undergoing oesophagectomy: Based on self-determination theory. *Current Psychology*. 2023:1-13.
15. Korkmaz B. Öz-duyarlık: psikolojik belirtiler ile ilişkisi ve psikoterapide kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;10(1):40-58.
16. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006;13(6):353-79.
17. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011;18(3):250-5.
18. Jiang H, Wang W, Mei Y, Zhao Z, Lin B, Zhang Z. A scoping review of the self-reported compassion measurement tools. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2323.
19. Luo Y, Meng R, Li J, Liu B, Cao X, Ge W. Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public Health*. 2019;174:1-10.

20. Arambasic J, Sherman KA, Elder E, Australia BCN. Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2019;28(5):1134-41.
21. Karagöz Ş, Uzunbacak HH. Öz-Şefkat Konusunda Yayınlanan Makalelerin Bibliyometrik Analizi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*. 2023;6(2):410-20.
22. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*. 2007;92(5):887.
23. Sirois FM, Molnar DS, Hirsch JK. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*. 2015;14(3):334-47.
24. Phillips WJ, Hine DW. Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2021;15(1):113-39.
25. Mistretta EG, Davis MC. Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness. *Mindfulness*. 2021:1-18.
26. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*. 2011;67(9):942-68.
27. Zhu L, Yao J, Wang J, Wu L, Gao Y, Xie J, et al. The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Psycho-oncology*. 2019;28(9):1918-25.
28. Costa J, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*. 2013;43(8):1578-91.
29. Thompson BL, Waltz J. Self-compassion and PTSD symptom severity. *J Trauma Stress*. 2008;21(6):556-8.
30. Trompetter HR, de Kleine E, Bohlmeijer ET. Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognit Ther Res*. 2017;41(3):459-68.
31. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44.
32. Dodds SE, Pace TW, Bell ML, Fiero M, Negi LT, Raison CL, et al. Feasibility of Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors: a randomized, wait list controlled pilot study. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3599-608.
33. Cheung EO, Cohn MA, Dunn LB, Melisko ME, Morgan S, Penedo FJ, et al. A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer. *Psychooncology*. 2017;26(12):2101-8.
34. Campo RA, Bluth K, Santacroce SJ, Knapik S, Tan J, Gold S, et al. A mindful self-compassion videoconference intervention for nationally recruited posttreatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer*. 2017;25(6):1759-68.
35. Sherman KA, Przedzicki A, Alcorso J, Kilby CJ, Elder E, Boyages J, et al. Reducing Body Image-Related Distress in Women With Breast Cancer Using a Structured Online Writing Exercise: Results From the My Changed Body Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(19):1930-40.
36. Peeters N. The needs and wishes of cancer patients regarding a smartphone-supported self-help intervention based on self-compassion and mindfulness exercises: a qualitative study: University of Twente; 2017.
37. Schellekens MPJ, Karremans JC, van der Drift MA, Molema J, van den Hurk DGM, Prins JB, et al. Are Mindfulness and Self-Compassion Related to Psychological Distress and Communication in Couples Facing Lung Cancer? A Dyadic Approach. *Mindfulness (N Y)*. 2017;8(2):325-36.
38. Kılıç A, Hudson J, McCracken LM, Ruparelia R, Fawson S, Hughes LD. A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals With Chronic Physical Health Conditions. *Behav Ther*. 2021;52(3):607-25.
39. Salzberg S, Kabat-Zinn J. *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*: Shambhala Publications; 2004.

40. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*. 2019;10(8):1455-73.
41. Neff K, Germer C. The transformative effects of mindful self-compassion. *Mindful* Retrieved from. 2019.
42. Germer C, Neff K. Mindful self-compassion (MSC). *Handbook of mindfulness-based programmes: Routledge*. 2019:357-67.
43. Hoffman C, Baker B. Effects of Mindful Self-Compassion Program on Psychological Well-being and levels of Compassion in people affected by Breast Cancer. *Altern Ther. Health Med*. 2023;29:36-41.
44. Brooker J, Julian J, Millar J, Prince HM, Kenealy M, Herbert K, et al. A feasibility and acceptability study of an adaptation of the Mindful Self-Compassion program for adult cancer patients. *Palliat Support Care*. 2020;18(2):130-40.
45. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6-41.
46. Mirzakhani M, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Khanjani S, Noorbala AA, Safaei Nodehi SR. Effect of Compassion-focused Therapy on Depression, anxiety, Stress, and Quality of Life in Patients With Cancer: A Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023;29(2):142-55.
47. Mehrabi N, Amiri H, Omid A, Sarvizadeh M. The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy on Body Image and Interpersonal Stress among Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2024;In Press(In Press):e139764.
48. Galante J, Galante I, Bekkers MJ, Gallacher J. Effect of kindness-based meditation on health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(6):1101-14.
49. Tonelli ME, Wachholtz AB. Meditation-based treatment yielding immediate relief for meditation-naïve migraineurs. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):36-40.
50. Wren AA, Shelby RA, Soo MS, Huysmans Z, Jarosz JA, Keefe FJ. Preliminary efficacy of a lovingkindness meditation intervention for patients undergoing biopsy and breast cancer surgery: A randomized controlled pilot study. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27:3583-92.
51. Telke S, Leininger B, Hanson L, Kreitzer MJ. A randomized trial of 21 days of loving kindness meditation for stress reduction and emotional well-being within an online health community for patients, family, and friends experiencing a cancer health journey. *Journal of integrative and complementary medicine*. 2022;28(2):158-67.
52. Mifsud A, Pehlivan MJ, Fam P, O'Grady M, van Steensel A, Elder E, et al. Feasibility and pilot study of a brief self-compassion intervention addressing body image distress in breast cancer survivors. *Health psychology and behavioral medicine*. 2021;9(1):498-526.
53. Austin J, Schroevers MJ, Van Dijk J, Sanderman R, Børøsund E, Wymenga AMN, et al. Compass-Y: A mixed methods pilot evaluation of a mobile self-compassion training for people with newly diagnosed cancer. *Digital Health*. 2023;9:20552076231205272.
54. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.
55. Robinson P, Hayes SC. Acceptance and commitment: A model for integration. In: Cummings NA, Cummings JL, Johnson JN. (eds.) *Behavioral health in primary care: A guide for clinical integration*. Psychosocial Press; 1997. p. 177-203.
56. Fishbein JN, Judd CM, Genung S, Stanton AL, Arch JJ. Intervention and mediation effects of target processes in a randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy for anxious cancer survivors in community oncology clinics. *Behaviour Research and Therapy*. 2022;153:104103.
57. Linardon J. Can Acceptance, Mindfulness, and Self-Compassion Be Learned by Smartphone Apps? A Systematic and Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials. *Behav Ther*. 2020;51(4):646-58.

DERLEME REVIEW

Yazışma adresi
Correspondence address

Gamze OĞUZ ERDEM
İstanbul Atlas Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Anabilim Dalı,
İç Hastalıkları Hemşireliği,
İstanbul, Türkiye
gamze.oguz87@gmail.com

Bu makalede yapılacak atıf
Cite this article as

Oğuz Erdem G, Öztürk S.
Kateter İlişkili Üriner Sistem
Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Kanıta
Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik
Yaklaşımları

Akd Hemşirelik D 2024; 3(2): 74-81

Gamze OĞUZ ERDEM
İstanbul Atlas Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Anabilim Dalı,
İç Hastalıkları Hemşireliği,
İstanbul, Türkiye

Sıla ÖZTÜRK
Hemşirelik Anabilim Dalı,
Bilim Uzmanı,
İstanbul, Türkiye

Geliş tarihi / Received : 30 Ocak 2024

Kabul Tarihi / Accepted : 18 Nisan 2024

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Evidence-Based Practices and Nursing Approaches in Preventing Catheter- Related Urinary System Infections

ÖZET

Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar arasında sık görülen bir komplikasyondur ve üriner sistem enfeksiyonlarının yaklaşık %60-80'i kateterizasyonla ilişkilidir. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, hastanede yatış süresinin uzamasına, gereksiz antibiyotik kullanımına, morbidite ve mortalite artışına ve maddi kayıplara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, kanıta dayalı klinik uygulamalar ile kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının ve buna bağlı ölümlerin önlenebileceğini göstermektedir. Hasta bakımı ve bakımın kalitesinden sorumlu olan hemşireler; kateterin takılmasından çıkarılmasına kadar tüm süreç ve enfeksiyon kontrolünün sağlanmasından sorumludur. Bu derleme, hemşirelere kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik kanıta dayalı uygulamalarla ilgili bilgiler sunmayı ve bu bilgiyi uygulamalarında kullanmaya teşvik etmeyi amaçlamıştır.

Anahtar Kelimeler

Hemşirelik, kanıta dayalı uygulamalar, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu, üriner kateterizasyon

ABSTRACT

Catheter-associated urinary system infections are a common complication among healthcare-associated infections and approximately 60-80% of urinary system infections are associated with catheterization. These infections lead to prolonged hospital stays, unnecessary antibiotic use, increased morbidity and mortality, and financial losses. Research indicates that evidence-based clinical practices can prevent catheter-associated urinary system infections and related deaths. Nurses responsible for patient care and quality are accountable for the entire process from catheter insertion to removal, as well as ensuring infection control. This review aimed to provide nurses with information on evidence-based practices for preventing catheter-associated urinary tract infections and to encourage them to use this knowledge in their practice.

Keywords

Nursing, evidence-based practices, catheter-associated urinary tract infection, urinary catheterization

Alanla İlgili Bilinenler

- Hastanede yatan hastalarda, özellikle yaşlı bireylerde sıkça kullanılan kalıcı üriner kateterler, sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların yaklaşık üçte birini oluşturan kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarına yol açmaktadır. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, artmış mortalite, morbidite, hastanede kalış süresi ve bakım maliyeti ile ilişkilidir ve sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır.
- Kılavuzlar, kanıta dayalı uygulamalarla kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının risk faktörlerinin azaltılabileceğini göstermektedir. Kanıta dayalı uygulamalar, üriner kateterizasyonun gerekliliğinin değerlendirilmesini ve gereksinim ortadan kalktığı durumda kateterin çıkarılmasını sağlayarak, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları oranının azaltılmasına olanak sağlar.

Makalenin Alana Katkısı

- Bu derleme sağlık profesyonellerinin üriner kateterizasyon tekniğini uygulaması ve sürdürmesinde etkili müdahale yöntemlerini kullanarak kateter ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve daha fazla çalışmanın yapılmasına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.
- Bu derleme ile kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi, insidansın azaltılması, korunma yöntemleri, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonunun önlenmesine yönelik kanıtlar ve kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımları ile ilgili öneriler ve güncel bilgiler sunulmaktadır.

GİRİŞ

Üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE), üriner sistemin üretra, mesane, ureterler ve böbreklere kadar olan bölümünde ortaya çıkan bir enfeksiyon türüdür (1). Bu enfeksiyonlar, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar arasında önemli bir yer tutar (2). ÜSE, Ulusal Sağlık Bakımı Güvenlik Ağı'na (The National Healthcare Safety Network-NHSN) bildirilen en yaygın sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon türüdür. Hastanede ÜSE'nin yaklaşık %75'i üriner kateterizasyon ile ilişkilidir (1, 3, 4). ÜSE genellikle Escherichia coli (E. coli) gibi bağırsak bakterilerinin neden olduğu enfeksiyonlardır. Hastane ortamında üriner kateter veya diğer invaziv müdahalelerin kullanılması, hastaların immün sistemlerinin zayıflaması gibi faktörler kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının (Kİ-ÜSE) riskini artırabilmektedir (3). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control-CDC) 2011 raporu ve NHSN verileri, ÜSE'nin hastane ortamında önemli bir sorun teşkil ettiğini göstermektedir. Sağlık hizmeti ilişkili ÜSE'nin yaklaşık %80'i Kİ-ÜSE'lerdir

(1, 3). ÜSE yoğun bakımda görülen enfeksiyonların %23'ünü oluşturmaktadır ve ÜSE'nin yaklaşık %70'i (yoğun bakım ünitesinde meydana gelen ÜSE'nin %95'i) üriner katetere sahip hastalarda gelişir (4).

Hemşireler, üriner kateterlerin takılması ve bakımından sorumlu olan birincil sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır. Aynı zamanda kateter takılması ve bakımı sırasında mevcut kılavuzları, protokolleri ve standartları izleyerek istenen sonuçların elde edilmesini sağlarlar. Kanıta dayalı uygulamalar, sağlık merkezlerinde kaynakların mevcudiyeti ve kılavuzların varlığı gibi faktörlerin, hemşirelerin kateterle ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik bilgi ve uygulamaları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu derleme Kİ-ÜSE'nin önlenmesi konusunda hemşirelere kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili bilgiler sunmayı ve bu bilgiyi uygulamalarında kullanmalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Bakteriüri

Üriner kateter varlığı bakteriüri için önemli bir risk faktörüdür. Kateterizasyon süresi bakteriürinin en önemli belirleyicisidir. Uzun süreli kateter kullanan hastalarda bakteriüri gelişme artar. Kalıcı kateter olduğu durumlarda bakteriüri oluşma riski %3-7'dir. Bakteriüri ile ilişkili ÜSE, semptomatik veya asemptomatiktir (5).

Asemptomatik Bakteriüri

Kateter kullanımıyla ilişkili bakteriüri sıklıkla asemptomatiktir. Asemptomatik bakteriüri, hastanın herhangi bir semptom veya bulgusu olmaksızın idrar kültüründe $\geq 10^5$ cfu/mL veya daha fazla (en fazla iki tür mikroorganizma) üropatojen mikroorganizma miktarının saptandığı bir durumdur (6). Brennan ve ark. (2014)'nin yaptığı bir çalışmada karbapenem dirençli Enterobacteriaceae (KDE) sürveyansının %61 oranında idrar kültüründe olduğu ve hastaların %48'inde üriner kateter olduğu bildirildi (7). Kronik kalıcı kateteri olan hastaların sürekli bakteriürik olduğu varsayılır. Kateterli hastaların drenaj torbalarında kolonize olan bakterilerin, bakım merkezlerinde dirençli organizmaların salgınları için bir kaynak olduğu rapor edilmiştir (6, 8).

Semptomatik Üriner Kateter Enfeksiyonları

Bakteriüri hastaların %10-30'unda semptomatik ÜSE gelişir. Semptomatik Kİ-ÜSE, kalıcı üretral, kalıcı suprapubik veya aralıklı kateterizasyon uygulanan hastanın başka tanımlanan bir kaynak olmaksızın ÜSE ile uyumlu ve semptomların varlığında, idrar kültüründe en fazla iki üropatojenik mikroorganizmaların $> 10^3$ cfu/ml üzerinde üreme olmasıdır (9). Üriner kateteri olan hastada herhangi bir nedene bağlı olmaksızın 38° C üzerinde ateş, suprapubik duyarlılık, kostavertebral açığı hassasiyeti veya ağrı, mental durum değişikliği, son 48 saat içinde üriner kateteri çıkarılmış olan hastalarda ek olarak sıkışma hissi,

dizüri, sık idrara çıkma gibi semptomlardan en az biri bulunur (5, 9).

Patogenez

Kİ-ÜSE birçok nedene bağlı olabilir. Bunlar hasta ile ilişkili faktörler olabileceği gibi bakım verici, hastane ya da çevre ile ilişkili faktörlerde olabilmektedir (4). Kİ-ÜSE'ye neden olan mikroorganizmaların kaynağı endojen (tipik olarak meatal, rektal veya vajinal kolonizasyon yoluyla) veya sağlık personelinin kontamine olmuş elleri ya da ekipman gibi eksojen kaynaklı olabilir (10). Kİ-ÜSE'ye neden olan mikroorganizmaların çoğu hastanın bağırsak yolunu ve perinesini kolonize eden endojen organizmalardan kaynaklanır ve perineden üretraya çıkarak mesaneye girer. Bu organizmaların üçte biri eksojen kaynaklardan kapalı drenaj sisteminin açılması yoluyla intralüminal kontaminasyonundan elde edilirken üçte ikisi ekstralüminal bakteriyel girişte mikroorganizmalar kateterin dış yüzündeki biyofilm içine ilerler (11). Üriner kateterde mikrobiyal kolonizasyon biyofilm oluşumuyla sonuçlanmaktadır. Biyofilm oluşturan mikroorganizmalar sıklıkla antimikrobiyal tedaviye yüksek düzeyde dirençlidirler (12). Biyofilm, ürettikleri hücre dışı bir polisakkarit maddesi içinde koloniler halinde büyüyen mikroorganizmalardan oluşan karmaşık organik bir materyaldir. Biyofilm oluşumu kateter takıldıktan hemen sonra organizmalar kateter yüzeyi boyunca oluşan konakçı proteinlerin koşullandırıcı bir filmine yapıştığına başlar (6). Uzun süreli kateterizasyon sonrasında kateter ve drenaj sisteminin yüzeyinde üriner patojenler tarafından oluşan biyofilm zamanla üriner kateter içinde sabit halde yaşayan mikroorganizmalarla kolonize olur bu da onları antimikrobiyal ajan ve konak savunmalara karşı dirençli hale getirerek ateş, üretra ile ilişkili enfeksiyonlara neden olur ve kateterin çıkarılması gerekir (13).

Tıbben gerekli olmadıkça üriner kateterizasyondan kaçınılmalı ve gereksinim ortadan kalktığı zaman derhal çekilmelidir (14). Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Raporu (2018)'na göre Kİ-ÜSE (semptomatik) oranı %79.8 olarak belirlenmiş olup ülkemizde en yaygın görülen patojenler arasında ilk sırada %27.8 oranla Escherichia coli, ikinci sırada %24.3 oranla Klebsiella ve üçüncü sırada %12.4 oranla Pseudomonas aeruginosa gelmektedir (15). Ulusal ölçekte 2018 ve 2019 yılları arasında Kİ-ÜSE insidansında %8'lik bir azalma gözlemlendi, en büyük

düşüş yoğun bakım ünitelerinde kaydedildi. Önceki yıllarda NHSN'ye rapor edilen Kİ-ÜSE'nin yetişkin yoğun bakım ünitelerinde 1000 kateter günü başına 1.2 ile 4.5 arasında değiştiği, 2020 yılında ise bu oranın 0.754 olduğu bildirilmiştir (16).

Üriner Kateterizasyonun Sınıflandırılması

Kısa Süreli Kateterizasyon; Bu kategoriye giren kateterizasyon, 7 güne kadar uygulanır. Kısa süreli kateterizasyon genellikle geçici ihtiyaçları karşılamak, özellikle cerrahi müdahaleler, idrar retansiyonu veya benzeri durumlar için kullanılır.

Orta Süreli Kateterizasyon; 7-28 gün arasında kullanılan kateterlerdir.

Uzun Süreli Kateterizasyon; 28 günden uzun süren kateter uygulamalarıdır (17).

Üriner Kateter Seçimi

Kullanılacak kateter; yaşa, cinsiyete ve uygulama amacına göre seçilir (17). Hastaya uygun en küçük çaplı kateter seçilerek travma riski azaltılır, gereğinden kalın seçilen kateterler komplikasyon riskini artırır (5). Kateterizasyon uygulanan hastaların %1.5'inde genitoüriner travma olayları meydana geldiği rapor edilmiştir (8).

Yetişkin kadınlarda 14-16 Fr., yetişkin erkekte 16-20 Fr., çocukta 8-10 Fr., bebeklerde ise 3-5 Fr. numaralı kateterler kullanılabilir. Üriner kateterizasyon için en çok nelaton ve foley kateter tercih edilir. Nelaton kateter tek lümenlidir. Foley kateter, uzun süreli kateter uygulamalarında kullanılır, iki ya da üç lümenli olabilir. İki yollu kateterin bir lümeni drenaj, diğer lümeni kateteri sabitleyecek balonu şişirmek içindir. Üç yollu kateter ise üriner lavaj için kullanılır; iki yolludan farklı olarak üçüncü lümen irrigasyon sıvısını vermek için kullanılır (17).

Risk Faktörleri

Kİ-ÜSE'de en önemli risk faktörü kateterin takılması sırasında aseptik koşullara uyulmaması, kateterin kalış süresi ve hastanın hastanede kalış süresiyle orantılı olarak artış göstermektedir. Kİ-ÜSE'ye neden olan risk faktörleri değerlendirilmeli ve uygun önlemler alınmalıdır. Kİ-ÜSE'ye ilişkin risk faktörleri Tablo 1'de görülmektedir (5, 11, 18, 19).

Tablo 1. Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları için Risk Faktörleri (11)

Değiştirilemez Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri
Kadın cinsiyet	Kateterizasyon süresi
Yaş>50	Aseptik şartlara uymamak (kapalı drenaj sisteminin açılması)
Altta yatan ciddi hastalık	Kateter takılması esnasında profesyonel olunmaması
Diabetes Mellitus	Ameliyathane dışında kateter takılması
Serum kreatinin>2 mg/dl	

Tanı Kriterleri

Üriner kateteri olan ya da son iki gün içinde kateteri çıkarılmış hastalarda meydana gelen ÜSE kateterle ilişkili olarak değerlendirilir (5).

Hasta tanı için aşağıdaki üç kriteri birden bulundurmalıdır; Kateterin takıldığı gün birinci gün kabul edilir.

1. Hasta olay tarihinde iki günden uzun süreyi kateter takılı olarak geçirmelidir veya kateter olay tarihinden önceki gün çekilmiş olmalıdır.

2. Hastada aşağıdaki bulgulardan en az birisinin bulunması gerekir;

- Ateş (38°C *)
- Suprapubik Hassasiyet *
- Kostovertebral Açık Ağrısı veya Hassasiyeti **
- Sık İdrara Çıkma **
- Acil İdrar Yapma Hissi **
- Dizüri **

* Başka bir nedenle açıklanamayan.

** Kateteri olan hastada değerlendirmeye alınmaz.

3. Hastanın idrar kültüründe en fazla iki tane farklı mikroorganizma üremesi ve en az birinin $\geq 10^5$ cfu/ml bakteri olması (20-22).

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesine Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

Önleme ve kontrol stratejilerinin uygulanması ile Kİ-ÜSE'nin %65'e kadar önlenilebileceği tahmin edilmiştir (23). Enfeksiyon Kontrol ve Epidemiyolojisi Uzmanlar Derneği (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, APIC) 2014 rehberine göre güncel ve kanıta dayalı uygulamalar ile Kİ-ÜSE ile ilişkili 380.000 enfeksiyonun ve 9.000 ölümün önlenilebileceği bildirilmektedir (10).

Birçok sağlık örgütü, kateter ilişkili enfeksiyonları önlemeye yönelik kanıta dayalı öneriler geliştirmiştir. CDC, bu kılavuzların en eskisini 1981 yılında ÜSE'nin önlenmesine yönelik yayınladı ve kılavuz 2009 yılında güncellendi. Bu kılavuz, kateter kullanımı, kateter takılması, kateter bakımı ve ÜSE'yi önlemek için programların uygulanması konusunda öneriler sağlamaktadır. Her enfeksiyon önleme önerisi kanıt düzeyine göre verilir (Tablo 2) (8).

CDC/ Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) kılavuzu Kİ-ÜSE'nin önlenmesi için bazı temel stratejilerin ana hatlarını çizmiştir, bu doğrultuda:

- Kateterlerin yalnızca uygun endikasyon olduğu durumlarda takılması ve gerektiği kadar kalması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Tüm hastalarda özellikle kadınlar, yaşlılar ve immün sistemi zayıf olan hastalar gibi kateter ilişkili enfeksiyon riski yüksek olan bireylerde kateter kullanımı ve kullanım süresinin kısaltılması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Ameliyat sonrası üriner kateterlerin rutin olarak değil yalnızca gerektiğinde kullanılması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Ameliyat sonrası kalıcı kateter endikasyonu olan hastalarda sürekli kullanım endikasyonu olmadığı sürece mümkün olan en erken sürede, tercihen 24 saat içerisinde kateterin çıkarılması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Kateter takılmadan ya da herhangi bir müdahalede bulunmadan önce ve sonra el hijyeninin sağlanması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Yalnızca aseptik koşullarda kateter takılmasını ve bakım tekniğini bilen, eğitim almış kişilere bu sorumluluğun verilmesi önerilmektedir (Kategori 1B),

- Üriner kateterin aseptik teknik ve steril malzeme kullanılarak takılması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Steril eldiven, örtü, gazlı bez kullanılması, meatüs temizliği için steril veya antiseptik solüsyon kateter takılırken steril, tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel kullanılması önerilmektedir (Kategori 1B),

- Antiseptik kayganlaştırıcıların rutin kullanımının gerekli olmadığı belirtilmektedir (Kategori II),

- Kateterin takılmasının ardından yerinden oynamasını ve üretral çekilmeyi önlemek için uygun biçimde sabitlenmesi önerilmektedir (Kategori IB),

Tablo 2. Hemşirelikte kanıt düzeyi sınıflamaları, Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması (Joanna Briggs, 2003) (27)

I	Randomize Kontrollü Çalışma (RKÇ)'lerle yapılmış sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar
II	En az bir, iyi tasarlanmış, RKÇ'dan elde edilen kanıt
III.1	Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlar
III.2	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, iyi tasarlanmış kohort ya da vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.3	Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçlar
IV	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları

- Klinik olarak başka bir gösterge bulunmadıkça, mesane boynu ve üretral tramvayı en aza indirmek için uygun drenajı sağlayacak mümkün olan en ince kateterin kullanılması önerilmektedir (Kategori II),
- Aralıklı kateterizasyon kullanılıyorsa, mesanenin aşırı genişlemesini önlemek için düzenli aralıklarla uygulanması önerilmektedir (Kategori IB),
- Aralıklı kateterizasyon uygulanan hastalarda idrar hacmini değerlendirmek ve gereksiz kateter takılmasını azaltmak için taşınabilir ultrason cihazının kullanılması önerilmektedir (Kategori II),
- Eğer ultrasonik mesane tarayıcıları kullanılıyorsa, kullanım endikasyonlarının açık biçimde belirtilmesi, kullanımı konusunda hemşirelerin eğitiminin olması ve hastalarda kullanılan ekipmanın uygun biçimde dezenfekte edildiğinden emin olunması önerilmektedir (Kategori IB),
- Üriner kateterin takılmasını takiben kapalı drenaj sisteminin korunması, aseptik teknikle ayrılma, bozulma veya sızıntı olması durumunda kateter ve drenaj sisteminin aseptik teknikle değiştirilmesi önerilmektedir (Kategori IB),
- İdrar akışının kesintisiz sağlanması önerilmektedir (Kategori IB),
- Kateter ve drenaj sisteminin kıvrılmasının engellenmesi önerilmektedir (Kategori IB),
- Drenaj sisteminin her zaman mesane seviyesinin altında tutulması ve idrar torbasının yere değmemesi önerilmektedir (Kategori IB),
- İdrar torbası düzenli aralıklarla boşaltılmalı, her hasta için ayrı ve temiz bir toplama kabının kullanılması, torbanın boşaltılması sırasında sıçramanın önlenmesi ve drenaj musluğunun steril olmayan toplama kabıyla temasının önlenmesi önerilmektedir (Kategori IB),
- Kateter ve drenaj sistemine herhangi bir müdahale sırasında eldiven ve önlük gibi koruyucu malzemeleri kullanarak standart önlemlerin alınması önerilmektedir (Kategori IB),
- Kompleks üriner drenaj sistemlerinin (bakteriyel girişi azaltmaya yardımcı olan antiseptikli mekanizmalar) rutin kullanım için gerekli olmadığı bildirilmektedir (Kategori II),
- Üriner kateter ve drenaj sisteminin rutin aralıklarla değiştirilmesi önerilmez ancak enfeksiyon, tıkanıklık, kapalı sistemde bozulma gibi klinik endikasyonlara dayanarak kateter ve drenaj sisteminin değiştirilmesi önerilmektedir (Kategori II),
- Klinik endikasyon olmadıkça (örneğin, ürolojik cerrahi sonrası kateter çıkarıldığında bakteriüri olan hastalar) kısa ve uzun süreli kateterizasyon gerektiren hastalarda Kİ-ÜSE'yi önlemek için sistemik antimikrobialerin uzun süreli kullanılmaması önerilmektedir (Kategori IB),
- Mesane içine rutin olarak antimikrobiyal irigasyonu önerilmez (Kategori II),
- Kateter takılıyken enfeksiyonu önlemek için periüretal bölgenin antiseptiklerle temizlenmesi önerilmez bunun yerine günlük banyo veya duş sırasında metal yüzeyin temizlenmesi gibi rutin hijyen uygulamaları önerilmektedir (Kategori IB),
- Prostat veya mesane cerrahisi sonrası kanama gibi obstrüksiyon beklenmedikçe mesane irigasyonu önerilmez (Kategori II),
- Obstrüksiyon riski olduğu durumlarda tıkanıklığı önlemek amacıyla kapalı sürekli irigasyon önerilir (Kategori II),
- İdrar drenaj torbalarına rutin olarak antiseptik ya da antimikrobiyal solüsyonların eklenmesi önerilmez (Kategori II),
- Kateterler çıkarılmadan önce klempenmesi gerekli değildir (Kategori II),
- Kİ-ÜSE'yi azaltmaya yönelik kapsamlı bir strateji uygulanmasına rağmen bu oranın azalmıyorsa antiseptik/antimikrobiyal emdirilmiş kateter kullanımı önerilebilir. Kapsamlı strateji, en azından üriner kateteri kullanımı, aseptik yerleştirme ve bakım için yüksek öncelikli önerileri içermelidir (Kategori IB),
- Aralıklı kateterizasyon gerektiren hastalara standart kateterlere göre hidrofilik kateterler tercih edilebilir (Kategori II),
- Uzun süreli kateter uygulanan ve sık obstrüksiyon gelişen hastalarda tortu birikimi riskini azaltmak için silikon kateterler tercih edilebilir (Kategori II),
- Kateterde tıkanıklık varsa ya da kateterin tıkanıklığa sebep olabileceği düşünülüyorsa kateter değiştirilmelidir (Kategori IB),
- İdrar örneklerinin aseptik alınması önerilmektedir (Kategori IB),
- İdrar tahlili ya da kültür gibi incelemeler için az miktarda taze idrar gerekiyorsa antiseptik solüsyon ile örnekleme portu silindikten sonra enjektör ile idrar aspire edilmesi, büyük miktarda idrar örneği gerekiyorsa (kültür dışında) drenaj torbasından aseptik olarak alınması önerilmektedir (Kategori IB),

• Kateter takılması, kullanımı ve bakımıyla ilgili kanıta dayalı yönergelerin sağlanması ve uygulanması (Kategori IB) önerilmektedir (13).

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Yaklaşımları

Son 40 yıl içinde kanıta dayalı tıp uygulamalarının gelişmesi, hemşireliği de etkilemiş ve araştırma bulgularının hasta bakımına entegrasyonunu zorunlu hale getirmiştir (24). Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması, hemşirelik biliminin ilerlemesini ve yeni politika ve prosedürlerin benimsenmesini mümkün kılmaktadır (25). Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelerin klinik deneyimlerini, hasta tercihlerini ve mevcut en iyi kanıtları bir araya getirerek en uygun kararları almalarını sağlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, hemşirelerin güncel araştırmalara dayalı kanıtları kullanarak hastalarına en iyi bakımı sunmalarını hedefler (25-27).

Kanıta temelli hemşirelik (KTH) ise, "hastalara en iyi bakımı sunmak için, bilimsel araştırmalardan elde edilen en güçlü kanıtları, hemşirelerin deneyimleri ve hastaların tercihleriyle bütünleştirerek uygulamaya geçirme süreci" olarak ifade edilmektedir (25, 26). KTH, araştırma bulguları ile gerçek hayattaki hasta bakımı uygulamaları arasındaki büyük uçurumu kapatmak amacıyla geliştirilmiştir. Kİ-ÜSE oranını düşürmeyi amaçlayan kanıta temelli stratejilerin uygulanmasının, hemşirelerin mevcut alışkanlık ve inançlarını değiştirmeye karşı gösterdikleri isteksizlik ve direnç nedeniyle zorlaştığı görülmektedir (28). Bu nedenle hemşirelere yönelik eğitim programları, bu engellerin üstesinden gelmek ve yeni yaklaşımlar ile müdahalelerin benimsenmesini teşvik etmek amacıyla şarttır. Bernard ve ark. (2012), Quinn (2015), Madeo ve ark. (2005), Gray ve ark. (2016) çalışmalarında, hemşire eğitiminin Kİ-ÜSE önlemede ve azaltmada kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadırlar (29-32). Ayrıca CDC (2009), "bakım vericilere kateter ilişkili enfeksiyonları, üriner kateter ile ilişkili diğer komplikasyonlar ve kalıcı kateterlere alternatifler hakkında eğitim" verilmesinin önemini belirtmektedir (13). Amerikan Sağlık Bakımı Epidemiyolojisi Birliği (The Society for Healthcare Epidemiology of America, SHEA)'nin Akut Bakım Hastanelerinde Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyonların

Önlenmesi Stratejileri 2014 Güncellemesi'nde üriner kateterlerin takılmasından çıkarılmasına kadar tüm bakım sürecinde yer alan sağlık profesyonellerinin, üriner kateterizasyon uygulaması ve bakımı hakkında eğitim alması ve yeterliliklerinin değerlendirilmesi yer almaktadır (8).

Kateter takılması zorunlu bir durum olmadığı takdirde, sağlık hizmeti sağlayıcıları alternatif bir yol bulmalı ve Kİ-ÜSE için potansiyel riski ortadan kaldırmalıdır. Bu durum, birçok klinik neden olmadan yerleştirilen kateterlerin aşırı kullanımı nedeniyle özellikle önemlidir (13, 33). Hemşireler, bir hastanın inkontinansı olduğunda kateter takmak yerine daha sık lavabo ihtiyacının sağlanması ve aralıklı kateterizasyon gibi seçenekleri göz önünde bulundurmalıdır (13).

SONUÇ

Sonuç olarak Kİ-ÜSE, dünya çapında yüksek insidans oranlarına sahip olmasına karşın, sağlık profesyonellerinin uluslararası enfeksiyon önleme programlarına uyumu ve risk faktörlerine yönelik kanıta dayalı uygulamalarıyla bu oranların azaltılabileceği bildirilmektedir. Klinisyen ve akademisyen olmak üzere tüm hemşirelerin iş birliği içinde olması, hemşire-hekim ekip çalışması ve hemşirelere önemli hasta bakım kararları verme konusunda özerkliğin tanınması ile enfeksiyon önlenmesi sağlanabilir, Kİ-ÜSE azaltılabilir veya tamamen ortadan kaldırılabılır. Bu amaçla hemşirelere yönelik sürekli hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, konuya ilişkin kongre/sempozyum/kurslara katılımlarının desteklenmesi önerilir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: GOE; Tasarım: GOE; Denetleme/Danışmanlık GOE, SÖ; Veri Toplama ve İşleme: GOE, SÖ; Analiz/Yorum: GOE, SÖ; Literatür Taraması: GOE, Makalenin Yazımı: GOE, SÖ; Eleştirel İnceleme: GOE.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-Associated Infections (HAIs). Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/uti.html [Erişim Tarihi: 28.01.2024].
- Köse G, Çelebi C. Kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonunun önlenmesi. Gürkan A, editör. Cerrahi Hemşireliğinde Bakıma Duyarlı Kalite Göstergeleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2023, 60-5.
- Köse Tuncer S, Karakurt P, Erdiñç A. Hemşirelerin Üriner Kateter ve Katetere İlişkin Enfeksiyonları Önlemeye Yönelik Bilgi ve Tutumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 24(3): 311-317.
- Koca R, Gürkan A. Katater ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Güncel Yaklaşımlar. Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi, 2020; 1(2):72-82.
- Arda B, Ateş K, Bakır M, Güven M, Karakoç E, Özinel AM, Pirat A, Şenkul T. Üriner Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Kılavuzu. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2012;16 (1): 1-18
- Nicolle EL. Catheter associated urinary tract infections. Antimicrob Resist Infect Control. 2014, 25 (3): 23.
- Brennan MB, Coyle RJ, Marchaim D, Pogue MJ, Boehme M, Finks J, et al. Statewide surveillance of carbapenem-resistant enterobacteriaceae in Michigan. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35(4): 342-349.
- Lo E, Nicolle EL, Coffin ES, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35 (5): 464-479.
- Fekete T. Catheter-associated urinary tract infection in adults. Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults> [Erişim Tarihi: 25.12.2023].
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. 2015. Erişim Adresi: <https://patientcarelink.org/wp-content/uploads/2015/11/APIC-Guide-to-Preventing-CAUTI-May-2014.pdf> [Erişim Tarihi: 25.01.2024].
- Schuman KE, Chenoweth EC. Urinary Catheter-Associated Infections. Infect Dis Clin North Am. 2018; 32(4):885-897.
- Nemli SA, Kartal ED, Evaluating the Fungal and Bacterial Colonization on Hospitalized Patients with Transient Urinary Catheterization. Osman-gazi Journal of Medicine. 2021; 43(4):364-373.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline For Prevention of Catheter Associated Urinary Tract Infections 2009. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-H.pdf> [Erişim Tarihi:24.01.2024].
- Assadi F. Strategies for Preventing Catheter-associated Urinary Tract Infections. Int J Prev Med. 2018; 9(50).
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı.Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveys Ağı (USHİESA) Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Raporu 2018. 2019, Ankara.
- Patel PK, Advani SD, Kofman AD, Lo E, Maragakis LL, Pegues DA, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2023, 44: 1209–1231.
- Bikem Süzen, L. İnsan anatomisi ve fizyolojisine giriş. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd.Şti. 2011.
- Ak SE, Özbaş A. The effect of education of nurses on preventing catheter-associated urinary tract infections in patients who undergo hip fracture surgery. J Clin Nurs. 2018; 27(5-6):1078-1088.
- Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) and Other Urinary System Infection [USI]) Events, 2016.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveys rehberi. Uzman Matbaacılık Ltd.Şti. 2017. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/Ulusal_Saglik_Hizmeti_Iliskili_Enfeksiyonlar_Surveyans_Rehberi_Verisyon_1.pdf. [Erişim Tarihi: 20.01.2024].

21. Erdiñ FŞ, Ruhsar Yılmaz G, Dizba, M, Bayazıt FN, Kalkanc A. Kateterle ilişkili üriner sistem infeksiyonları- CDC 2014. *Flora*. 2014, 9(3): 105-117.
22. Ling LM, Ching P, Apisarnthanarak A, Jaggi N, Harrington G, Fong SM. APSIC guide for prevention of catheter associated urinary tract infections (CAUTIs). *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2023; 12(52).
23. Mota EC, Oliveira AC. Prevention of catheter-associated urinary tract infection: what is the gap in clinical practice? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2024 01 21]; 28: e20180050.
24. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q*. 2001; 79(3): 429-457.
25. Temel AB, Ardahan M. Hemşirelik Araştırmalarının Kullanımı, Engeller ve Araştırma Kullanımında Değişim Modelleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2011; 13(3):63-70.
26. Yılmaz, M. Hemşirelik bakım hizmet kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 9 (1): 41-48.
27. Kocaman G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003; 5(2): 61-69.
28. Meddings J, Rogers MAM, Krein SL, Fakih MG, Olmsted RN, Saint S. "Reducing Unnecessary Urinary Catheter Use and Other Strategies to Prevent CatheterAssociated Urinary Tract Infection: An Integrative Review". *BMJ Qual Saf*. 2014: 23(4), 277-289.
29. Bernard MS, Hunter KF, Moore KN. A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter Associated Urinary Tract Infections. *British Journal of Infection Control*. 2012; 6 (4): 22-25.
30. Quinn P. Chasing Zero: A Nurse-Driven Process for Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction in a Community Hospital. *Nursing Economics*. 2015; 33 (6): 320-325.
31. Madeo M, Barr B, Owen E. 2005. A Study to Determine Whether the Use of a PreConnect Urinary Catheter System Reduces the Incidence of Nosocomial Urinary Tract Infections. *Urologic Nursing*. 2005; 35 (1): 11-17.
32. Gray D, Nussle R, Cruz A, Kane G, Toomey M, Bay C, et all. Effects of a Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Campaign on Infection Rate, Catheter Utilization, and Health Care Workers' Perspective at a Community Safety Net Hospital. *American Journal of Infection Control*. 2016; 44 (1): 115-116.
33. Knudson, L. CAUTI prevention requires improved practices and policies. *AORN Journal*. 2014; 299(5): C1, C9-C10.

DERLEME REVIEW

Yazışma adresi

Correspondence address

Elif KOCAAĞALAR AKİNCE

Erciyes Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Eğitimi Anabilim Dalı,
Kayseri, Türkiye

elifkocaagalar1@gmail.com

Bu makalede yapılacak atf

Cite this article as

Kocaağalar Akınce E,
Yıldırım Y, Türeyen A.

Hemşirelik Mesleğinin Yapıtaşlarından
Biri: Faye Glenn Abdellah, Kuramı ve
Hasta Eğitimi Süreci
Hemşirelik Yaklaşımları

Akd Hemşirelik D 2024; 3(2): 82-88

ID Elif KOCAAĞALAR AKİNCE

Erciyes Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Eğitimi Anabilim Dalı,
Kayseri, Türkiye

ID Yasemin YILDIRIM

Ege Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye

ID Aynur TÜREYEN

Ege Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye

Geliş tarihi / Received : 12 Ocak 2024

Kabul Tarihi / Accepted : 30 Nisan 2024

Hemşirelik Mesleğinin Yapıtaşlarından Biri: Faye Glenn Abdellah, Kuramı ve Hasta Eğitimi Süreci

One of the Building Blocks of the Nursing Profession: Faye Glenn Abdellah, Her Theory and Patient Education Process

ÖZET

Hemşire kuramcılardan Faye Glenn Abdellah'ın kuramı; hastayı birçok yönü ile ele alarak değerlendirilmesine olanak sağlayan, teorik çerçevesi anlaşılır ve basit olup, hasta eğitim sürecine de kolaylıkla uyarlanabilen bir kuramdır. Abdellah, hemşireliğin profesyonel bir meslek haline gelmesinde öncü olan teorisyenlerdendir. Abdellah, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi için, hemşirelerin eğitimine odaklanmıştır. Kendisi hemşirelik faaliyetlerinin araştırmalara temellendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Abdellah hemşire eğitimcisi ve araştırmacısı olarak; askeri görevlerde hizmet etmiş, sağlık hizmeti veren kurumların hastalara konulan tanıları gruplandırma ve hasta kategorileştirme sistemini geliştirmiş, huzur evi standartlarını geliştirme sürecine dahil olmuş, ilk kadın ve ilk hemşire olarak genel cerrah yardımcısı unvanını almıştır. Hemşirelik eğitiminin lisans, yüksek lisans ve doktora seviyelerinde verilmesi için çeşitli çalışmalarda bulunmuştur. Yaptığı anket çalışmalarıyla hemşirelik eğitimi yönlendiren ve bilgilendiren hemşirelik problemlerinin sınıflamasını yaparak "21 Hemşirelik Problemi" kuramını geliştirmiştir. Kuramın temelinde hastaların ihtiyaçları yer almakta olup, kuramın merkezinde ise "sağlık ekibi, hemşireliğin profesyonelleşmesi, sağlık ve hemşirelik" kavramları yer almaktadır. Abdellah'ın problem çözme kuramında, sağlık ihtiyaçları ve problem çözme becerileri temel oluşturduğundan; hasta eğitiminin amacı ile örtüşmekte olup, hasta eğitim sürecinin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Faye Glenn Abdellah, hasta eğitimi, hemşirelik eğitimi, hemşirelik kuramı, problem çözme

ABSTRACT

The theory of Faye Glenn Abdellah, one of the nurse theorists; It is a theory that allows the patient to be evaluated by considering many aspects, has an understandable and simple theoretical framework, and can be easily adapted to the patient education process. Abdellah focused on the education of nurses to professionalize the nursing profession. She argued that nursing activities should be based on research. Abdellah as a nurse educator and researcher; she served in military duties, developed the system of grouping diagnoses and categorizing patients in healthcare institutions, was involved in

the process of developing nursing home standards, and received the title of assistant general surgeon as the first woman and the first nurse. She has carried out various studies to provide nursing education at undergraduate, master's and doctoral levels. She developed the theory of 21 nursing problems by classifying the nursing problems that guide and inform nursing education through her survey studies. The needs of patients are at the basis of the theory, and the concepts of "health team, professionalization of nursing, health and nursing" are at the center of the theory. Since health needs and problem-solving skills form the basis of Abdellah's problem-solving theory; It overlaps with the purpose of patient education and is thought to be a guide in planning the patient education process.

Keywords

Faye Glenn Abdellah, patient education, nursing education, nursing theory, problem solving

Alanla İlgili Bilinenler

- Literatür incelendiğinde hemşirelik eğitimi etkileyen, hemşireliğin meslekleşmesinde öncü olan, yapı taşı olan kuramcıların/teorisyenlerin hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi için yaptıkları ve kazandırdıkları çalışmalar üzerinde özellikle kavram/kuram derslerinde durulduğu görülmektedir.

Makalenin Alana Katkısı

- Literatür incelendiğinde Faye Glenn Abdellah'ın biyografisi, kuramı ile hasta eğitimi sürecini aynı anda ele alan bir çalışmaya ya da makaleye rastlanmamıştır. Bu makale, Faye Glenn Abdellah hakkında bilgi sahibi olmak ve kuramını incelemek isteyen aynı zamanda bu kuramı hasta eğitimi sürecine dahil ederek kullanmak isteyen mezun ve öğrenci hemşirelere, akademisyenlere bakış açısı kazandırması ve rehberlik etmesi amacıyla katkı sağlayacaktır.

GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmeti alımı konusunda yaşanan yoğunluk ve hemşirelerin çalıştığı alanlarda sayılarının az olması ile fazla iş yüklerinden kaynaklı sebepler sonucu hastaların ve hasta yakınlarının bakım ve tedavi ile ilgili daha çok sorumluluk almalarını; aynı zamanda bakım konusunda bilgi, beceri, tutum ve davranış kazanmalarını gerektirmektedir. Sağlık eğitiminin temelinde yer alan hasta eğitimi; hastanın bakımı ve hastalığı, hastane organizasyonu, kurumsal prosedürle ilgili işlemleri, psikososyal desteği içeren organize etkinlikler ile ilgili hastanın bilgisini ve sağlık davranışını etkilemek için öğretmek, danışmanlık ve davranış değiştirme teknikleri gibi yöntemlerin kombinasyonunu kullanarak yapılan

planlı bir öğrenme deneyimi olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Hasta birey ve ailesini, oluşabilecek komplikasyonlardan korumayı, hastanın durumu ile paralel olarak fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak hayatında kendine bakabilir duruma gelmesini amaçlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta eğitimi "hastaların ve toplumun sağlık gereksinimlerine uygun olması, hastalığının yönetiminde hastanın aktif katılımını sağlaması, disiplinlerarası ve çok disiplinli işbirliği ve sorun çözme yaklaşımına dayalı bir ekip çalışması gerektiği" şeklinde belirtmiştir. Faye Glenn Abdellah'ın kuramı, hastanın birçok yönü ile incelenerek değerlendirilmesini sağlayan, teorik çerçevesi anlaşılır ve basit olduğu için hasta eğitim sürecine de kolaylıkla uyarlanabilen bir kuramdır (3, 4).

Bireyin sağlığı/hastalığı ile ilgili gereksinimi sonucu oluşan bilgi eksikliği, Abdellah'ın kuramında hemşirelik sorunu ile açıklanmakta, bilgi eksikliğinin giderilmemesi durumunda sunulacak hemşirelik bakımının, hemşirelerin bütüncül bakış açılarıyla hastanın eğitim gereksinimlerini ele almasını gerektirmektedir (1, 2, 4-6).

Abdellah'ın problem çözme kuramında sağlık ihtiyaçları ve problem çözme becerileri temel olduğundan hasta eğitiminin amacı ile de örtüşmektedir. Bu makalede F. G. Abdellah'ın biyografisi ve kuramı irdelenmiş ve kuramın hasta eğitim sürecinin planlanmasında yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Faye Glenn Abdellah: Biyografisi ve Akademik Çalışmaları

Faye Glenn Abdellah, profesyonel olarak hemşireliğin gelişmesinde yapıtaşı olan ilk hemşirelik teorisyenlerindedir. Hemşireliğin profesyonelleşmesi için, hemşirelerin eğitime odaklanarak, hemşirelik faaliyetlerinin araştırmalara temellendirilmesi gerektiğini savunmuştur. F. G. Abdellah, 13 Mart 1919'da Amerika'da New York şehrinde doğmuştur. Annesi Scottish ve babası Algerian'dır. Hindenburg'ta 1937'de hidrojen yakıtlı hava gemisinin patlaması ile hemşirelik mesleğine ilgi duymaya başlamıştır. Patlama olduğu zaman hemen erkek kardeşi ile birlikte olay yerine giderek yaralılara yardım etmiş ve o patlama anında hemşire olmaya karar vermiştir. Kendisiyle daha sonra yapılan bir röportajda "Acil bir durumda ne yapacağıma ilişkin hiçbir eğitim almadım, sadece zeplinden çıkan kavurucu gazdan zavallı yaralıların yandıklarını görebiliyordum. O an bir şey yapmam gerektiğini düşündüm ve hemşire olmalıyım dedim" (7, 8) diyerek patlama anı ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmiştir.

Abdellah hemşirelik eğitimi New Jersey'deki Fitkin Memorial Hastanesi Hemşirelik Okulu'nda almış, eğitim ve halk sağlığı alanına geçmeden önce kadrolu hemşire ve baş hemşire olarak çalışmıştır. Kolombiya Üniversitesi Teachers College'den mezun olmuş, hemşirelik alanında lisans derecesini 1945 yılında almış ve ilk eğitimci deneyimini de Yale Üniversitesi'nde edinmiştir. Abdellah 1947 yılında psikoloji

alanında yüksek lisans derecesi almış ve ardından 1955'te Columbia Üniversitesi'nde doktora eğitimi almaya başlamıştır. Aynı zamanda Rutgers Üniversite-si'nde çeşitli bilimsel çalışmalar da yürütmüştür (7). Abdellah ABD Halk Sağlığı Servisinde görevli kolo-rdu komutanlığında 40 yıl hemşire eğitimcisi/araştır-macısı olarak askeri görevde hizmet etmiştir. ABD'de sağlık hizmeti veren kurumların hastalara konulan tanılarını gruplandırma ve hasta kategorilendirme sistemini geliştirmiştir. Bu nedenle "hemşirelik tanılarında" atıfta bulunan ve kullanan ilk teorisyenle-rden biridir (9).

Abdellah 1981 yılında huzurevi standartlarını geliştirme sürecine dahil olmuş ve genel cerrah yardımcısı unvanını almıştır. Bu unvanı alan ilk kadın ve ilk hemşiredir. Halk sağlığı alanında baş hemşire olarak hizmet vermiş ve bu kapsamda yaşlılarla, AIDS'li hastalarla çalışarak sağlığı geliştirici çalış-malarda bulunmuştur. Tuğamiral olarak 1989 yılında askeri görevinden emekli olmuştur; fakat kamu görevine Amerikan sisteminde sağlık politikaları geliştirme ile hemşirelik eğitiminin geliştirilmesi alanında devam etmiştir. Uniform Services Üniversitesi Sağlık Bilim-leri Hemşirelik Okulu'nda 1993 yılında dekan olarak görev almış, 2002 yılına kadar bu görevine devam etmiştir (7).

Sağlık hizmeti ile ilgili çalışmalarına global ölçekte devam etmiş ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar-da danışman olarak görev almıştır. Ayrıca Çin Halk Cumhuriyeti, Portekiz Sovyetler Birliği ve Japonya'da sağlık hizmeti alanında çalışmalarda bulunmuş-tur. Yaptığı çalışmalar sonucunda Fahri doktora, çeşitli madalyalar, profesyonel ve akademik ödüller almıştır. Bilime katkılarında dolayı 2000 yılında ABD ulusal kadınlar onur listesine dahil edilmiştir. Abdellah yaptığı çalışmalarda, hemşirelikte teori ve uygulama ile ilgili bilimselliği ön planda tutmuştur. Hemşirelik alanında araştırma eksikliğinin hastaların ihtiyaçlarını karşılama potansiyelini sınırlandırdığını düşünmüştür (7).

Abdellah'ın temel amacı; hemşireliğin bir hizmet ve uygulama deneyiminden daha çok Florence Nightingale tarafından ortaya konulan araştırma-ya yönelik bir meslek olmasını sağlamak olmuştur. Kırk hemşirelik okulunda yaptığı anket çalışması-yla, hemşirelik eğitimi yönlendiren ve bilgilendiren hemşirelik problemleri sınıflamasını yapmıştır. Bu çalışma F. G. Abdellah'ın 21 hemşirelik problemini belirlemesine yardımcı olmuştur ve bu çalışmayı geliştirmeye devam etmiştir (7).

Eugene Levine ile 1950'lerin sonlarına doğru yaptığı çalışmalarla, hasta merkezli bakım dönemini başlat-mıştır. Böylece hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi-ni, en iyi tedavi yönteminin bulunmasını sağlamıştır. Bunun yanında Abdellah, yaşlılar için geliştirdiği standartlarla geriatri hemşireliğinin bir uzmanlık al-anı olarak tanınmasını sağlamıştır. Kariyeri boyunca

hemşirelik eğitiminin lisans, yüksek lisans ve doktora seviyelerinde verilmesi için çeşitli çalışmalarda bu-lunmuştur (7).

Abdellah'ın makaleler, kitaplar, kitap bölümleri, mono-graflar, raporlar, konferans tutanakları vb. olmak üzere 150 yayını bulunmaktadır. İlk çalışması 1950'lerin ortasında hemşirelikle ilgili ortaya attığı kavramlarla ilgili olup önemli ilk eseri, 1960 yılında hasta merkezli hemşirelik yaklaşımları üzerine yazdığı ve hemşire-likle ilgili 21 hemşirelik problemini ortaya koyduğu "Patient-Centered Approaches to Nursing" ismiyle yayınlanmıştır. Eugene Levine ile birlikte 1994 yılında "Preparing Nursing Research for the 21st Century" isimli kitabını yayınlamıştır. Bu kitapta kitabın çıktığı dönem ve geçmişi karşılaştırmalı olarak ele almışlar ve hemşirelikte araştırma konusunu incelemişlerdir (7, 9, 10).

Hasta Merkezli Hemşirelik Yaklaşımı Teorisi

F. G. Abdellah'ın kuramının temelinde, hastaların ih-tiyaçları vardır; bunlar hemşirelerin sorumlu olduğu görevler kapsamında 21 hemşirelik problemi olarak tanımlanmıştır. Bu kuramın temelinde Abdellah'ın klinik deneyimi ve beş yıllık araştırmaları bulunmak-tadır. Kuramın merkezinde ele aldığı kavramlar: "1. Sağlık ekibi, 2. Hemşireliğin profesyonelleşmesi, 3. Hasta 4. Hemşirelik" dir. Kuram, hemşirelik eğiti-minin gelişmesine yardımcı olmak için oluşturulmuş olup hemşirelik eğitimi ve uygulamasını kapsa-yarak, hemşirenin hastaya doğru bir şekilde bakım vermesini amaçlamaktadır. Bu durum bir noktada, Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi ile benzerlik taşımak-tadır. Abdellah'ın kuramı, hastanın problemlerine odaklanarak, tedavi sürecinde hemşirelik bakımını geliştirmek için 10 adımı temel almıştır (9, 11, 12):

1. Hastayı tanımayı öğrenmek
2. İlgili ve önemli verileri sıralamak
3. Hastaların yaşadığı benzer hemşirelik problemleri ile ilgili genellemeler yapmak
4. Tedavi planı oluşturmak
5. Hastaların genellemelerini test etmek ve ek genel lemeler yapmak
6. Hastaların hemşirelik problemleri hakkında sonuçlarını doğrulamak
7. Davranışını etkileyen tutumları ve ipuçlarını belirlemek için hastayı belirli bir süre boyunca göz lemleme ve değerlendirmeye devam etmek
8. Hastanın ve ailenin tedavi planına verdiği tepkiyi keşfetmelerini sağlamak ve onları plana dahil etmek
9. Hemşirenin hastanın hemşirelik sorunları hakkın da nasıl hissettiğini belirlemek
10. Kapsamlı bakım planı geliştirmek Kuram, hasta ve hastaya bakım vereni bir bütün halinde inceleyerek fiziksel, ruhsal, sosyal, entelektüel ve manevi gereksinimlerini karşılamak için hemşirelik bakımının önemine odaklanmaktadır. Hastaya bakım vereni de kapsadığı için hem hastanın hem de yakınının çok yönlü değerlendirilmesine imkân tanır (13).

Faye Glenn Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi şu şekildedir:

1. İyi Hijyen ve Fiziksel Rahatlığı Sürdürmek
2. Optimal aktivite, egzersiz, dinlenme ve uykuyu teşvik etmek
3. Kazaların, yaralanmaların veya diğer travmaların ve enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi yoluyla güvenliği sağlamak
4. İyi vücut mekaniğini korumak ve deformiteleri önlemek
5. Tüm vücut hücrelerinin oksijenlenmesinin sürdürülmesini kolaylaştırmak
6. Tüm vücut hücrelerinin beslenmesinin sürdürülmesini kolaylaştırmak
7. Eliminasyonun sürdürülmesini kolaylaştırmak
8. Sıvı ve elektrolit dengesinin korunmasını kolaylaştırmak
9. Vücudun hastalık koşullarına verdiği fizyolojik tepkileri tanımak
10. Düzenleyici mekanizmaların ve işlevlerin sürdürülmesini kolaylaştırmak
11. Duyusal işlevin sürdürülmesini kolaylaştırmak
12. Olumlu ve olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri belirlemek ve kabul etmek
13. Yapısal/organ hastalıkları ile duygular arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve kabul etmek
14. Etkili sözlü ve sözsüz iletişimin sürdürülmesini kolaylaştırmak
15. Verimli kişiler arası ilişkilerin gelişimini sağlamak
16. Kişisel manevi hedeflere ulaşmayı kolaylaştırmak
17. Terapötik bir ortam yaratmak ve sürdürmek
18. Farklı fiziksel, duygusal ve gelişimsel ihtiyaçları olan bir birey olarak benlik duygusunun farkına varmasını sağlamak
19. Fiziksel ve duygusal sınırlamalar ile mümkün olan optimum hedefleri kabul etmek
20. Hastalıktan kaynaklanan sorunların çözümüne yardımcı olarak toplum kaynaklarını kullanmak
21. Hastalık nedenini etkileyen faktörler olarak sosyal sorunların rolünü anlamak

Hasta Eğitimi Sürecinin Faye Glenn Abdellah Kuramı ile Bütünleşmesi

Hasta Eğitiminde Veri Toplama

Hasta eğitim sürecinin ilk basamağını oluşturan veri toplama aşaması, Abdellah'ın kuramında hemşirelik bakımında geliştirdiği on adımdan ilk ikisi "hastayı tanımayı öğrenmek; ilgili ve önemli verileri sıralamak" olan maddeleri içermektedir. Hemşirenin hasta eğitimi ile ilgili öğrenmeyi gerçekleştirme ve öğretme etkinliklerini etkileyen tüm verilerin sistematik bir düzen içinde, hastanın ve ailesinin özellikleri dikkate alınarak, istikrarlı ve sürekli toplanmasını ve değerlendirmesini sağlar. Hemşire, hasta eğitimini gerçekleştirmeden önce, hastanın neyi öğrenmeye ihtiyacı olduğunu, neleri bilip neleri bilmediğini, öğrenme ile ilgili yeterli istek ve motivasyona sahip olup olmadığını, öğrenme yöntem ve tekniklerinden hangisinin hasta için daha uygun olduğunu, eğitimin

içeriğinin nasıl oluşturulması ve nasıl sınırlandırılması gerektiğini ve hastaya uygun nasıl bir materyalin hazırlanması gerektiğini iyi bilmeli ve tüm bunları planlayabilmesi için ayrıntılı bir şekilde veri toplamalıdır. Hemşire hasta ve ailesi ile görüşerek, hastanın tıbbi ve hemşirelik kayıtlarını ve hastaya tedavi ve bakım veren ekip üyelerini, veri toplama kaynakları olarak değerlendirebilir. Hastanın eğitim ihtiyacı, hemşirelik eğitimi tanısıdır. Hastanın eğitim ihtiyaçları belirlendikten diğer deyişle hemşirelik eğitimi tanısı konulduktan sonra davranış değişiklikleri ve hastanın durumunun iyileşmesi için eğitimleri önem sırasına koymak önemlidir (1, 14, 15).

Hasta Eğitiminde Tanılama

Tanılama aşaması, hasta eğitimi sürecinin ikinci aşaması olup, hastadan toplanan veriler doğrultusunda öğrenme gereksinimlerine yönelik belirlenen ve çoğunlukla bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanda bilgi eksikliğine bağlı eğitim tanılarıdır (Tablo 1). Bu kapsamda Abdellah'ın kuramı doğrultusunda hemşire hastaların yaşadığı benzer hemşirelik problemleri ile ilgili genellemeler yaptıktan sonra onları kendi hastasına özelleştirerek tanılama yapar.

Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta eğitiminde hemşirenin başarılı olması iyi bir planlama yapmasına bağlıdır. Hemşire planlamaya geçmeden önce, Abdellah'ın kuramını kullanarak ayrıntılı bir şekilde topladığı veriler doğrultusunda ve varsa hastanın bilgi eksikliklerini belirleyerek, planlama aşamasında bunları öncelik sırasına koymalıdır. Abdellah'ın kuramındaki "tedavi planı oluşturmak; hastaların genellemelerini test etmek ve ek genellemeler yapmak" maddeleri ile entegre edilen hasta eğitiminin planlama aşamasında hemşire planlama yaparken her bir eğitim tanısı için eğitimin amacını, kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerini ayrı ayrı belirlemelidir. Hasta eğitiminin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme hedefleri doğrultusunda, öğretme etkinliklerinin gerçekleştirilmesi sonucu davranış değişikliklerinin oluşturulması amaçlanmaktadır. Hasta eğitiminin başarısı eğitim sürecinin, amaç ve hedeflerinin iyi planlanmasıyla doğru orantılıdır. Amaçlar ve hedefler oluşturulduktan sonra bir eğitimin hangi zaman aralığında ve ne kadar süre ile yapılacağı belirlenmelidir. Eğitimlerin uzun tutulması dikkati dağıtacağı ve hastanın motivasyonunu olumsuz etkileyeceği için, ortalama bir eğitim süresinin 20 dakika olması istenmektedir. Eğitim içeriğinin belirlenmesi de yine bu aşamada oluşmaktadır. İçerik hastanın genel durumu, okuryazarlık durumu veya eğitim düzeyi, anlama becerisi yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik özellikleri dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Eğitim basit ifadelerden karmaşık bilgilere doğru ilerlemeli, gerek görülmeyen bilgilerin içerikte yer alması engellenmelidir. Eğitimde sadece hastaya vermek istenilen bilgiler verilmelidir. Eğitim planlanırken üzerinde durulması gereken bir diğer konu da öğretim stratejisi, yöntem ve tekniklerinin seçimidir. Bu

Tablo 1. Faye Glenn Abdellah'ın Kuramına Göre Veri Toplama Alanları ve Eğitim Tanısının Kuramla Bütünleştirilmesi

Hemşireliğin 21 Problemi	Hasta Eğitiminin Amacı	Hasta Eğitim Tanısı
1. İyi Hijyen ve Fiziksel Rahatlığı Sürdürmek	Hastayı, ailesi ve bulunduğu çevre ile birlikte değerlendirerek onların daha yüksek refah düzeylerine ulaşmalarını sağlamak	Öz bakımını sağlamada bilgi eksikliği
2. Optimal aktivite, egzersiz, dinlenme ve uykuyu teşvik etmek	Hastanın yaşam aktiviteleri, yeterli dinlenme ve uyku örüntüsünün kalitesini değerlendirmek	Hastanın yapabileceği aktivite, egzersiz ve kaliteli uyku hakkında bilgi eksikliği
3. Kazaların, yaralanmaların veya diğer travmaların ve enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi yoluyla güvenliği sağlamak	Hastanın hastalığına bağlı olarak düşme riskini ve enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak	Hastanın düşme riskine karşı alacağı önlemler ve enfeksiyon belirtisi ve bulguları hakkında bilgi eksikliği
4. İyi vücut mekaniğini korumak ve deformateleri önlemek	Hastanın vücut mekaniğini, hareket ederken, otururken ve ayakta dururken postürünü nasıl kullanması gerektiğini bilmesini ve deformatelerin önlenmesini sağlamak	Hastanın vücut mekaniğini kullanması hakkında bilgi eksikliği
5. Tüm vücut hücrelerinin oksijenlenmesinin sürdürülmesini kolaylaştırmak	Tüm vücut hücrelerine oksijenlenmenin kolayca sürdürülmesini sağlamak	Tüm vücudunun oksijenlenmesinin önemi hakkında bilgi eksikliği
6. Tüm vücut hücrelerinin beslenmesinin sürdürülmesini kolaylaştırmak	Tüm vücut hücrelerine beslenmenin kolayca sürdürülmesini sağlamak	Tüm vücudunun beslenmesinin önemi hakkında bilgi eksikliği
7. Eliminasyonun sürdürülmesini kolaylaştırmak	Hastanın idrar ve barsak boşaltımının sürdürülmesini ve eliminasyonun devam etmesini sağlamak	Eliminasyonun sürdürülmesi için alınması gereken sıvı ve diyet hakkında bilgi eksikliği
8. Sıvı ve elektrolit dengesinin korunmasını kolaylaştırmak	Hastada oluşabilmesi muhtemel olan sıvı volüm eksikliğinin kontrol altına alınmasını, sıvı ve elektrolit dengesinin devam etmesini sağlamak	Günlük yeterli sıvı alımı, dehidratasyon ve sıvı yüklenmesi belirtisi ve bulguları hakkında bilgi eksikliği
9. Vücudun hastalık koşullarına verdiği fizyolojik tepkileri tanımak	Hastanın hastalığına yönelik beden imgesinde bozulma olması durumunda yeni baş etme stratejileri uygulanarak bu görünümü kabul etmesini sağlamak	Emosyonel durumu ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi eksikliği
10. Düzenleyici mekanizmaların ve işlevlerin sürdürülmesini kolaylaştırmak	Hastanın fiziksel travma riskine bağlı fiziksel fonksiyonlarını kullanabilmesini sağlamak ve yaralanmaları önlemek	Hastanın hareket etmesi gereken zamanlarda ve yatakta yatarken alınması gereken önlemlere yönelik bilgi eksikliği
11. Duyusal işlevin sürdürülmesini kolaylaştırmak	Hastanın duyu fonksiyonlarının sürdürülmesini sağlamak	Hastanın mental durumuna yönelik yapılması gereken değerlendirme hakkında bilgi eksikliği
12. Olumlu ve olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri belirlemek ve kabul etmek	Hastanın acı çekmesine neden olan ya da kendisini iyi hissettiren faktörleri sözel olarak ifade etmesini sağlamak	Hastanın acı çektiği durumlarda baş etme yöntemlerine yönelik bilgi eksikliği
13. Yapısal/organ hastalıkları ile duygular arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve kabul etmek	Hastanın yaşadığı beden imajına yönelik alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak	Hastanın hastalık durumu ile oluşabilecek beden imajında bozulma riskine karşı alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği
14. Etkili sözlü ve sözsüz iletişimin sürdürülmesini kolaylaştırmak	Hastanın aile içi ve çevresindekiler ile ilişkisini güçlendirmek	Hastanın duygularını ve isteklerini sözel olarak ifade edebilmesine yönelik bilgi eksikliği
15. Verimli kişiler arası ilişkilerin gelişimini sağlamak	Hastanın varsa iletişim sorununu çözmek	Hastanın iletişim sorununun giderebilmesi için çözüm yolları hakkında bilgi eksikliği
16. Kişisel manevi hedeflere ulaşmayı kolaylaştırmak	Hastanın manevi bakım uygulamalarının sürdürülebilmesini sağlamak	Hastanede kaldığı süre boyunca manevi bakım uygulamalarına devam edebileceği hakkında bilgi eksikliği
17. Terapötik bir ortam yaratmak ve sürdürmek	Hastanın hastanede kaldığı sürece onu etkileyen, bulantı-kusmasına neden olan durumları gidermek	Hastanın bulantı-kusma belirtileri ve antiemetik ilacı hakkında bilgi eksikliği
18. Farklı fiziksel, duygusal ve gelişimsel ihtiyaçları olan bir birey olarak benlik duygusunun farkına varmasını sağlamak	Hastanın fiziksel, duygusal ve gelişimsel ihtiyaçlarını ve çözüm yollarını bilmek	Hasta ihtiyaçlarını giderebilmek için çözüm yollarının neler olduğu hakkında bilgi eksikliği
19. Fiziksel ve duygusal sınırlamalar ile mümkün olan optimum hedefleri kabul etmek	Hastanın fiziksel ve duygusal sınırlılıklarının farkına vararak bu sınırlılıkları kaldırmasını sağlamak	Hastanın hastalığının sebep olduğu sınırlılıklara bağlı sosyal izolasyonu giderme yolları hakkında bilgi eksikliği
20. Hastalıktan kaynaklanan sorunların çözümüne yardımcı olarak toplum kaynaklarını kullanmak	Hastanın hastanede kalışı ile sosyal izolasyon yaşamasının getirdiği yalnızlık hissini ortadan kaldırmak	Hastanın yalnızlık hissini ortadan kaldırmaya yönelik neler yapılması gerektiği hakkında bilgi eksikliği
21. Hastalık nedenini etkileyen faktörler olarak sosyal sorunların rolünü anlamak	Hastanın hastalığının verdiği çekince ile sosyal ortamlara girememesini gidermek/çözümlenmek	Hastanın diğer bireylerle iletişime geçme konusunda bilgi eksikliği

faktörlerin doğru seçilmesi, hastada kazanılması istenilen davranış değişiklikleri için önemlidir. Hasta eğitiminde kullanılacak materyallerin neler olması gerektiğini, bu materyallerin hangi amaçlar doğrultusunda kullanılacağı, anlaşılır ve gerçeğe yakın materyallerin kullanılmasının akılda kalıcılığı artıracığı unutulmamalıdır. Eğitim planında yer alması gereken bir diğer konu da eğitimin sonunda yapılacak değerlendirilmenin yönteminin ve ölçme kriterlerinin belirlenmesidir (1, 5, 15-17).

Hasta Eğitiminde Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanan eğitimin gerçekleştirilmesini kapsamaktadır. Hemşirenin bilgi ve becerilerini, deneyimlerini eğitim esnasında kullanması, doğru yöntem, teknik ve materyalleri seçmesi ile gerçekleşmektedir. Uygulama aşamasında hemşire, eğitim içeriğini yavaş ve mantık süzgecinden geçirerek, hastanın soru sormasına izin vererek, onun eğitim sürecine aktif bir şekilde katılımını sağlayarak gerçekleştirmelidir. Hasta yapılan eğitimi anlayıp uygular ise: hastanın konforunun, yaşam kalitesinin artacağı hastaya anlatılmalı ve arada hatırlatılmalıdır. Mutlaka hastadan geri bildirim alınarak, verilen eğitim uygulamalı ise, gösterip yapması, düz anlatım ise kısaca özetlemesi istenerek, hasta eğitiminin nasıl geçtiği kontrol edilmelidir (1, 15). Abdellah'ın kuramı kapsamında hemşire vermiş olduğu eğitimden sonra hastaları hemşirelik problemleri hakkında sonuçlarını doğrulayarak, onların davranışını etkileyen tutumları ve ipuçlarını belirlemek için hastayı belirli bir süre boyunca gözlemlemeye ve değerlendirmeye devam etmelidir. Böylece hastanın ve ailenin tedavi ve eğitim planına verdiği tepkiyi keşfetmelerini sağlar ve onları eğitim planına dahil etmiş olur. Aynı zamanda hemşire hastanın hemşirelik sorunları hakkında nasıl hissettiğini de belirlemiş olur.

Hasta Eğitiminde Değerlendirme ve Eğitimin Kaydedilmesi

Değerlendirme aşaması, planlanan doğrultuda uygulanan hasta eğitiminin hedefe ne kadar ulaşıp ulaşmadığını göstermektedir. Değerlendirme aşaması kazanılması istenilen davranışlar için belirlenen genel ve özel hedeflerin, eğitim kapsamının, eğitim etkinliklerinin, sınav durumlarının, öğretim yöntemlerinin, tekniğinin, kullanılan materyallerin, kaynakların, hastanın ailesinin ve hasta eğitimini veren hemşirenin değerlendirilmesini içermektedir. Ayrıca değerlendirme için, gözlem, görüşme, sözlü ya da yazılı değerlendirme türleri kullanılabilir.

Hasta eğitimi genelde informal olarak gerçekleştiği için çoğunlukla kaydedilmemektedir; ancak hemşirenin eğitimci görev ve sorumluluğu kapsamında ele alındığından uygulanan eğitimin kaydedilmesi önemlidir. Hasta eğitiminde; veri toplama kaynakları, hasta eğitimi tanıları, bu tanılar doğrultusunda planlanan eğitimlerin içeriği, öğretim yöntem ve teknikleri, kullanılan materyaller, kaynaklar ve son olarak hangi değerlendirme yönteminin kullanıldığı mutlaka kaydedilmelidir (1, 15). Bu aşama aynı zamanda gelecek eğitim planları ve kapsamlı bakım planı geliştirirken de fikir oluşturması açısından önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Faye Glenn Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi Kuramı hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında oldukça anlaşılır ve kolaydır. Hastanın temel bakım, destekleyici bakım ve iyileştirici bakım gereksinimlerinin temel alınarak ele alınması, hemşirelerin hasta eğitimi süreci için, hastadan ayrıntılı veri toplamasını gerektirmektedir. Hemşirelikte bütüncül bakış açısıyla, hastanın değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bakımın sağlanması, hastanın iyileşme sürecinde ne kadar etkiliyse, aynı şekilde hastaya bilmediği ya da eksik ya da yanlış bildiği konular hakkında doğru bilgiler/eğitimler vererek; hasta eğitimini de bakımın önemli bir bileşeni haline getirmek, hastanın motivasyonu, hastalığa ve tedaviye uyumu, sosyal etkileşimleri ve yaşam kalitesi açısından yararlı olacaktır. Hasta eğitimi süreci, hemşirelik bakım sürecinden ayrı düşünülmediği için hemşireler, Abdellah'ın kuramını rahatlıkla kullanabilir ve eğitim tanılarını gözden kaçırmadan belirleyebilir. Bu bağlamda hastaların çok yönlü değerlendirilmesini ve bütüncül hemşirelik bakımının sağlanmasını temel alan F. G. Abdellah'ın kuramı ile ilgili daha çok çalışmaların, olgu sunumlarının ve hasta eğitimlerinin planlanması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Çalışma Fikri (konsepti) ve Tasarımı: EKA, YY, AT; Veri Toplama/Literatür Tarama: EKA; Makalenin Hazırlanması: EKA; Yayınlanacak Son Haline Onay Vermek: YY, AT

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Taşocak, G. Hasta Eğitimi. 4. Basım. İstanbul: Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yayınları, Kültür Sanat Basımevi. 2017.
2. Aygül, S. Ulupınar, S. Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri [Patient's Opinions About Nurse's Role of Patient Education]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(1):1-9.
3. Çoban, N. Gezginci, E. Gökteş, S. Amputasyon bakımında Abdellah'ın modelinin kullanımı: olgu sunumu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2019;1(3), 249-256.
4. León Román, C.A. Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. Revista Cubana de Enfermería. 2005;21(1):1-1.
5. Avşar, G. Kaşıkçı, M. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. International Journal of Nursing Practice. 2011;17(1):67-71.
6. Schrieber, L. Colley, M. Patient education. Best practice & research clinical rheumatology. 2004;18(4):465-476.
7. Snowden, A. Donnell, A. Duffy, T. Pioneering theories in nursing. Andrews UK Limited. 2014.
8. Bullough, V.L. Lilli Sentz, M.L.S. American Nursing: A Biographical Dictionary. Volume 3. Springer Publishing Company. 2004.
9. McEwen, M. Wills, E.M. Philosophy, science, and nursing. Theoretical Basis for Nursing. 4th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins. 2014;128-135.
10. Alligood, M.R. Nursing theorists and their work-e-book. Elsevier Health Sciences. 2017;15-16.
11. Allam, N. A., Al Megrin, W. A., Alkeridis, L. A. Faye Abdellah model to banishing social stigma of head lice among school students. Science Journal of Clinical Medicine. 2016;5(1), 1-11.
12. Kim, H. Kollak, I. Nursing theories: Conceptual and philosophical foundations. Second Edition. Springer Publishing Company. 2006.
13. Beker, C., & Dil, S. Palyatif Bakım Hastasına Faye Glenn Abdellah'ın Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2022;5(3), 221-232.
14. Özdelikara, A. Tan, M. Polat, H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi [Determination of patient learning needs]. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013;21(1):1-8.
15. Wingard, R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. Nephrology Nursing Journal. 2005;32(2):211.
16. Alkan Öz, H. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(2), 41-47.
17. Yıldız, T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim [Current methods used in surgery patient education: not disease centered, patient centered education]. Clinical and Experimental Health Sciences. 2015;5(2):129-133.



<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ahd>