

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Kemoradyoterapi Alan Baş-Boyun Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi 83-89
The Evaluation of the Nutritional Status of Patients with Head and Neck Cancer Receiving Chemoradiotherapy
Özlem UĞUR, Ezgi KARADAĞ, Oğuz ÇETİNAYAK

Sedasyon Uygulama Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Sedation Practices Scale: Validity and Reliability Study 91-95
Esra AKIN KORHAN, Kıvanç ÇEVİK, Güleendam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Gülçin BOZKURT, Meryem ÖZLEM,

Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmayı Önlemede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kanıt Düzeyleri

Evidence Levels of Non-Pharmacological Methods Used to Prevent Postoperative Nausea and Vomiting 97-104
Melike Durmaz, Rukiye Burucu

Ailesi ile Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stresin Karşılaştırılması

Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress in Physiotherapy and Rehabilitation Students Living with Parents and away from Parents 105-109
İlknur NAZ, Nazlı KOL, Şeyma ALTINTAŞ, Badel KIRPIK, Roni EMRE, Büşra KOCA, Sinem AYGÜN,

DERLEME

Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı

Illness Management and Recovery Program in Mental Disorders 111-115
Selda POLAT, Fatma Yasemin KUTLU

Yaşlı Hastalarda Düşmeler ve Risk Faktörleri

Falls and Risk Factors in Elderly Patients 117-121
Sevil YILMAZ, Leyla KHORSHID

OLGU SUNUMU

Akut Lenfoblastik Lösemi Tanılı Bir Olgunun Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

Evaluation of a Case with Acute Lymphoblastic Leukemia According to the Neuman Systems Model 123-127
Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Yasemin YILDIRIM, Fisun ŞENUZUN AYKAR, Çiçek FADİLOĞLU



BÜLTEN

ONLAR ARTIK BİRER SAĞLIK NEFERİ...

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2018 – 2019 Öğretim Yılı mezunları için 20.06.2019 tarihinde düzenlenen törende mutluluk ve hüzün aynı anda yaşandı. İzmir'in ilk Sağlık Bilimleri Fakültesinin Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik ile Sosyal Hizmet Bölümlerinden mezun gençler için düzenlenen törene Dekan Prof.Dr. Derya Özer Kaya ev sahipliği yaparken; Rektör Prof.Dr. Saffet Köse, Çiğli Belediye Başkan Yardımcısı Tülin Koç, Rektör Yardımcıları Prof.Dr. Turan Gökçe, Prof. Dr. Adnan Kaya, Prof. Dr. İrfan Karadede, dekanlar, akademisyenler, STK temsilcileri ile aileler katıldı.



BÜLTEN

İKÇÜ FTR'DEN "KALE SAĞLAM ELLERDE 2" PROJESİNE DESTEK!

Bu yıl 05.09.2019 tarihinde 2.si düzenlenen "Kale Sağlam Ellerde" projesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü tarafından desteklendi. Ülke çapından 50'ye yakın genç hentbol kalecilerinin katıldığı projede, ülkemizin önemli kaleci ve kaleci antrenörleri tarafından eğitimler verilirken, genç kalecilerin bilimsel olarak tüm fiziksel uygunluk ölçümleri öğretim elemanları ve öğrencilerle birlikte yapıldı.



BÜLTEN

GELECEĞİMİ YÖNLENDİRİYORUM: HEMŞİRELİKTE UZMANLAŞMA

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü tarafından “Geleceğimi Yönlendiriyorum: Hemşirelikte Uzmanlaşma” konulu sempozyum 20 Eylül 2019 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Prof. Dr. Saffet KÖSE ve Prof. Dr. Derya ÖZER KAYA'nın onursal başkanlığını üstlendiği sempozyumun açılışı üniversitemiz Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Turan GÖKÇE ve Fakülte Dekanı Prof. Dr. Derya ÖZER KAYA tarafından yapılmıştır. Sempozyum Başkanlığını Prof. Dr. Yasemin TOKEM ve Doç. Dr. Medine YILMAZ'ın üstlendiği sempozyumda “Klinisyen ve Akademisyen Bakışıyla Hemşirelik” konu başlığı adı altında Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Yasemin TOKEM tarafından hemşirelik öğrencilerine ilham verecek nitelikteki “Hemşireliğe attığı ilk adımından itibaren günümüze kadar olan süreci” yansıtan konferans sunulmuştur. “Uzmanı ile Buluşma” konu başlıklı panelde uzmanlaştıkları alanda aktif olarak görevli yönetim, eğitim, psikiyatri, enfeksiyon kontrolü ve yenidoğan hemşireliği alanlarında uzman hemşireler konuk edilmiş, öğrencilerin mezuniyetleri sonrasında seçebilecekleri uzmanlık alanlarına yönelik bilgi ve deneyim paylaşımları gerçekleşmiştir. Sempozyumda “Proje Kaynakları ve Eğitim Fırsatları” konu başlıklı konferansta öğrencilerin bilimsel araştırmalarda başvurabilecekleri fon imkânları ile YLSY, MEB, Fulbright, Avrupa Gönüllü Hizmeti gibi yurtdışı ve yurtiçi eğitim fırsatlarından bahsedilmiştir. Hedef kitlesinin 3. ve 4. sınıf lisans öğrencileri olduğu sempozyumda “Özgeçmiş Hazırlama ve Mülakat Süreci”, “Atanma Kriterleri ve Özlük Hakları” konu başlıkları altında gerçekleştirilen konferanslarda öğrencilerin mezuniyet sonrasında iş hayatına hazırlamaları konularında önemli bilgiler aktarılmıştır.



BÜLTEN

DIYABET ŞENLİĞİ

Ege Diyabetliler Derneği tarafından 21-22 Eylül 2019 tarihleri arasında Bornova da düzenlenen şenliğe İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin tüm bölüm öğrencileri tarafından destek verilmiştir. Bu etkinlikte fakültemizin yer almasını sağlayan Doç. Dr. Elif Ünsal Avdal, Dekanımız Prof. Dr. Derya Özer Kaya önderliğinde, gönüllü olarak iki gün boyunca etkinlikte öğrencilerimizle aktif olarak yer almışlardır.



BÜLTEN

2. Uluslararası
7. Ulusal
**PEDİATRİ
HEMŞİRELİĞİ
KONGRESİ**
27 - 30 Kasım 2019
Ilıca Otel / Çeşme

İZMİR
KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

www.pediatrnhemshireligi2019.org

Bilimsel Sekreteryası

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Çocuk Hemşireleri Derneği İzmir Şubesi

pediatrnhemshireligi2019@gmail.com

Organizasyon Sekreteryası

egekongre
Turizm & Organizasyon

EGE KONGRE TURİZM & ORGANİZASYON

Kültür Mah. Nevvar Salih İşgören Sok.

No:1/4 D:1 Alsancak - İzmir

Tel : (0232) 464 13 51

Faks : (0232) 464 29 25

info@egekongre.com

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Dergi İletişimi

Posta adresi : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çiğli Ana Yerleşkesi, 35620 Çiğli – İzmir
Web : <http://dergipark.gov.tr/ikcusbfd>
Telefon : 0 232 329 35 35 / 4751 ve 4754
Faks : 0 232 325 33 57

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yayınıdır.

ISSN:2458-9799

Sahibi

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi adına
Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör

Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör Yardımcıları

(Unvana ve soyadına göre alfabetik sırayla)

Prof. Dr. Derya ÖZER KAYA

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ONGAN

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Doç. Dr. Gülşah KANER

Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN

Doç. Dr. Medine YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Deniz BAYRAKTAR

Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK

Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet EGE

Dr. Öğr. Üyesi Melike ERTEM

Dr. Öğr. Üyesi İlknur NAZ GÜRŞAN

Dr. Öğr. Üyesi Turhan KAHRAMAN

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

Dr. Öğr. Üyesi Sevtap GÜNAY UÇURUM

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN

Dr. Öğr. Üyesi Jülide GÜLİZAR YILDIRIM

Dr. Öğr. Üyesi Derya UZELLİ YILMAZ

Yazı İşleri Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Melike TEKİNDAL

Dergi Sekreteryası

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN

Öğr. Gör. Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Öğr. Gör. Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI

Arş. Gör. Esra ARDAHAN AKGÜL

Derleme ve Mizanpaj

Arş. Gör. Pınar DOĞAN

Arş. Gör. Sinem ESKİDEMİR

Arş. Gör. Gülşen IŞIK

Arş. Gör. Gülsenay TAŞ

Derginin Yayınlanması ve Web Sitesi Yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi Turhan KAHRAMAN

Arş. Gör. İsmail AYVAZ

Yabancı Dil Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ONGAN

Öğr. Gör. Dr. Tahir Enes GEDİK

Biyoistatistik Danışmanı

Doç. Dr. Ferhan ELMALI

Grafik Tasarım Danışmanları

Prof. Dr. Fikri SALMAN

Dr. Öğr. Üyesi Uğur BAKAN

Bülten

Öğr. Gör. Feyza DERELİ

Bilimsel Danışma Kurulu

Ekin AKALAN, İstanbul Üniversitesi.

Servet AKAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Gamze AKBULUT, Gazi Üniversitesi

Galip AKHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Saliha AKSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Asiye AKYOL, Ege Üniversitesi

Meltem İŞINTAŞ ARIK, Dumlupınar Üniversitesi

Gülşah GÜROL ARSLAN, Dokuz Eylül Üniversitesi

Hülya ARSLANTAŞ, Adnan Menderes Üniversitesi

Hatice TEL AYDIN, Cumhuriyet Üniversitesi

Nurcan YABANCI AYHAN, Ankara Üniversitesi

Yeşim BAKAR, İzmir Bakırçay Üniversitesi

Serap BALCI, İstanbul Üniversitesi

Zümrüt BAŞBAKKAL, Ege Üniversitesi

Hatice BAŞKALE, Pamukkale Üniversitesi Kezban

BAYRAMLAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Tanju

BESLER, Doğu Akdeniz Üniversitesi

Ayşe BEŞER, Koç Üniversitesi

Nalan GÖRDELES BEŞER, Niğde Üniversitesi

Lütfullah BEŞİROĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sevil BİLGİN, Hacettepe Üniversitesi
Özlem BİLİK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Nursen BOLSOY, Celal Bayar Üniversitesi
Sakine BOYRAZ, Adnan Menderes Üniversitesi
Satı BOZKURT, Ege Üniversitesi
Gonca Gül BURAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Funda Pınar ÇAKIROĞLU, Ankara Üniversitesi
Hüsniye ÇALIŞIR, Adnan Menderes Üniversitesi
Mahire Olca ÇAM, Ege Üniversitesi
Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Neşe ÇELİK, Osmangazi Üniversitesi
Meltem ÇETİN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Kıvanç ÇEVİK, Celal Bayar Üniversitesi
Pınar ÇIÇEKOĞLU, Çankırı Karatekin Üniversitesi
Döndü ÇUHADAR, Gaziantep Üniversitesi
Şafak DAĞHAN, Ege Üniversitesi
Numan DEMİR, Hacettepe Üniversitesi
Ayşe DEMİRAY, Düzce Üniversitesi
Tuna DEMİRDAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Zehra BÜYÜKTUNCER DEMİREL, Hacettepe Üniversitesi
Yıldız DENAT, Adnan Menderes Üniversitesi
Derya DİKMEN, Hacettepe Üniversitesi
Yurdanur DİKMEN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Yelda Candan DÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Şeyda DÜLGERLER, Ege Üniversitesi
Nihal OLGAÇ DÜNDAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
İrem DÜZGÜN, Hacettepe Üniversitesi
Emine EFE, Akdeniz Üniversitesi
Bülent ELBASAN, Gazi Üniversitesi
Funda ELMACIOĞLU, Marmara Üniversitesi
Aydan ERCAN, Başkent Üniversitesi
Emine ERDEM, Erciyes Üniversitesi
Gül ERGÜN, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Gül ERTEM, Ege Üniversitesi
Emine GEÇGİL, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sezer ER GÜNERİ, Ege Üniversitesi
Mehmet HACIYANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu İLÇE, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Nursen İLÇİN, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sevil İNAL, İstanbul Üniversitesi
Gözde GÖKÇE İŞBİR, Niğde Üniversitesi
Efsun KARABUDAK, Gazi Üniversitesi
Ayşe KARAKOÇ, Marmara Üniversitesi
Mağfiret KAŞIKÇI, Atatürk Üniversitesi
Oya KAVLAK, Ege Üniversitesi
Neşe KAYA, Erciyes Üniversitesi
Leyla KHORSHİD, Ege Üniversitesi
Dilek KILIÇ, Atatürk Üniversitesi
Serap PARLAR KILIÇ, Fırat Üniversitesi
Gül KIZILTAN, Başkent Üniversitesi
Yeter KİTİŞ, Gazi Üniversitesi
Ahmet KOYU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Eda KÖKSAL, Gazi Üniversitesi
Gökhan KÖYLÜOĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Yasemin KUTLU, İstanbul Üniversitesi
Özge KÜÇÜKERDÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Hatice MERT, Dokuz Eylül Üniversitesi
Reci MESERİ, Ege Üniversitesi

Samiye METE, Dokuz Eylül Üniversitesi
Akmer MUTLU, Hacettepe Üniversitesi
Nesrin NURAL, Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hülya OKUMUŞ, Dokuz Eylül Üniversitesi
Deran OSKAY, Gazi Üniversitesi
Nimet OVAYOLU, Gaziantep Üniversitesi
Şeyda ÖZBIÇAKÇI, Dokuz Eylül Üniversitesi
Hanife ÖZÇELİK, Niğde Üniversitesi
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, Ankara Üniversitesi
Filiz ÖZEL, Kastamonu Üniversitesi
Emel ÖZER, İstanbul Bilgi Üniversitesi
Dilek ÖZMEN, Celal Bayar Üniversitesi
Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Süheyla ÖZSOY, Ege Üniversitesi
Barış Önder PAMUK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Özgür PIRGON, Süleyman Demirel Üniversitesi
Neslişah RAKICIOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Selma SABANCIOĞULLARI, Cumhuriyet Üniversitesi
Melda SAĞLAM, Hacettepe Üniversitesi
Selda SEÇGİNLİ, İstanbul Üniversitesi
Pınar SERÇEKUŞ, Pamukkale Üniversitesi
Meltem SOYLU, Nuh Naci Yazan Üniversitesi
Media SUBAŞI, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi
Habibe ŞAHİN, Erciyes Üniversitesi
Fitnat Şule ŞAKAR, İstanbul Arel Üniversitesi
Nevin ŞANLIER, Biruni Üniversitesi
Selma ŞEN, Celal Bayar Üniversitesi
Engin ŞİMŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Ela TARAKÇI, İstanbul Üniversitesi
Sultan TAŞÇI, Erciyes Üniversitesi
Muhittin TAYFUR, Başkent Üniversitesi
Emine ASLAN TELCI, Pamukkale Üniversitesi
Ayfer TEZEL, Ankara Üniversitesi
Mehmet TOKAÇ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Aliye TOSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mustafa TÖZÜN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu TUNA, Sanko Üniversitesi
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Atatürk Üniversitesi
Gülengün TÜRK, Adnan Menderes Üniversitesi
Perim Fatma TÜRKER, Başkent Üniversitesi
Songül ATASAVUN UYSAL, Hacettepe Üniversitesi
Mehmet YANARDAĞ, Anadolu Üniversitesi
Meryem YAVUZ, Ege Üniversitesi
Naciye VARDAR YAĞLI, Hacettepe Üniversitesi
Sevgi Sevi YEŞİLYAPRAK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sibel AKSU YILDIRIM, Hacettepe Üniversitesi
Meriç YILDIRIM, Dokuz Eylül Üniversitesi
Müge YILMAZ, Erciyes Üniversitesi
Ufuk YURDALAN, Marmara Üniversitesi
Hülya YÜCEL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Şebnem ÇINAR YÜCEL, Ege Üniversitesi
Birsan YÜRÜGEN, Okan Üniversitesi

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi

Editöryal Politikalar

- Odak ve Kapsam
- Hakem Değerlendirme Süreci
- Açık Erişim Politikası

Odak ve Kapsam

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yılda üç kez yayımlanan multidisipliner, hakemli, süreli bir e-dergidir. İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi sağlık bilimleri ile ilgili klinik ve deneysel özgün araştırma, derleme, olgu sunumu şeklinde hazırlanan makale türünde güncel çalışmaları ve yayınlanmış yazılara ilişkin değerlendirmeleri içeren editöre mektupları kapsar. Dergi sağlık bilimlerinin tüm alanlarında sağlık profesyonellerine ve diğer araştırmacılara yöneliktir. Dergi; yayınladığı makalelerde, konu ile ilgili etik kurallara ve bilimsel standartlara uygun olma ve ticari kaygı gözetmeme şartını aramaktadır.

Bilimsel Danışma Değerlendirme Süreci

Makale gönderimi ve Bilimsel Danışma Kurulu Üyelerinin değerlendirmeleri DergiPark üzerinden elektronik ortamda gerçekleştirilmektedir. Yayınlanmak için gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Eğer makalede daha önce yayınlanmış; alıntı yazı, tablo, resim mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

Bilimsel toplantılarda sunulan özetler, makalede belirtilmesi koşulu ile kabul edilir. Ayrıca, dergilerin özel sayılarında özetleri yayınlanan bildirimlere ait ayrıntılı bilginin bildirilmesi gerekmektedir. Dergiye gönderilen makale, biçimsel esaslara uygun ise danışman incelemesinden geçirilip, gerek görüldüğü takdirde, istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayınlanır.

Başvuruyu takiben, makale bir (1) ay içerisinde alanında uzman iki (2) danışman tarafından değerlendirilir. Düzeltme istendiği takdirde yazarlar, gözden geçirilmiş makaleyi iki (2) hafta içerisinde yeniden dergiye gönderirler. Gerekli takdirde bu süre editörün kararıyla uzatılabilir. Hakemler tarafından yapılması istenen düzeltmelerin niteliğine bağlı olarak düzeltilerek tekrar dergiye gönderilen makale üç (3) hafta içerisinde hakemler tarafından değerlendirilir veya editör tarafından hakemlere gönderilmeksizin değerlendirme tamamlanır.

Makale yayınlanmak üzere dergiye gönderildikten sonra yazarlardan hiçbiri, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez, ayrıca hiçbir isim, yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Açık Erişim Politikası

Bu dergi yayınlanma ile birlikte açık erişimi sağlama politikasını benimsemiştir.

EDİTÖRDEN

Değerli Okuyucularımız,

Dergimizin 2019 yılının son sayısı ile karşınızdayız. Dergimizin yayın hayatındaki dördüncü yılını tamamlamış olmanın haklı gururunu ve mutluluğunu yaşıyoruz. Bu sayıda birbirinden değerli makaleleri sizlere ulaştırıyoruz.

Baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemlerinin değerlendirildiği “Kemoradyoterapi Alan Baş-Boyun Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi” isimli çalışmada hastaların beslenme durumlarının tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak ne yönde olumsuz etkilendiği açıklanmıştır.

Yoğun bakımlarda tedavi gören hastalara uygulanan mekanik ventilasyon, diyaliz ya da santral venöz kateter girişimleri hayat kurtarıcı olmalarının yanısıra, hastaların ağrı ve stresini tetiklemektedir. Bu nedenle bu uygulamaların analjezi veya sedasyon altında yapılması gerekmektedir. Bu sayının ikinci makalesi olan “Sedasyon Uygulama Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması” isimli çalışmada yaygın olarak kullanılan “Sedasyon Uygulama Ölçeği”nin Türkçeye adaptasyonu yapılmış ve psikometrik olarak incelenmiştir.

“Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmayı Önlemede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kanıt Düzeyleri” isimli çalışmada bulantı-kusmayı önlemek/azaltmak için kullanılan alternatif yöntemlerin kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri ayrıntılı bir şekilde incelenmiş, okuyuculara bir rehber niteliğinde sunulmuştur.

Bu sayının son araştırma makalesi olan “Ailesi ile Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stresin Karşılaştırılması” isimli makalede aileyle ya da ailesinden ayrı yaşayan öğrencilerde yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri incelenmiştir.

“Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı” isimli derlemede ruhsal bozukluklarda uygulanan psikososyal beceri yöntemlerinden biri olan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının özellikleri ve uygulama yöntemi ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

“Yaşlı Hastalarda Düşmeler ve Risk Faktörleri” isimli bu sayının diğer derleme makalesinde yaşlı bireylerin en büyük problemlerinden biri olan düşmeler ve risk faktörleri incelenmiş klinik önerilerde bulunulmuştur.

“Akut Lenfoblastik Lösemi Tanılı Bir Olgunun Neuman Sistemler Modeli’ne Göre Değerlendirilmesi” isimli olgu sunumunda ise özellikle 2-5 yaş grubunda görülen Akut Lenfoblastik Lösemi tanısı almış bir çocuğun sorunlarının çözülmesine ilişkin hemşirelik süreci irdelenmiştir.

Yukarıda sözü edilen çalışmaların bilimsel gelişiminize ve farklı hasta, hastalık ve durumlara yaklaşımınızda katkı sunmasını dilerim. 2020 yılında dergimizin saygın uluslararası ve ulusal indekslere girmesi konusunda devam eden süreçlerin olumlu sonuçlanmasını dilerim.

Prof. Dr. Bumin N. DüNDAR

Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Kemoradyoterapi Alan Baş-Boyun Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi **83-89**

The Evaluation of the Nutritional Status of Patients with Head and Neck Cancer Receiving Chemoradiotherapy
Özlem UĞUR, Ezgi KARADAĞ, Oğuz ÇETİNAYAK

Sedasyon Uygulama Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması **91-95**

Sedation Practices Scale: Validity and Reliability Study
Esra AKIN KORHAN, Kıvanç ÇEVİK, Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Gülçin BOZKURT, Meryem ÖZLEM,

Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmayı Önlemede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kanıt Düzeyleri **97-104**

Evidence Levels of Non-Pharmacological Methods Used to Prevent Postoperative Nausea and Vomiting
Melike Durmaz, Rukiye Burucu

Ailesi ile Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stresin Karşılaştırılması **105-109**

Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress in Physiotherapy and Rehabilitation Students Living with Parents and away from Parents
İlknur NAZ, Nazlı KOL, Şeyma ALTINTAŞ, Badel KIRPIK, Roni EMRE, Büşra KOCA, Sinem AYGÜN,

DERLEME

Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı **111-115**

Illness Management and Recovery Program in Mental Disorders
Selda POLAT, Fatma Yasemin KUTLU

Yaşlı Hastalarda Düşmeler ve Risk Faktörleri **117-121**

Falls and Risk Factors in Elderly Patients
Sevil YILMAZ, Leyla KHORSHID

OLGU SUNUMU

Akut Lenfoblastik Lösemi Tanılı Bir Olgunun Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi **123-127**

Evaluation of a Case with Acute Lymphoblastic Leukemia According to the Neuman Systems Model
Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Yasemin YILDIRIM, Fisun ŞENUZUN AYKAR, Çiçek FADİLOĞLU

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Kemoradyoterapi Alan Baş-Boyun Kanseri Hastalarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi*The Evaluation of the Nutritional Status of Patients with Head and Neck Cancer Receiving Chemoradiotherapy*Özlem UĞUR, Doç. Dr.¹, Ezgi KARADAĞ, Doç. Dr.¹, Oğuz ÇETİNAYAK, Uzm. Dr.²¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği ABD, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi ABD, İzmir**İletişim/Correspondence:**

Özlem UĞUR, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

E-posta: ozlem.ugur@deu.edu.tr**Özet**

Amaç: Baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemlerinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı kalitatif tasarım yöntemi kullanılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniğine gelen 14 baş boyun kanserli hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bireylerle yüz yüze görüşme yapılmıştır. Örneklem yeterliliği açısından, hastalardan elde edilen veriler tekrarlama sürecine girinceye kadar veri toplanmaya devam edilmiştir. Araştırmanın yürütüleceği kurum ve etik kurulundan yazılı izin alınmıştır. **Bulgular:** Bireylerin tedavilerin oluşturduğu bazı fiziksel ve davranışsal değişiklikler yaşadıkları, sağlıklarını korumaya yönelik davranışlar geliştirdikleri bulunmuştur. **Sonuç:** Çalışmada baş boyun kanserli hastaların beslenme durumlarının tedavilerin yan etkilerine bağlı olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Baş boyun kanseri, kemoradyoterapi, beslenme problemleri.**Abstract**

Objective: This study aims to evaluate the nutritional problems of head and neck cancer patients. **Material and Methods:** In this study, descriptive qualitative design was employed. The study sample included 14 patients with head and neck cancer who were admitted to the Radiation Oncology Outpatient Clinic of Dokuz Eylul University Medical Faculty Research and Application Hospital. Face to face interviews were conducted with patients. The data collection steps were repeated until no new information could be obtained from the patients. Before starting the research, official permissions were acquired from the ethics committee and institutions where the research was conducted. **Findings:** The study found that individuals experienced some physical and behavioral changes due to treatments, and developed behaviors to protect their health. **Conclusion:** In this study, it was determined that the nutritional status of patients with head and neck cancer was adversely affected by the side effects of treatments.

Keywords: Head and neck cancer, chemoradiotherapy, feeding problems.**Giriş**

Kanser hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan değişimler nedeniyle yetersiz beslenmenin olduğu, hastalarının yaşam kalitelerinin giderek düştüğü, morbidite ve mortalitenin arttığı önemli bir hastalık grubudur (Mendes, Alves & Amaral, 2012). Baş-boyun kanserleri epidemiyolojik veriler açısından en önemli kanserler arasında yer almamakla birlikte, hastalık süreci ve tedavisinde kullanılan yöntemlere bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hastaların günlük yaşamlarında sınırlılıklara yol açan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplike kanser türlerinden biridir (Öztürk, 2011). DSÖ'nün 2012 yılı verilerine göre 14.1 milyon yeni kanser vakası arasında baş-boyun kanseri insidansının yüz binde 9.2 olduğu bildirilmektedir (Cancer

facts, 2015; Cancer statistics, 2016). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın 2013 yılı verilerine göre baş-boyun kanseri insidansının yüz binde 16.2 olduğu rapor edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Hastaneye yatırılan hastalar arasında malnütrisyon insidansının en yüksek gruplarından biri baş boyun kanserli hastalardır. Kemoradyoterapi alan başboyun kanserli hastalarda % 44-88 oranında malnütrisyon sıklığı görülmektedir. Oluşan yeme problemleri kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle yeme sorunu yaşayan baş boyun kanserli hastalarda bakımın bireyselliğine ve bütünlüğüne odaklanılmalıdır. Beslenme problemlerinin nedeni incelendiğinde; oral ve dental problemler, mukozit,

bulantı-kusma, disfaji, ağrı, ateş, tat ve koku almada yaşanan değişiklikler, enfeksiyonlar, hiperkalsemi ve diğer bazı metabolik bozukluklar, gelişen psikolojik stres önemli değişkenlerdendir (Bossola, 2015; Kömürçü, 2004; Kadan Lottick, Vanderwerker, Bkock, Zhang, Prigerson, 2005; Mendes vd., 2012; Wood, 2005; Yavaş & Yavaş, 2011). Beslenme durumunda yaşanan olumsuzluklar kötü klinik sonuçlara neden olabilmektedir (Bossola, 2015). Türkiye’de baş boyun kanserli hastaların beslenme durumundaki değişimleri inceleyen yetersiz sayıda çalışma bulunmaktadır (Öztürk, 2011; Şenkal, 2009). Bulunan çalışmalar ise genelde tanımlayıcı ve derleme tipinde araştırmalar olup, kişilerin genel anlamda bu süreçte yaşadığı sıkıntıları tanımlamak amacıyla yapılan çalışmalardır.

Amaç:

Bu çalışmada baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmıştır:

-Baş-boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemleri var mıdır?

-Baş-boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemleri nelerdir?

-Eğer varsa beslenme problemlerini çözmek için neler yapılmaktadır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın türü

Çalışmada, baş boyun kanserli bireylerin yaşadıkları beslenme problemlerini değerlendirmek amacıyla niteliksel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı kalitatif tasarım yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın yeri ve tarihi

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü poliklinikte onkoloji hastalarına ayaktan radyoterapi, kemoterapi uygulanmakta ve izlemleri yapılmaktadır. Araştırmanın verileri Şubat – Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırma evrenini Radyasyon Onkolojisi Polikliniğine gelen baş boyun kanserli bireyler oluşturmuştur. 2017- 2018 döneminde baş boyun kanseri tedavisi nedeniyle üniteye gelen hasta sayısı hakkında net bir veri bulunmamaktadır. Araştırma örneklemini, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen, radyasyon onkolojisi bölümünde tedavi alan 14 baş boyun kanserli hasta oluşturmuştur. Örnekleme seçilme kriterleri olarak; 18 yaşın üzerinde olma, baş boyun kanseri bulunan birey olma, maligniteye bağlı kemoterapi/ radyoterapi tedavisi almaya gelme, Türkçe bilme ve yeterli sözel iletişim kurulabilme alınmıştır. Örnekleme dışlama kriterleri olarak; çalışmaya katılmaya istekli olmama belirlenmiştir. Araştırmaya alınan hastaların 5’i bayan, 9 kişisi erkektir ve yaş ortalamaları 56’dır. Tamamı radyokemoterapi alırken, 3 kişi ek olarak cerrahi tedavide almıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmada gerekli verilerin toplanmasında, “Hasta Tanıtım Formu” ve beslenme problemlerinin tanınmasına

yönelik kalitatif soruların bulunduğu anket formundan yararlanılmıştır. Hastanın Tanıtım Formu; araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak hazırlanmıştır (Bossola, 2015; Kadan Lottick vd., 2005; Mendes vd., 2012; Öztürk, 2011). Formda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu, çocuk sayısı, çalışıyor olma durumu, gelir düzeyi, hastaya uygulanan tedavi yöntemi gibi sorular bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu; baş boyun kanserli hastaların yaşadığı beslenme problemlerini tanılamak amacıyla yapılandırılmıştır. Formda yaşanan beslenme problemlerinin neler olduğu ve bu problemleri çözmek için neler yaptıklarını sorgulayan açık uçlu sorular bulunmaktadır.

Verilerin toplanması

Çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından, niteliksel araştırmaların veri toplama yöntemlerinden olan “Derinlemesine Görüşme” yöntemi kullanılarak toplanmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2011). Derinlemesine bireysel görüşmelerin yapıldığı kalitatif çalışmalarda örnekleme yeterliliği açısından, veriler yinelenmeye başladığında, verilerde doyum noktasına ulaşıldığı, bir ölçüt olarak belirtilmektedir (Aksayan & Emiroğlu, 2002). Veri toplama sürecinde araştırmacı, örnekleme kriterlerine uyan bakımverenleri belirleyerek araştırmanın amacını açıklamış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerle onamlarını aldıktan sonra sessiz bir odada görüşme yapmıştır. Tüm görüşmeler ses kaydına alınmış ve araştırmacılar tarafından yazılı hale getirilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi ve rapor haline getirilmesi

Ses kaydı cihazına kayıt edilen görüşmeler, araştırmacı tarafından dinlenerek yazılı hale getirilmiş ve içerik analizi için tümevarım yöntemi kullanılmıştır. Analiz için veriler anlamlarına göre bölünerek kodlanmış (açık kodlama), belirli bir anlam etrafında birbiri ile ilgili kodlar bir araya getirilmiş (dikey kodlama) ve dikey kodlamada belirlenen çekirdek kategoriler birleştirilerek temalar oluşturulmuştur (seçici kodlama). Temalar yorumlanarak anlamlı hale getirilmiştir (Yıldırım & Şimşek, 2011; Erdoğan, Nahcıvan & Esin N., 2015; Özdamar, 2015). Hastanın tanımlayıcı özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Veriler raporlanırken, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılanların ifadelerine yorum katmadan, verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalarak örnekler verilmiştir. Ayrıca tüm veri toplama araçları analiz aşamasında yapılan kodlamalar, raporu temel oluşturan algılar ve notların gerektiğinde incelenmesi için saklanmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2011; Erdoğan, Nahcıvan & Esin N., 2015; Özdamar, 2015).

Araştırmanın etik yönü: Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin, Üniversite Hastanesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (Tarih:4.1.2018, Protokol No: 2018/01-03). Örnekleme alınan hastalardan sözel ve yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Tanımlayıcı kalitatif tasarım yöntemi kullanılarak yapılan bu çalışmada, hastaların beslenme durumlarına ilişkin görüşleri bütüncül bir yaklaşımla araştırılmış ve ilgili durumdan nasıl etkilendikleri üzerine odaklanılmıştır. Çalışmada hastaların beslenme durumlarına ilişkin görüşleri içerik analizi sonuçları, 2 ana tema ve 3 kategori olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Bu 2

ana tema; tedavinin yan etkilerinin yaşanması ve hastaların sağlığını korumaya yönelik geliştirdiği davranışlardır.

Tablo 1. Kemoradyoterapi Alan Baş- Boyun Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına İlişkin Oluşturulan Ana Temalar, Kategori ve Alt Kategoriler

ANA TEMA	KATEGORİ	ALT KATEGORİLER
Tedavinin Yan Etkileri	Kemoradyoterapinin Oluşturduğu Fiziksel Yan Etkiler	-Ağızda acı tat varlığı -Yemek yiyememe -Ağızda mukozit varlığı - Bulantı- kusma varlığı -Yemek yerken veya yutkunurken boğazda gelişen ağrı - Tükürüğün azalması, ağzın kuruması
	-Tedavinin Oluşturduğu Davranışsal Değişiklikleri	-Sosyalleşmenin azalması - Çabuk sinirlenme ve öfkelenme
Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar	Fiziksel Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar	-Kilo almamak/ vermemek için beslenmeye özen gösterme - Egzersiz/yürüyüş yapma - Hazır oluşululukta artış
	Ruhsal Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar	- Kişilerin şükür içinde olması

Tema 1: Tedavinin Yan Etkileri

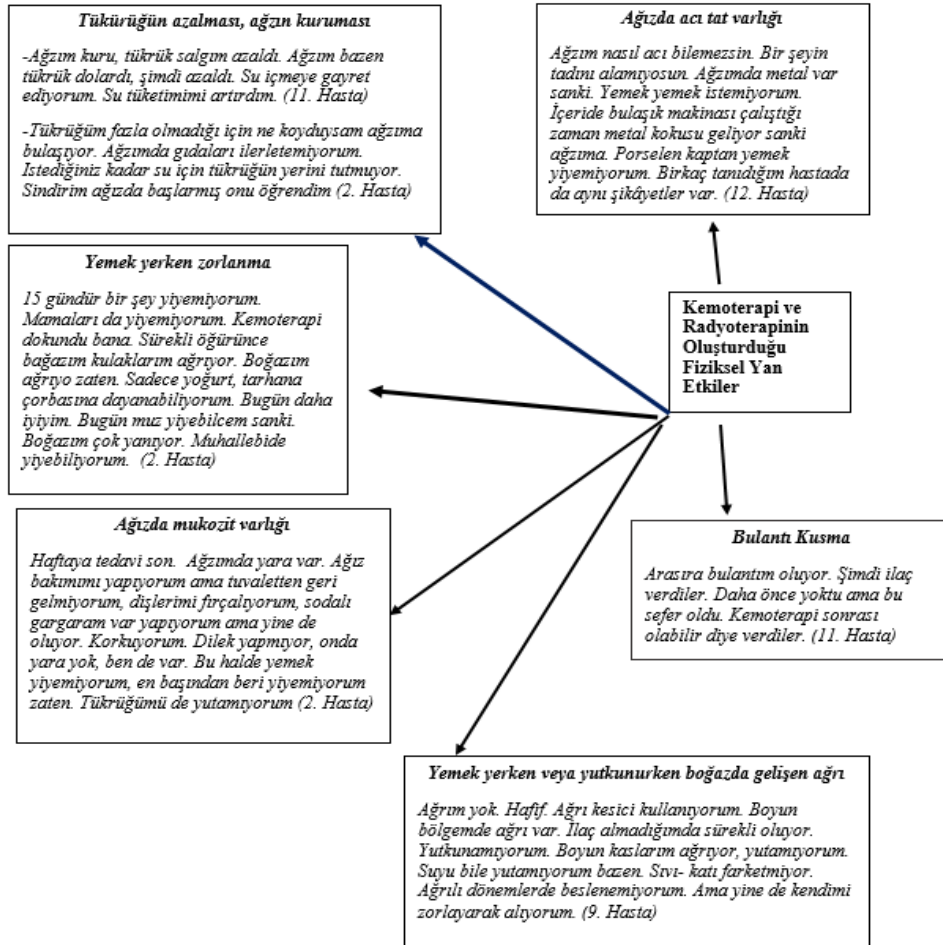
Çalışmada baş boyun kanserli hastaların beslenme durumlarının tedavilerin yan etkilerine bağlı olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Bu yan etkiler hastalarda tedavinin kişide oluşturduğu fiziksel yan etkiler ve davranışsal değişiklikler olmak üzere iki kategoride incelenmiştir (Tablo 1).

Kemoradyoterapinin Oluşturduğu Fiziksel Yan Etkiler

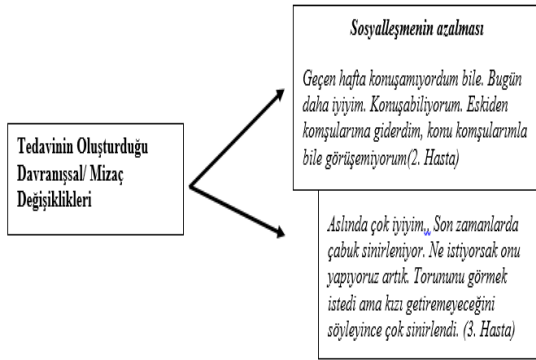
Çalışmada fiziksel yan etkiler ağızda acı tat varlığı, yemek yiyememe, ağızda mukozit varlığı, bulantı-kusma varlığı, yemek yerken veya yutkunurken boğazda gelişen ağrı, tükürüğün azalması, ağzın kurumasıdır. Bu kategorilere ilişkin bazı ifadeler Şekil 1'de verilmiştir.

Tedavinin Oluşturduğu Davranışsal/ Mizaç Değişiklikleri

Hastalarda tedavinin oluşturduğu davranışsal veya mizaç değişiklikleri olarak toplumsallaşmanın azaldığı, çabuk sinirlendikleri saptanmıştır. Bu kategorilere ilişkin bazı ifadeler Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 1. Hastaların Kemoterapinin Oluşturduğu Fiziksel Yan Etkilere İlişkin Görüşler



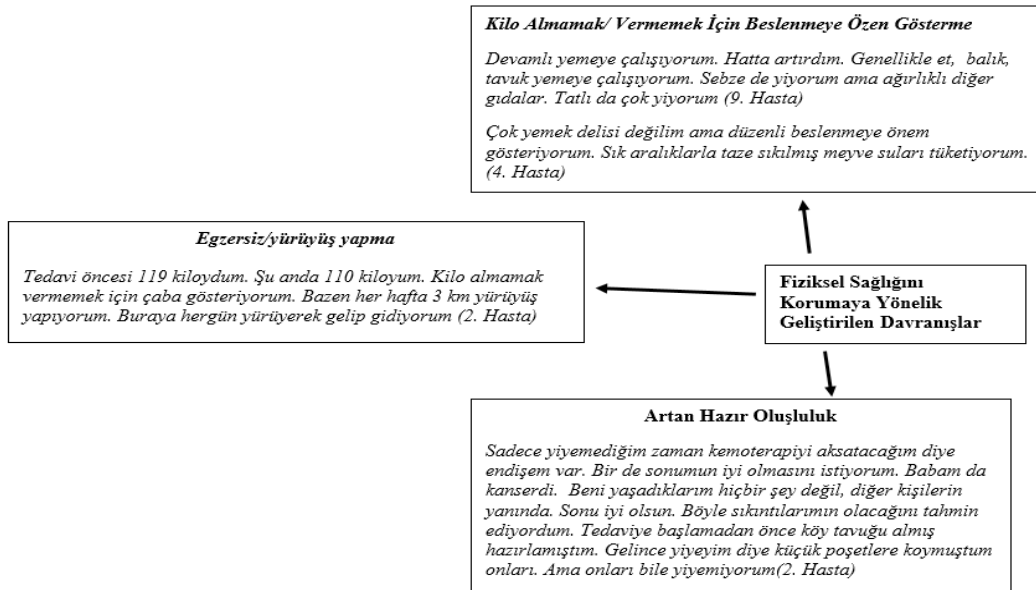
Şekil 2. Hastalarda Tedavinin Oluşturduğu Davranışsal/ Mizaç Değişiklikleri

Tema 2: Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar

Hastaların hastalık sürecine ve aldıkları tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlarla mücadele etmek için fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü korumak adına geliştirdikleri bazı davranışlar bulunmaktadır.

Fiziksel Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar

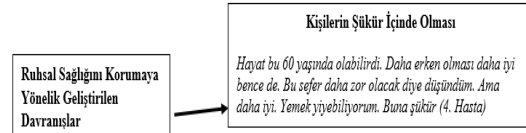
Hastaların tedavinin oluşturduğu yan etkileri azaltmak, onları yönetmek ve fiziksel gücünü korumaya yönelik kilo almamaya ve vermemeye çalıştıkları ve buna yönelik beslenmelerini düzenledikleri, egzersiz yaptıkları ve hazır oluşluluklarını arttırdıkları saptanmıştır. Bu kategorilere ilişkin bazı ifadeler Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil 3. Hastaların Fiziksel Sağlığının Korumaya Yönelik Yaptıkları Davranışlar

Ruhsal Sağlığını Korumaya Yönelik Geliştirilen Davranışlar

Çalışmada hastaların ruhsal sağlığını güçlendirmek için şükür içinde oldukları saptanmıştır. Bu kategorilere ilişkin bazı ifadeler Şekil 4'de verilmiştir.



Şekil 4. Hastaların Ruhsal Sağlığının Korumaya Yönelik Yaptıkları Davranışlar

Tartışma

Çalışmada baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları beslenme problemlerine ilişkin sorunlar tedavinin yan etkilerine ilişkin ana temasında; fiziksel yan etkilere ilişkin görüşleri ve davranışsal/mizaç değişikliklerine ilişkin görüşleri olmak üzere iki alt tema olarak tartışılmıştır. Hastaların bu süreçte yaşadıkları sorunların çözümüne ilişkin görüşleri ise ikinci ana tema olan sağlığını korumaya yönelik geliştirilen davranışlar temasında ise fiziksel ve ruhsal sağlığını korumaya yönelik geliştirilen davranışlar olmak üzere iki alt tema olarak aşağıda incelenmiştir.

Tema 1: Tedavinin yan etkileri

A. Fiziksel yan etkilere ilişkin görüşler

1. Ağzıda acı tat varlığı: Lezzet kaybı hastaların tanımladığı en yaygın yakınmadır. Kemoradyoterapi alan hastaların çoğunda tat alma tomurcuklarının etkilenmesi nedeniyle

tat duyusu kaybı gelişir. Baş boyun kanserli hastalarda tad duyusu radyoterapi yanında cisplatin, karboplatin, 5 FU ve Methotrexate gibi antineoplastik ajanlardan etkilenir (Mendes vd., 2012). Bazı hastalar cisplatin uygulaması sırasında acı ve metalik bir tatdan şikayet ederler. Bu değişiklik birkaç saat, gün, haftalarca, aylarca sürebilir (Logemann, Pauloski, Rademaker, Lazarus, Mittal ve ark., 2003). Çalışmamızda baş boyun kanserli hastalar yedikleri yemeğin tadını algılamadıkları, ağızlarında acı bir tat varlığını bildirmişlerdir. Bu durum hastaların yemek çeşitliliğini ve yeme isteğini olumsuz etkileyebilmektedir.

2. Tükrüğün azalması, ağzın kuruması: Tükrük salgısı çiğneme ve normal tat algısı için gıdayı sindirime hazırlamada önemlidir. Radyoterapiye bağlı hastalarda tükrük bezini ilgilendiren bozukluklar gelişebilir. Buna bağlı hastalarda tükrük salgısında azalma oluşur ve ağız kuruluğundan yakınmaktadır. Düşük dozda radyoterapi bile tükrüğün miktarında ve kalitesinde değişikliğe neden olabilir (Chasen & Bhargava, 2008; Kirsh vd., 2018; Logemann vd., 2003). Çalışmamızda hastalar ağızlarının kuru olduğunu, bu nedenle yemekle birlikte devamlı sıvı şeyler içtiklerini belirtmektedirler. Hastalar, tedavi sürecinde gıdaları daha rahat ilerletmek ve dengeli beslenmek adına püre kıvamına getirilmiş gıdaların tüketimini ve gıdalarla birlikte sıvı içeceklerin alımını artırmaktadır.

3. Yemek yerken zorlanma: Baş boyun kanserli hastalar, hastalığın doğası ve aldıkları tedavilerin yan etkilerine bağlı yemek yerken zorlandıklarını belirtmektedir. Tükrük azalması yemek zamanlarını hastalar için zor, rahatsız edici ve bazen utanç verici bir duruma getirebilir. Çiğneme ve yutma güçlüğüne neden olur. Bu durum hastaların gıda alımını etkilemekte ve beraberinde iştahsızlığı getirmektedir (Chasen & Bhargava, 2008; Kirsh vd., 2018). Çalışmamızda hastaların ağız kuruluğundan yakındıkları, su şişesini yanlarından ayırmadıkları, sürekli azar azar su içtikleri belirlenmiştir. Ayrıca ağız kuruluğu nedeniyle yemek yerken ağzına aldığı lokmanın ağzının içine bulaştığı, ilerletemedikleri ve yemeğin ilerlemesini sağlamak için su içerek gıdaları ilerlettikleri ya da katı gıdalar yerine yemesi daha kolay olan çorbalar veya püre kıvamında olan yiyecekleri yemeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu hemen hemen hastaların hepsinin ortak yakınmasıdır. Bu süreç hastaların yeme isteğini, gıda çeşitliliğini, yemek yeme davranışındaki değişimleri ve bireylerin bu süreci yönetme davranışlarını da beraberinde getirmektedir.

4. Yemek yerken veya yutkunurken boğazda gelişen ağrı: Kemoradyoterapi alan baş boyun kanserli hastalarda tükrük salgısında azalma, azalan ama yoğunlaşmış tükrük sekresyonu, ağız kuruluğu ve mukozitlerin varlığı gibi nedenler hastalarda yutkunurken ağrı oluşumuna neden olmaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan akut yan etkiler yanında radyoterapinin geç yan etkilerine bağlı artmış fibrozis nedeniyle farengal esnekliğin ve peristaltizmin azalması, hastalara gıdaların ilerletilmesinde güçlükle yaşatabilmektedir (Abendstein vd., 2005). Çalışmalarda 3 yıl sonra bile hastaların yutma zorluğunun devam ettiği saptanmıştır (Abendstein vd., 2005; Chasen & Bhargava, 2008). Literatür destekleri çalışmamızla benzerdir. Tedavi sürecinde baş boyun kanserli bireylerin ağız ve boğaz bölgesine yönelik yaşadıkları güçlükler yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.

5. Ağızda mukozit varlığı: Baş boyun kanserli hastaların tamamına yakınında mukozit gelişir. Tükrük sekresyonunun miktarındaki ve kalitesindeki değişiklikler, tedaviye bağlı ağız mukozasındaki epitelyal yıkım döngüsünün hızlanması ve diğer etkenler hastalarda mukozit gelişimini artırır. Mukozit oluşumu tad bozukluğunu, diş çürüklerine artan duyarlılığı ve iştahsızlığı da beraberinde getirir. Prognozu kötüleştirir (Chasen & Bhargava, 2008; Kirsh vd., 2018; Logemann vd., 2003; Yavaş & Yavaş, 2011). Bu veriler hastaların şikayetlerini desteklemektedir. Çalışmamızda hastaların genelde ağız içi ve farens bölgesinde mukozit oluşumu gözlenmiştir. Bu durum hastaların yemek yerken zorlanmasına neden olmakta ve gıda alımlarını olumsuz etkilemektedir. Radyoterapi tedavisi alan hastalarda mukoza bütünlüğünün sağlanması için ağız bakımı önemlidir ve hasta/ailesi bu konuda dikkatli bilgilendirilmelidir.

6. Bulantı Kusma: Kemoterapi ve radyasyon tedavisi ince bağırsaklardan serotonin salınımına neden olarak, hastada abdominal gerginlik, obstrüksiyon, doğrudan ya da kemoreseptör tetikleme alanını uyarak bulantı/kusmaya neden olur. Ayrıca kemoterapide verilen ilaçların dozu, süresi ve emetik potansiyelide önemlidir. Tedavide ağırlıklı uygulanan cisplatin, hastalarda yüksek emezis oluşturma potansiyeline sahiptir (Can, 2014; Hawkins & Grunberg, 2009). Çalışmamızda hastaların KT alımından sonra 2-3 gün süren bulantı ve bazen de kusma dönemlerinin olduğu, kokulara daha hassas oldukları belirlenmiştir. Bu dönemi hastaların daha rahat geçirebilmesi için antiemetik tedaviler yazılmaktadır. Ayrıca bulantı/kusma semptomunun yönetimine yönelik hasta ve ailesine eğitim verilmesi oldukça önemlidir.

B. Davranışsal/ Mizaç değişiklikleri

1. Sosyalleşmenin azalması: Baş boyun kanserli hastaların yeme yutma, tat ve koku alma, beslenme durumlarındaki değişimler, kilo kaybı, tedaviye bağlı yaşadıkları bulantı, kusma, mukozit, cilt değişiklikleri gibi nedenlerle sosyal işlevselliği azalmaktadır. Tüm bu değişkenler hastaların yaşam kalitesini bozmakta, anksiyete ve depresyona yol açabilmektedir. Baş boyun kanserli hastaların %30-40'ının anksiyete ve depresyonu deneyimledikleri ve artmış intihar riski altında buldukları saptanmıştır (Chasen & Bhargava, 2008). Çalışmamızda da hastaların hastalığın teşhisinden itibaren, tedavi sürecini de kapsayacak şekilde enfeksiyon kapmamak, varolan enerjisini etkin kullanmak ve yorgunluklarını yönetmek adına çevresiyle olan sosyal ilişkilerini azalttığı belirlenmiştir. Bu durumun bireylerin tedavi sürecinde yaşadıklarını düşündükleri durumları engellemek adına geliştirdikleri kendini koruma davranışlarıdır.

2. Çabuk sinirlenme ve öfkelenme: Öfke normal bir insan duygusudur. Uygun şekilde ifade edildiğinde, bireylerin çatışmaları çözmelerine ve karar vermelerine yardımcı olabilir. Uygun ifade edilmediğinde ise bireyin kendisine ve başkalarına zarar vermesine yol açabilir (Harper- Jaques & Reimer, 2005). Kanser gibi kronik hastalıklar bireyin baş etme becerilerini zorlayabilir ve öfke duygusuna neden olabilir. Vücut fonksiyonlarının kaybı, hedeflerine ulaşmadaki engeller, yaşanan güçsüzlük duyguları gibi değişkenler, kişilerde huzursuzluk ve öfkeli tepkilerin gelişmesine, çabuk sinirlenmelerine sonuçta uygunsuz ya da zarar verici davranışların ortaya çıkmasına yol açar (Öz & Öz, 2014; Towsend, 2006). Çalışmamızda

görüşme yaptığımız hastalar, olaylar karşısında çabuk öfkelenedikleri ve sınırlendiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumlarının yönetimine yönelik hasta ve ailelerine psikolojik danışmanlık almaları için gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır.

Tema 2: Sağlığını korumaya yönelik geliştirilen davranışlar

A. Fiziksel sağlığını korumaya yönelik geliştirilen davranışlar

1. Kilo almamak/vermemek için beslenmeye özen gösterme: Kanser kontrolünde beslenmenin önemi büyüktür. Kanser oluşma riskini azaltmak, sağlık devamlılığının sağlanması, normal vücut ağırlığının sürdürülmesinde hastalar tedavileri sırasında beslenmelerine özen göstermektedir. Bu nedenle de hastalar tedavileri sürecinde kilo kaybetmek yerine sağlıklı vücut ağırlığına ulaşmak ve bunun devamlılığını sağlamak için büyük çaba göstermektedirler (Can, 2014). Çalışmamızda hastalarımızda kemoradyoterapi aldığı sürece kilo kaybetmemek için özellikle beslenmelerine dikkat ettikleri ve dengeli beslenmek için gerekli önlemleri almaya özen gösterdikleri gözlenmiştir.

2. Egzersiz/yürüyüş yapma: Düzenli fizik aktivitede bulunma sağlıklı bir vücuda sahip olmada ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemlidir. Düzenli egzersiz kanser görülme riskini de azaltır (American Institute, 2007; Can, 2014). Bu nedenle de hastalarımız mevcut durumunu daha iyiye götürebilmek, dengede kalabilmek, yaşam düzenini devam ettirebilmek adına yürüyüş ya da egzersiz yaptıkları, gün içindeki hareketliliklerine devam etmeye çabaladıkları saptanmıştır. Bu durum yaşam kalitesinin devamlılığı için önemlidir.

3. Artan Hazıroluşluluk: Kanserde, kanserin kendisinin ve tedavisinin neden olduğu işlevselliğin sınırlanması gibi faktörler kişinin hastalık ve süreciyle ilgili başa çıkma davranışlarını etkiler. Bu başa çıkma davranışları sürecin yönetimiyle ilgili davranışlar olabilir. Bu hastalarda sosyal etkileşimin sınırlandırılması, daha önce önemsenmediği işlerin yapımındaki sırayı değiştirme, akrabalar veya tanıdıklardan yardım isteme davranışlarında değişim yaşanması olabileceği gibi bizim çalışmamızda da olduğu gibi tedaviye başlamadan önce kendisinde oluşabilecek yetersizlikleri azaltmak veya yok etmek adına alacağı önlemler olabilir (Güleç & Büyükkınacı, 2011; Kadan Lottick, vd., 2005). Bu artan hazıroluşluluk durumu hastanın kendi varoluşuna zarar verebilecek etkenleri önlemek adına yaptığı uyum girişimleridir. Çalışmamıza katılım gösteren hastalarda buna yönelik söylemlerde bulunmuşlardır.

B. Ruhsal sağlığını korumaya yönelik geliştirilen davranışlar

1. Kişilerin şükür içinde olması: Spritüel sıkıntı, bir kişinin hayatının anlamının ve amacının sorgulandığı veya umutsuzluk duygusunun yaşandığı kanser gibi kriz durumlarında oluşur. Bu durum aslında kayıp algısını, kötü deneyim ya da hayal kırıklığını, birinin Tanrı'ya karşı başarısızlığını, kendi eksikliği/başarısızlığını kabul etmesini, Tanrı ile uzlaşmasının olmayışını kapsar. Tanrı'ya olan itaatsizlik nedeniyle bir cezalandırma olarak da algılanabilir. Bu cezalandırmayı veya başına gelebilecek şeyleri önlemek adına kişiler şu anda bulunduğu mevcut durumuna şükrederler. Böylece yaşadıkları sıkıntıların biran önce bitmesini isterler. Aynı zamanda bu durum

kişinin iyilik durumunu güçlendirebilir ve kendini keşfetmesi için motivasyon sağlayabilir (Öz & Öz, 2014; Taylor, 2006). Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların mevcut durumuna şükür içinde oldukları ve bir an önce yaşadıklarının bitmesi isteminde buldukları gözlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; hastaların tedavi süreci boyunca hastalığın ve tedavinin yan etkilerine bağlı beslenme sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Bu bağlamda önerilerimiz şunlar olabilir;

-Beslenme ve yutmada dahil yaşam kalitesi parametreleri tanı sırasında, tedavi ve sonrasında da düzenli olarak değerlendirilmeli

-Tedavi sonrasındaki 3 aya kadar beslenme desteği sürdürülmeli

-Yüksek riskli hastalar erken müdahale için diyetisyene yönlendirilmeli

-Hastaların tedavi sürecine psikososyal destekler katılmalı

-Hastalara ve ailelere psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilebilir.

Alana Katkısı

Çalışma sonuçlarının; baş boyun kanserli hastalarda beslenme problemlerinin vurgulanmasına ve bu sonuçlara yönelik girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Teşekkür

Bu çalışmaya katılan hastalara, çalışmanın yapılmasına olanak sağlayan radyasyon onkolojisi doktor ve hemşire ekibine teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Abendstein, H., Nordgren, M., Boysen, M., Jannert, M., Silander, E., Ahlner-Elmqvist, M., et al. (2005). Quality of life and head and neck cancer: a 5 year prospective study. *Laryngoscope*, 115(12):2183-92.
- Aksayan, S. & Emiroğlu O.N. (2002). Araştırma Tasarımı. Erefe, İ. (Ed). Hemşirelikte Araştırma: İlke, Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul.
- Bossola, M. (2015). Nutritional Interventions in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Chemoradiotherapy: A Narrative Review. *Nutrients*, 7, 265-276.
- Can, G. (2014). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. Nobel Tıp Kitabevi
- Cancer facts and statistics (internet). Erişim adresi: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index>. Erişim tarihi: 12.04.2015..
- Chasen, M.R. & Bhargava, R. (2009). A descriptive review of the factors contributing to nutritional compromise in patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*, 17(11):1345-51. doi: 10.1007/s00520-009-0684-5. Epub 2009 Jul 18.
- Erdoğan S., Nahcivan N. & Esin N. (2015). Hemşirelikte Araştırma. (2. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. p: 136- 39.
- Güleç, G. & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):343-367
- Harper- Jaques, S.& Reimer, M.(2005). Management of aggression and

- violence. In M.A. Boyd (Ed), *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice* (3 rd ed), Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, pp.802- 822.
- Hawkins, R. & Grunberg, S. (2009). Chemotherapy-induced nausea and vomiting: challenges and opportunities for improved patient outcomes. *Clin J Oncol Nurs.*, 13(1):54-64. doi: 10.1188/09.CJON.54-64.
- Kadan-Lottick, N.S., Vanderwerker, L.C., Bkock, S.D., Zhang, B. & Prigerson, H.G. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*, 104:2872 -2881.
- Kirsh, E., Naunheim, M., Holman, A., Kammer, R., Varvares, M., et al. (2018). Patient-reported versus physiologic swallowing outcomes in patients with head and neck cancer after chemoradiation.. *Laryngoscope*, doi: 10.1002/lary.27610.
- Kömürçü, Ş. (2004). Bas ve Boyun Kanseri Hastalarda Beslenme Problemi. *KBB ve BBC Dergisi*, 12 (2): 101–108.
- Logemann, J.A., Pauloski, B.R., Rademaker, A.W., Lazarus, C.L., Mittal, B., et al.(2003). Xerostomia: 12-month changes in saliva production and its relationship to perception and performance of swallow function, oral intake, and diet after chemoradiation. *Head Neck*, 25(6):432-
- Mendes, P.J., Alves, B. & Amaral, T.F.(2014). Comparison of nutritional status assessment parameters in predicting length of hospital stay in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 33:466- 470.
- Özdamar M. (2015). SPSS ile Biyoistatistik (10. baskı). Ankara: Nisan Kitabevi Yayınları, p: 136- 39.p:136.
- Ozturk, E. (2011). Radyoterapi Alan Baş Ve Boyun Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Öz, B. & Öz, F. (014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Ed: Öz F, Demiralp M. 369- 384.
- Sağlık Bakanlığı. (2009) Türkiye kanser istatistikleri (internet). http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu-1.pdf. Erişim tarihi: 11.04.2015.
- Şenkal, H.A. (2009).Baş Boyun Kanseri Hastalar İçin Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu'nun Geçerliliği ve Güvenirliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Taylor, E.J. (2006). Spirituality and spritüel nurtere in cancer care. In R.M. Carroll- Johnson, L.M. Gorman, N.J. Bush (Eds), *Psychosocial nursing care along the cancer continuum* (2 nd ed.) (pp.117-131). Pittsburg,PA: Oncology Nursing Press.
- Towsend, M.C. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (5 th ed.). Philidelphia; FA Davis. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007.
- WHO 2020 cancer statistics Prediction (internet). Erişim adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx. Erişim tarihi: 04.03.2016.
- Wood, K. (2005). Audit of nutritional guidelines for head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *J Hum Nutr Dietet*, 18, pp. 343–351
- Yavaş, Ç. & Yavaş, G. (2011). Radyasyona Bağlı Gelişen Oral Mukozit ve Tedavi Seçenekleri. *Karadeniz Tıp Dergisi*. karadeniztip.com/files/ArticlePdf/7_radyasyona.pdf.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2011). Nitel Araştırmada Örneklem. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Sekizinci Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi,p: 101- 27.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Sedasyon Uygulama Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Sedation Practices Scale: Validity and Reliability Study

Esra AKIN KORHAN, Doç.Dr.¹, Kıvanç ÇEVİK, Doç. Dr.², Güldam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Doç. Dr.³, Gülçin BOZKURT, Doç. Dr.⁴, Meryem OZLEM, Uzm. Hëm.⁵

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD., İzmir

²Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD., Manisa

³Kıbrıs İlim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kıbrıs

⁴İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

İletişim/Correspondence:

Esra AKIN KORHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Çiğli/İZMİR

E-posta: akinesra80@hotmail.com

3 - 6 Ekim 2013 tarihinde Antalya'da V. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: Bu çalışma, "Sedasyon Uygulama Ölçeği"nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğinin incelenmesi amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Bu metodolojik araştırmanın çalışma grubunu, iki farklı hastanenin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hemşire oluşturdu. Veri toplama aracı olarak hemşire tanıtım formu ve hemşirelerin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sedasyon yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmesini sağlayan Sedasyon Uygulama Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde; Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı, korelasyon analizleri, örneklem büyüklüğü için Kaiser-Meyer-Olkin, faktör analizi yapılabilmesi için uygunluğu Bartlett's Test of Sphericity ve faktör analizi kullanıldı. **Bulgular:** Veri yapısının faktör analiziyle açıklanabilirliği %69.2 olarak bulundu. Kişilerin cevaplara verdiği tutarlılık her madde için %40'ın üzerinde olduğu için Bartlett's Test of Sphericity analizi sonucunda Tip I hata düzeyinde $\alpha=.05$ önem derecesinde, $p<.05$ olarak belirlendi ve değişkenler arasında yüksek korelasyon varlığı olduğu belirlendi. Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach alfa değeri 0.80 olarak saptandı. **Sonuç:** Çalışmanın sonucunda, Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin ülkemizde bu alanda yapılacak olan çalışmalarda kullanılabilecek, yeterli geçerlilik ve güvenirlilik göstergelerine sahip bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Sedasyon, yoğun bakım, hemşire, geçerlilik, güvenirlilik.

Abstract

Objective: This study was conducted to investigate Turkish validity and reliability of the "Sedation Practice Scale". **Material and Method:** The study group of this methodological study consisted of 105 nurses working in the intensive care units of two different hospitals, who accepted to participate in the study. As the data collection tool, the nurse introductory form and Sedation Practice Scale was used to evaluate nurses' attitudes and behaviors related to sedation management in patients with mechanical ventilation support. In the analysis of the data; Cronbach Alpha reliability coefficient, correlation analysis, Kaiser-Meyer-Olkin for sample size, and the suitability of factor analysis for the analysis of Bartlett's Test of Sphericity and factor analysis were used. **Findings:** Explainability of data structure by factor analysis was found to be 69.2%. As the consistency of the responses was over 40% for each item, Bartlett's Test of Sphericity analysis showed that the Type I error level was $\alpha=.05$; $p<.05$ and high correlation was found between the variables. The Cronbach's alpha value of the Sedation Practice Scale was found to be 0.80. **Conclusion:** As a result of the study, it was determined that Sedation Practice Scale is a measurement tool with sufficient validity and reliability indicators that can be used in the studies in this field in our country.

Keywords: Sedation, intensive care, nurse, validity, reliability.

Giriş

Yoğun bakımlarda tedavi gören hastalara uygulanan mekanik ventilasyon, diyaliz ya da santral venöz kateter girişimleri hayat kurtarıcı olmalarının yanısıra, hastaların ağrı ve stresini tetiklemektedir. Bu nedenle bu uygulamaların analjezi veya sedasyon altında yapılması gerekmektedir. (Franck, Fischer ve Spies, 2006; Kress ve Hall, 2006; Martin, Mehta vd., 2006). Mekanik ventilasyon desteğinde olan yoğun bakım hastalarında, sedasyonun sağlanması yoğun

bakım tedavisinin önemli komponentlerinden biridir (Aitken, Marshall ve Elliott, 2008; Egerod, 2002; Samuelson, Lundberg ve Fridlund, 2007; Uyar, 2006;). Sedasyon yönetimi dünya çapında yoğun bakım üniteleri (YBÜ) için karmaşık bir sorun olarak kabul edilir (Ryder-Lewis ve Nelson, 2007). Yoğun bakım hastalarında sedasyon tedavisi, hastanın anksiyetesini, ajitasyonunu azaltmada, depresyonu önlemede, hastanın uyutulabilmesinde,

amnezi oluşturmada, uykuyu düzenlemede, stres cevabını baskılamada, hastanın konforunu ve güvenliğini sağlamada, ventilatör dissenkronizasyonunu önlemede, trakeal tüp, invaziv girişimlere ve ventilatöre toleransın artırılmasında, aspirasyon, invaziv girişimler, pansumanlar gibi hemşire/doktor bakımını kolaylaştırmada, iyileştirme sürecine yardım etmede kullanılmaktadır (Egerod 2002; Guttormson, Chlan, Uyar, 2006; Ho ve Ng, 2008; Kaygusuz, Gürsoy, Kunt ve Kafalı, 2004; Ryder-Lewis ve Nelson, 2007; Samuelson, Lundberg ve Fridlund, 2007; Sarıcaoğlu, Akıncı, Dal ve Aypar, 2005; Mehta vd., 2006; Yaşar, 2006; Weinert ve Savik, 2010; Silay ve Akyol, 2017).

Yoğun bakım hastalarında güvenli ve konforun en uygun olduğu sedasyon düzeyini belirlemek oldukça önemlidir (Yaşar, 2006). Çünkü sedasyon tedavisinin olumlu etkilerinin yanı sıra yetersiz ya da aşırı olması durumunda zararlı etkileri de vardır. Yetersiz sedasyon olması durumunda hastalarda hipertansiyon, taşikardi, rahatsızlık, hipoksi ve hiperkapni, aşırı oksijen tüketimi, ventilatöre karşı direnç, cihaz ve kateterlerin çıkarılması ve post travmatik stres bozukluğuna sebep olurken; derin sedasyon altında hipotansiyon, bradikardi, koma, solunum depresyonu, renal yetmezlik, ventilatör ilişkili pnömoni, ventilatör ilişkili akciğer hasarı ve kas düzensizlikleri, venöz staz, immünsüpresyon gibi istenmeyen durumlar oluşturabilmektedir (Carrasco, 2000; Walder ve Tramèr, 2004; Sarıcaoğlu vd., 2005; Watson ve Kane-Gill, 2004; Perri 2005; Guttormson, 2010; Martin vd., 2006; Aitken vd., 2008; Korhan, Khorshid, Uyar ve Çankaya, 2013). Ayrıca sedasyon tedavi sürecinin uzaması, mekanik ventilasyonda kalma süresiyle birlikte yoğun bakımda kalma süresinin artmasıyla sonuçlandığından sağlık bakım maliyetini de arttırmaktadır (Guttormson, 2010; Korhan, Khorshid, Uyar ve Çankaya, 2013; Sacco ve LaRiccìa 2016). En ideal (optimum) sedasyon hastaya özeldir, fakat ağrı ve ajitasyonun yeterli kontrolünü sağlarken derin sedasyondan da kaçınılmalıdır (Walsh vd., 2016).

Farklı sağlık bakım profesyonellerinin sedasyon için farklı hedefleri olabileceği için ne yazık ki sedasyon uygulama protokolü ve klinik rehberler evrensel değildir (Perri 2005).

Yoğun bakım hastalarında bakımın bir parçası olan sedasyonun başlangıcından taburcu olma kriterleri gerçekleşinceye kadar rutin olarak değerlendirilmesi gerekir. Bilinçli sedasyon esnasında hastanın monitörizasyonunu takip eden ve sadece bu işten sorumlu bir hemşire olması önemlidir. Hemşirelerin hastaları objektif değerlendirebilmeleri için en ideali standart bir ölçek kullanılmasıdır. Ancak bu amaçla geliştirilmiş standart bir araç yoktur (Ay ve Öztürk, 2000; Carrasco, 2000). Yoğun bakım ortamında geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş uygun çok az ölçek vardır (Silay ve Akyol, 2018; Hall ve Stanley, 2019). Objektif sedasyon ölçekleri ve sedasyon protokollerinin kullanımı erken ekstübasyonu ve uyanmayı sağlayabilir. Bu da yoğun bakımda kalma süresi dahil yoğun bakım maliyetlerini etkileyebilir (Perri, 2005). Yüzeysel sedasyon ve derin sedasyonun komplikasyonları düşünüldüğünde; sedasyonun istenilen düzeyde uygulanabilmesi ve tutulabilmesi oldukça önemlidir. Ülkemizde hemşirelere özgü kullanılabilecek Korhan ve ark. nın (2013) yapmış olduğu Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği'nin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Güvenirlik Çalışması dışında sedasyon değerlendirme ölçeğine ulaşamamıştır (Korhan vd., 2013).

Amaç

Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin gözlemciler arası güvenilirliğinin saptanması ve ülkemizde sedatif ajanların uygun yönetimi ve hastaların sedasyon seviyelerinin değerlendirilmesinde yoğun bakım hemşirelerinin karar verme sürecinde kullanabilecekleri bir ölçek kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Türkiye'nin Batı'sında yer alan iki farklı Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım Üniteleri'nde Nisan-Temmuz 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, iki farklı hastanenin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hemşire oluşturdu. Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin kullanım izni için yazarlardan gerekli izin alındıktan sonra ölçeğin geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütüldü. Araştırmacılar tarafından ölçek Türkçe'ye çevrildikten sonra Ölçeğin Türkçe formu kapsam geçerliliği açısından değerlendirmeleri için 10 uzmanın görüşüne sunuldu ve son olarak ölçeğin ön uygulaması yapıldı.

Veri toplama araçları

Veriler, Hemşire Tanıtım Formu ve Sedasyon Uygulama Ölçeği kullanılarak toplandı.

Hemşire Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan hemşire tanıtım formu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte ve yoğun bakımdaki çalışma süresi, çalışılan yoğun bakım, yoğun bakım sertifikası olup olmadığı, yoğun bakımdaki yatak sayısı, sedasyon değerlendirme ölçeği ve protokolü kullanılıp kullanılmadığını içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

Sedasyon Uygulama Ölçeği: Ölçek, Guttormson ve arkadaşları tarafından 2010 yılında hemşirelerin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sedasyon yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Guttormson, 2010). Ölçek, maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Ölçek, sedasyon yönetimine ilişkin tutum, davranış, uygulama, uygulamadaki özne normlar gibi alt başlıkların değerlendirildiği 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetiminde dışsal faktörler, sedasyon yönetimi uygulamaları olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek alt maddelerinin güvenilirlik katsayısı 0.60 ile 0.80 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, bir alt ölçek içindeki tüm öğelerin puanları eklenerek ve o alt ölçek içinde her yanıtlayan tarafından cevaplanan öğe sayısına bölünerek 1 ile 5 puan aralığında hesaplanmaktadır.

Araştırmanın etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için ölçeği geliştiren Guttormson ve arkadaşlarından yazılı izin, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan, araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı onam, araştırmaya katılan hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin geçerlik çalışmasında ölçeğin dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği kullanılmıştır. Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi

araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Böylece oluşturulan Türkçe ölçeğin çeviri geçerliliğini sağlamak amacıyla İngilizce'ye geri çevirisi (back-translation) yapılmıştır. Ölçeğin İngilizce'ye geri çevirisi Türkçe ve İngilizce dillerini iyi bilen 10 uzman tarafından yapılmış, yapılan çeviriler kombine edilerek Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin Türkçe formu oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinalini hiç görmemiş bağımsız bir dil bilimci tarafından Türkçeden İngilizce'ye geri çevirisi yapılmış ve orijinal ölçek ile karşılaştırılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun son hali oluşturularak dil eşdeğerliği sağlanmıştır. Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin Türkçe formu, kapsam geçerliği açısından değerlendirmeleri için konu ile ilgili uzman sekiz öğretim üyesine verilmiştir. Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır (Ryder-Lewis ve Nelson, 2008) Uzmanların değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Uzmanların değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirildiğinde uzmanların puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W= .163, p=.126), uzmanlar arasında uyum olduğu görüldü. Ölçeğin kapsam geçerliği çalışmaları sonucunda uzman görüşleri değerlendirildikten ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan "3" puanın altında puan ortalamasının 5 madde için olduğu görüldü ve kapsam geçerliği sonucunda ölçekten 2,7,8,10,11. maddeler çıkarıldı. Gerçekleştirilen analizler sonucunda Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutum alt boyutu 5 madde (m1,m2,m3,m4,m5); Sedasyon Yönetimi Uygulamalarını Etkileyebilen Dışsal Faktörler alt boyutu 6 madde (m6,m7,m8,m9,m10,m11) ve Sedasyon Yönetimi Uygulamaları alt boyutu 4 maddelik (m12,m13,m14,m15) halini almıştır.

Hemşire olan 10 kişiye ön uygulama yapılarak, hemşirelerin maddelere ilişkin düşünceleri ve maddelerin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Ön uygulama yapılan hemşirelerin verileri araştırma kapsamına alınmamıştır. Yapı kavram geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde, Temel Bileşenler Analizi (Principlal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre ölçeğin faktör örüntüleri, özdeğeri ve açıkladıkları varyans yüzdeleri değerlendirilmiştir.

Ölçme araçlarının İç Tutarlılığı aracın belli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır (Erefe, 2004). Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği için ölçek bütününe ve alanlarının Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Bu katsayının yüksekliği ölçeğin güvenilirliği açısından önemlidir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Tüm veriler, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, korelasyon analizleri, örneklem büyüklüğü için Kaiser-Meyer-Olkin, faktör analizi yapılabilmesi için uygunluğu Bartlett's Test of Sphericity ve faktör analizi ile test edildi.

Bulgular

Çalışmada yer alan 105 hemşirenin %66.7'sinin lisans mezunu, %63.8'inin 1-5 yıl arasında yoğun bakımda çalıştığı, %82.9'unun yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmadığı, %66.7'sinin cerrahi yoğun bakımlarda, %42.9'unun 11- 20 yatak kapasiteli bir yoğun bakım

ünitesinde çalıştığı, %79'unun çalıştığı yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı sedatize hastalar için uygulanan bir sedasyon değerlendirme aracı olmadığı ve %80'inin çalıştığı yoğun bakım ünitesinde entübe hastalara sedasyon yönetimine rehberlik etmek için bir sedasyon protokolü kullanmadığı saptandı.

Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach alfa değeri 0.80 olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri "Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutum" alt boyutu için 0.73, "Sedasyon Yönetimi Uygulamalarını Etkileyebilen Dışsal Faktörler" alt boyutu için 0.71, "Sedasyon Yönetimi Uygulamaları" alt boyutu için 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçüm araçlarının sahip olması gereken Cronbach alfa katsayısının en az 0.70 olması gerektiği belirtilmektedir (Özdamar, 2004). Bu değer kabul edilebilir düzeyde bulunmuş olup dolayısıyla maddelerin birbirleriyle yüksek ilişki gösterdiği görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Sedasyon Uygulama Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach alfa Katsayısı
Sedasyon Uygulama Ölçeği	15	0.80
Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutum	5	0.73
Sedasyon Yönetimi Uygulamalarını Etkileyebilen Dışsal Faktörler	6	0.71
Sedasyon Yönetimi Uygulamaları	4	0.79

"Sedasyon Uygulama Ölçeği"nin yapı geçerliğini görebilmek, maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etmek amacıyla faktör analizi yapıldı. Veri yapısının faktör analiziyle açıklanabilirliği %69.2 olarak bulundu.

Kişilerin cevaplara verdiği tutarlılık her madde için %40'ın üzerinde olduğu için Bartlett's Test of Sphericity analizi sonucunda Tip I hata düzeyinde $\alpha=0.05$ önem derecesinde, $p<0.05$ olarak belirlenmiş ve değişkenler arasında yüksek korelasyon varlığı olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları

Ölçek Maddeleri	r*
Madde 1	1.00
Madde 2	0.42
Madde 3	0.29
Madde 4 (a-b-c)	0.46-0.38-0.34
Madde 5	0.34
Madde 6	1.00
Madde 7	0.30
Madde 8 (a-b)	0.50-0.49
Madde 9	0.38
Madde 10	0.23
Madde 11	0.23
Madde 12 (a-b-c)	1.00-0.25-0.48
Madde 13 (a-b-c-d-e)	0.26-0.23-0.17-0.15-0.15
Madde 14	0.39
Madde 15	0.69

* $p<0.05$

Tartışma

Bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasında güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının yapılması temel psikometrik çalışmalardır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bir ölçeğin ölçme aracı olarak kullanılabilmesi için hizmet ettiği amacı doğru olarak ölçmesi gerekir. Bu bağlamda da bir ölçek hem güvenilirlik hem de geçerlilik noktalarında sınanır (Erkuş, 2003).

Kapsam/içerik geçerliği ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir. Bu nedenle ölçülmek istenen özellik iyi örneklenmelidir. Bu amaca yönelik olarak yapılacak temel işlem, ölçme aracında temsil edilecek kapsamın belirlenmesidir (Tavşancıl, 2005). Bu nedenle de ilgili ölçme aracında yer alan soruların ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği ile ilgili uzman görüşü alınır (Karasar, 1999). Tüm bunlar doğrultusunda Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin geçerliğini sınamak için dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği kullanılmıştır. Kendall W analizi ile uzmanlar puanları değerlendirildiğinde aralarında uyum olduğu görülmüştür. Dolayısıyla uzman görüşleri ve önerileri sonucunda kapsam geçerliği ölçütü sağlanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra en puan ortalaması olan "3" puanın altında olan ölçeğin 2,7,8,10,11. maddeleri ölçekten çıkartıldı.

Bir ölçme aracının güvenilirliği onun hatalardan arınmış ölçme yapabilecek yetenek de olmasıdır. Yani sıra, güvenilir bir ölçme aracının verileri doğru toplanmıştır.

Buradan hareketle, ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduklarını belirleyen madde analizi yöntemi korelasyon katsayısını hesaplamaktır (Özdamar, 2004; Tezbaşaran, 1997).

Böylece, madde analizlerinde cevaplayacakların ölçme aracından aldığı toplam puan ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyon hesaplanır. Bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir. (Tavşancıl, 2005). Madde toplam puan korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürücü etki yaptığından, o maddeler ölçekten çıkarılır. Çalışmamızda, ölçeğin iç tutarlılığını belirlemeye yönelik yapılan madde analizi sonucunda toplam korelasyonu 0.20'nin altında olan 13.maddenin c,d,e alt maddeleri ölçekten çıkarılmıştır. Bu maddelerin ölçekten çıkarılması ile ölçeğin güvenilirliği korunmuştur. Ölçeğin diğer maddelerinin ise madde toplam korelasyonları yeterli düzeyde bulunmuştur.

Bir ölçeğin değerlendirme ölçütü yine kendisi olduğu için, ölçeğin kendi içinde tutarlı olması çok önemlidir. Birbirleriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı yüksek olmaktadır. Cronbach alfa katsayısı ölçek maddelerinin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçütüdür ve Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte yer alan maddeler o ölçüde birbirleri ile tutarlıdır (Özdamar, 2004).

Ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptarken "madde çözümlenmesi"nde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach alfa katsayısı hesaplanması önerilmektedir. Likert tipi bir ölçek olan "Sedasyon Uygulama Ölçeği"nin iç tutarlılık katsayısını

hesaplamak amacıyla bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.90 ile 0.30 arasında değişmektedir.

Ölçeğin orjinal geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alfa değeri 0.80 olup, alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0.71 ile 0.79 arasında değişmektedir. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarından biri olan "Sedasyon Uygulama Yöntemleri" konusundaki bilgilerinin daha olumlu olduğu, "Sedasyon Yönetimi Uygulamalarını Etkileyebilen Dışsal Faktörler" alt boyutunda ise maddelere ilişkin bilgilerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bu değerler, kabul edilebilir düzeyde bulunmuş olup, ölçekte bulunan maddeler birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Bir ölçüm aracının yapı geçerliğini değerlendirirken yararlanılan yöntemlerden birisi de "bilinen grup" ile karşılaştırmadır. Ölçme sonucunda, özelliği bilinen grup beklenen yönde bir performans gösterir ise ölçme aracının "seçme" özelliği var ve bunu gerekli şekilde yerine getirebiliyor denir. Bir başka ifade ile ölçülmek istenen faktörler ölçülebiliyor demektir.

"Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin yapı geçerliğini test etmek için bilinen grupların karşılaştırılması yönteminde; hemşirelerin "Sedasyon Ölçeği'niden aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları, eğitim durumları ve görevleri süreleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın sonuçları, hemşirelerin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sedasyon yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullandıkları Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin, ülkemizde bu alanda yapılacak olan çalışmalarda kullanılabilir, yeterli geçerlilik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçüm aracı olduğunu Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin yoğun bakım hastalarında sedasyonun değerlendirilmesinde,
- Ölçeğin farklı örneklem gruplarıyla ve hemşirelerin sedasyon uygulamalarına ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılacak araştırmalarda kullanılması,
- Ölçek ile ilgili yoğun bakım hemşirelerine eğitim verilerek kurumlarda ölçeğin kullanımı önerilmektedir.

Alana Katkı

Sedasyon Uygulama Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ve yeni çalışmalarda kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Aitken, LM., Marshall, AP, Elliott, R. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care, *Journal of Clinical Nursing*, 18:36-45.
- Ay, S., Öztürk M. (2000). Bilinçli Sedasyon, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 3(2):121-126.
- Carrasco, G. (2000) Instruments for monitoring intensive care unit sedation. *Crit Care*, 4:217-225.
- Egerod, I. (2002). Uncertain terms of sedation in ICU. How nurses and physicians manage and describe sedation for mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6):831-840.
- Erefe, İ. (2004). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. (3. bs.). Ankara: Odak Ofset, 169-187.
- Erkuş, A. (2003). Psikometri üzerine yazılar. (1. bs.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 75-156.
- Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1):3-14.
- Guttormson, JL. (2010). Factors Influencing Nurse Sedation Practices With Mechanically Ventilated Patients: AU. S. *National Survey, Intensive and Critical Care Nursing*, 26:44-50.
- Hall, K. R., & Stanley, A. Y. (2019). Literature Review: Assessment of Opioid-related Sedation and the Pasero Opioid Sedation Scale. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(1), 132-142.
- Ho, KM., Ng, JY. (2008). The use of propofol for medium and long-term sedation in critically ill adult patients: A metaanalysis. *Intensive Care Medicine*, 34:1969-1979.
- Karasar, N. (1999). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (9. bs.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 151-153.
- Kaygusuz, K., Gürsoy, S., Kunt, N., Kafalı, H. (2004). Yoğun bakımda kullanılan sedatif ajanların hemodinami ve oksijen transportu üzerine etkileri. *Erciyes Tıp Dergisi*, 26(4):165-177.
- Korhan, EA., Khorshid, L., Uyar, M., Çankaya, G. (2013). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği'nin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Güvenirlilik Çalışması, *F.N. Hem. Derg.*, 21(1):40-48.
- Kress, JP., Hall, JB. (2006). Sedation in the mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 34(10):2542-2546.
- Martin, J., Franck, M., Fischer, M., Spies, C. (2006). Sedation and analgesia in feran intensive care units: How is it done in reality? Results of a patient-based survey of analgesia and sedation. *Intensive Care Med*, 32:1137-1142.
- Mehta, S., Burry, L., Fischer, S., Martinez-Motta, J. C., Hallett, D., Bowman, D., et al. (2006). Canadian survey of the use of sedatives, analgesics, and neuromuscular blocking agents in critically ill patients. *Crit Care Med*, 34: 374-380.
- Özdamar, K. (2004). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 4.Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 50-205.
- Perri, D. (2005). Medication Safety Alerts, *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 58(2):97-100.
- Ryder-Lewis, MC., Nelson, KM. (2008). Reliability of the Sedation-Agitation Scale between nurses and doctors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24:211-217.
- Sacco, TL., LaRiccia, B. (2016). Interprofessional Implementation of a Pain/ Sedation Guideline on a Trauma Intensive Care Unit, *J Trauma Nurs*, 23(3):156-164.
- Samuelson, K., Lundberg, D., Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2): 93-104.
- Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S. B., Dal, D., Aypar, Ü. (2005). Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36: 86-90.
- Sılay, F., & Akyol, A. (2017). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 21(1), 28-35.
- Sılay, F., & Akyol, A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon-Ajitasyon Ve Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan İki Ölçüm Aracının Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2), 50-65.
- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. (2. bs.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 66-72.
- Tezbaşaran, A. (1997). Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. (2. bs.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 75-223,
- Uyar, M. (2006). Mekanik ventilasyonda sedasyon. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1): 65-70.
- Walder B., Tramèr M.R. (2004). Analgesia and sedation in critically ill patients, *Swiss Med Wkly*, 134:333-346.
- Walsh, TS., Kydonaki, K., Lee RJ., Everingham, K., Antonelli, J., Harkness, RT., et al. (2016). Development of Process Control Methodology for Tracking the Quality and Safety of Pain, Agitation, and Sedation Management in Critical Care Units. *Crit Care Med*, 44(3):564-574.
- Watson, BD., Kane-Gill, SL. (2004). Sedation Assessment in Critically Ill Adults: 2001-2004 Update. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38:1898-1906.
- Yaşar, MA. (2006). Yoğun Bakımda Sedasyonun Genel Özellikleri. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1): 50- 57.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmayı Önlemede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kanıt Düzeyleri

Evidence Levels of Non-Pharmacological Methods Used to Prevent Postoperative Nausea and Vomiting

Melike Durmaz, Uzm. Hemşire¹, Rukiye Burucu, Dr.¹

¹Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya

İletişim/Correspondence:

Rukiye BURUCU, Selçuk Üniversitesi, Aşkan Mah. Serra Sit. 7/A Giriş No: 13/2, Meram, Konya

E-posta: rburucu@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu makalede; bulantı-kusmayı önlemek/ azaltmak için kullanılan alternatif yöntemlerin kanıt düzeylerine ve öneri derecelerine göre bir literatür incelemesiyle sunulması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** COCHRANE, PUBMED, Science Direct, Akademik Google veri tabanlarından, 2000 ve sonrası yayınlar incelenmiştir. **Bulgular:** Bulantı-kusma, klinikte ameliyat sonrası dönemde en sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Bulantı-kusmanın olması; hastanın konforu, ameliyat sonrası komplikasyonlar, erken taburculuk, hasta memnuniyeti, yara iyileşmesi ve maliyeti olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hastanın bulantı-kusmasının olmamasını/ azalmasını sağlamak önemlidir. **Sonuç:** Bulantı kusmayı önlemek için pek çok farmakolojik olmayan yöntem kullanılmaktadır. Aromaterapik ajanlar, akupunktur noktalarına uygulama yapılması, gevşeme uygulamaları bu amaçla kullanılabilir. Bu yöntemlerin kullanılması hastalar için bir avantajdır.

Anahtar kelimeler: Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, alternatif yöntemler, hemşirelik.

Abstract

Objective: The aim of this study was to provide a literature review of the alternative methods used to prevent / reduce nausea and vomiting according to the level of evidence and degree of recommendation. **Materials and Methods:** Articles published in 2000 and later were reviewed using the Cochrane, PUBMED, Science Direct, and Google Scholar databases. **Findings:** Nausea and vomiting were the most common problems in the postoperative period. Nausea and vomiting have negative effects on patient comfort, postoperative complications, early discharge process, patient satisfaction, wound healing, and cost effectiveness. It is therefore important to ensure that the patient does not have nausea and vomiting. **Conclusion:** Many non-pharmacological methods are used to prevent nausea and vomiting. Aromatherapy agents, applications to acupuncture points, relaxation and other techniques can be used for this purpose. The use of these methods is an advantage for patients.

Keywords: Postoperative nausea and vomiting, alternative methods, nursing.

Giriş

Klinikte sık karşılaşılan sorunlardan biri **bulantı-kusmadır (BK)**. Mide ve ince bağırsak üst bölümünde yer alan içeriğin ağız yoluyla dışarı atılması durumuna kusma, kusma öncesi medulla oblongatadaki kusma merkezinin uyarılmasıyla oluşan kusmayı başlatan öncül duruma da bulantı adı verilmektedir (Yaman Aktaş, Gürçayır, & Atalay, 2018). Her hasta grubu/ birey için önemli bir sorun olan BK'nın, cerrahi operasyon geçiren hastalarda özellikle gözlenmesi önerilmektedir. Öyle ki, BK, hastaların ameliyat sonrası (AS) dönemde yaşamak istemediği dört büyük sorundan biri olarak belirtilmektedir (Villars, vd., 2008). Amerika'da yapılan bir çalışma AS dönemdeki hastaların %30'unun BK yaşadığını, cerrahi girişim büyüdükçe sıklığının %80'lere ulaştığını belirtmektedir (Rüsch, Eberhart, Wallenborn, & Kranke, 2010). Hiçbir risk faktörü olmadığı halde cerrahi

operasyon geçiren hastada bile AS dönemde BK yaşaması olasılığı %10'dur. AS dönem için adlandırılan BK; AS 24 saatin içinde görülen duruma denilmekte, erken ve geç olarak da ayrılabilir. AS 2-6 saat arası görülen erken, 6-12 saat arası görülen ise geç BK olarak adlandırılmaktadır (Smith, Smith, & Simith, 2012). AS dönemdeki öğürme ve kusma eylemi hastalarda; aspirasyon, hematoma oluşması, yara ayrılması riskini artırmakta, taburculuğun ertelenmesine, taburculuk sonrası tekrarlı yatışların artması gibi hem geç hem de erken dönemde karşılaşılan komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu da maliyetin artmasının önemli kalemlerinden birini oluşturmaktadır (Smith vd., 2012). Bu nedenlerle AS dönemde BK'nın önlenmesi için kanıta dayalı uygulamaların (KDU) değerlendirilmesi ve uygulamaya konması önemli bir durumdur.

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Yönetimi

AS dönemde BK'nın önlenmesi ve hastanın rahatlatılması; hasta memnuniyeti, hastanın konforu, iyileşmeye olumlu etkileri, erken taburculuk ve maliyet etkinlik yönünden çok önemlidir (Yaman Aktaş vd., 2018). BK'yı önlemek/azaltmak ve hastayı rahatlatmak için farmakolojik yöntemler düzenli olarak kullanılmaktadır. Bu amaçla pek çok çalışma yapılmış ve sonuçlar da paylaşılmıştır. Özellikle son zaman çalışmalarında Aprepitant kullanımının avantajlarından bahsedildiği görülmektedir (Gan vd., 2014; Milnes, Gonzalez, & Amos, 2015; Mohinder Singh vd., 2016; Seangleulur vd., 2016). Farmakolojik yöntemlerin yanında ya da farmakolojik ajan kullanılmaksızın farmakolojik olmayan yöntemlerin BK'da çözüm amacıyla kullanılabilmesi de vurgulanmaktadır. Bu yöntemler arasında; bitkisel tedaviler (Ding, Leach, & Bradley, 2013; Kori vd., 2013; Montazeri, Raeli, Ghanbari, Dadgari, & Montazeri, 2013) progresif gevşeme egzersizleri (Campos de Carvalho, Martins, & Dos Santos, 2007; Cronin vd., 2015), hipnoz (Montgomery, Schnur, & Kravits, 2013), teröpatik masaj (Brems, Barnett, Parret, Metzger, & Johnson, 2013) yoga (Lin, Hu, Chang, Lin, & Tsauo, 2011), müzik tedavi (Karagözoğlu, Tekyaşar, & Yılmaz, 2013; Yaman Aktaş vd., 2018), akupunktur (Campos de Carvalho, Martins, & Dos Santos, 2007; K. Hunt & Ernst, 2011), akupresör (Saber, Sadat, Kalahroudi, & Taebi, 2013) yer almaktadır. Hangi yöntemin uygulanacağına karar verirken ise kanıt düzeyi (KD) yüksek olan çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi ve tercih edilmesi önerilmektedir (Adib-Hajbaghery & Hosseini, 2014; Cronin vd., 2015; Son & Yoon, 2018; Yaman Aktaş vd., 2018).

Kanıtı Dayalı Uygulama

Kanıt, bir girişimi uygulayacak kişinin kullanabileceği bilimsel değerlendirme sonuçlarını içeren bilgidir. KDU ise; gereksinim duyulan konuya yönelik olarak literatürün incelenmesi, değerlendirilmesi ve hangi uygulamanın yapılacağına karar verilmesi aşamalarını içeren bir problem çözme sürecidir. KDU'nun yapılması için öncelikle uygulayıcıların uygulama alanına yönelik sorularının var olması ve buna çözüm arayışında bulunmaları gerekir. Bu sayede KDU arayışıyla; sistematik olarak incelenen konu başlıkları uygulama ile birleştirilecek ve işlerlik kazanabilecektir (Şenyuva, 2016). Hemşirelikte KDU; klinikte kullanılabilecek en iyi kanıtı ulaşıp bu kanıtlar sonunda yapılacak uygulamanın tercih edilmesi sürecini içerir (Stevens, 2013). Dünyada 1992'de konuşulmaya başlayan KDU, ülkemizde hemşirelik adına 2000'de konuşulur hale gelmiştir. Hemşirelikte genel olarak bakıldığında uygulamalarda daha çok geleneksel bir yaklaşım sergilendiği, ancak mesleki olarak eğitim düzeyi arttıkça KDU'ya gereksinim duyulduğu görülmektedir (Yılmaz, Düzgün, & Dikmen, 2018).

Hemşirelikte KDU ile hasta bakım kalitesinin doğrudan ilişkili olduğu açıktır. Ancak araştırma sonuçları, hemşirelerin öğrencilik sürecinde buna çok iyi hazırlanmadıklarını göstermektedir. Öğrencilikte bunun başarılması için; bilgi okur-yazarlığı, klinikle bütünleşik bir öğretim yöntemi, öğrenmenin yeterliliğinin değerlendirilmesi ve öğrenmeye engel olan unsurların belirlenmesi önerilmektedir (Horntvedt, Nordsteien, Fermann, & Severinsson, 2018). Hemşirelerde de öğrencilerde olduğu gibi KDU'ya yönelik

bilginin orta düzey olduğu saptanmış, öğrencilerde eğitimle KDU yaklaşımının artıyor olması gibi bilimsel etkinliklere katılımı devam eden hemşirelerin KDU yaklaşımlarının daha iyi durumda olduğu açıklanmıştır (Daştan & Hintistan, 2018; Yılmaz vd., 2018). KDU'da izlenmesi gereken basamaklar; sorunun oluşturulması, kanıtın araştırılması, kanıtların değerlendirilmesi, kanıtın uygulanması, sonuçların değerlendirilmesi ve sonuçların rapor edilip kliniklerde yaygınlaştırılmasıdır (Melnik, Fineout-Overholt, & Williamson, 2011; Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, & White, 2007). Bu aşamaların tamamlanması ve soru oluşturulduktan sonra kaynakların değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme, mutlaka profesyonel olarak yapılmalıdır. Kanıtların bu kapsamda, kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekir (Er Güneri, 2015; Kocaman, 2003; Öztürk Can, 2015; Yurtsever & Altıok, 2006) (Tablo 1). Bu çerçevede, AS döneme ait BK'nın önlenmesi için yeni incelemeler yapılması önemlidir (Gan vd., 2014). Hemşireler, hastanın AS izlemi, bakımı, hasta güvenliği ve hasta memnuniyetinde etkili olan sağlık çalışanlarıdır. AS dönemindeki BK'nın yönetiminde KDU'da sıklıkla farmakolojik ajanlara yer verildiği görülmektedir (Yaman Aktaş vd., 2018). Bu çalışmada ise farmakolojik yaklaşımlar dışında kalan, kanıt düzeyi (KD) yüksek ve önerilen uygulamaların sunulması amaçlanmıştır.

Tablo 1. Araştırmaların Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri

KD	Çalışma türü	Öneri derecesi (ÖD)
1a	Sistematik derleme	A
	Randomize kontrollü çalışma (RKÇ) Metaanaliz	
1b	En az bir RKÇ	B
	Randomizasyon yapılmamış en az bir kontrollü çalışma	
2b	İyi tasarlanmış en az bir deneysel çalışma	C
3	İyi tasarlanmış, deneysel olmayan tanımlayıcı çalışma	
4	Uzman komite raporu/ otorite görüşü	D
	Kılavuzu geliştiren grubun görüşü	D (GPP)

(Er Güneri, 2015; Kocaman, 2003; Öztürk Can, 2015; Yurtsever & Altıok, 2006)

Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Kanıt Düzeyleri

Çalışmada, COCHRANE, PUBMED, Science Direct, Akademik Google veri tabanlarından "Nausea, vomiting, postoperative nausea vomiting", "alternative therapies", "alternative treatment" anahtar kelimeleri taranmış, İngilizce ve Türkçe makaleler değerlendirilmiştir. Taramalarda 2000 ve sonrası yayımlar incelenmiş, çok sayıda yayına ulaşılmış, içinden KD yüksek olanlar çalışma kapsamına alınmıştır. Buna göre elde edilen kanıtlara ilişkin veriler tablo 2'de sunulmuştur. Toplam 21 çalışma sonucu değerlendirilmiş ve 10 ayrı uygulama önerisine ulaşılmıştır. Bu önerilerden 12 tanesi A, 2 tanesi B, 7 tanesi C ve 3 tanesi D öneri derecesine sahiptir. Akupunktur noktalarına uygulama yapılımasının etkin olduğunu belirten 10, zencefil kullanımını öneren 5 ve nane yağı kullanımını değerlendiren 3 öneri bulunmaktadır. Diğer çalışmalar bir kez önerilen sonuçları içermektedir (Tablo 3).

Tablo 2. İncelenen Çalışmalar, Kanıt Dereceleri (KD), Öneriler ve Öneri Düzeyleri (ÖD)

Çalışma No	Çalışma	KD	Çalışmanın türü	Öneriler	ÖD
1	(Amarel, 2018)	2b	DeneySEL çalışma	Akupunktur noktasına bası uygulanabilir	B
2	(Brown vd., 2018)	2b	Yarı deneysel çalışma	Portakal ve nane aromaterapi yağları birlikte kullanılabilir	B
3	(Hines vd., 2018)	1a	SistematiK derleme	İzopropil alkol buharının inhalasyonu uygulanabilir	A
4	(Lederer vd., 2018)	1a	SistematiK derleme	Akupunktur noktalarına uygulama yapılabilir	A
5	(Son & Yoon, 2018)	3	Lojistik regresyon	Hastanın nazogastrik sondası erken dönemde çıkartılmalı Hastanın hareketliliği sağlanmalı, hareket etme sorunu yaşayan hastalar daha sık izlenmeli	C
6	(Toth vd., 2018)	1a	Metaanaliz	Zencefil kullanılabilir	A
7	(Yaman Aktaş vd., 2018)	4	Literatür incelemesi	Ameliyat öncesi dönemde hemşireler BK için risk değerlendirmesi yapmalı Hemşireler ilaçların etkilerin iyi bilmeli Müzik terapi, hayal kurma gibi destekleyici yöntemler kullanılabilir	D
8	(Jelting vd., 2017)	4	Literatür incelemesi	Yeterli sıvı desteği sağlanmalı Hipotansiyondan korunmalı	D
9	(Joulaeerd vd., 2017)	1a	RKÇ	Nane yağı rahatlatıcı olabilir	A
10	(Kume vd., 2017)	1a	RKÇ	Goreisan kullanılabilir	A
11	(Khosro vd., 2016)	1a	RKÇ	Ameliyat öncesi P6 noktasına kuru kupa uygulaması yapılabilir	A
12	(Kiberd vd., 2016)	1a	RKÇ	Zencefil, nane, lavanta karışımı aromaterapi yağı uygulanabilir	A
13	(Cronin vd., 2015)	1a	RKÇ	Derin nefes alma ile hastanın semptomları kendinin yönetmesi sağlanabilir	A
14	(Lee vd., 2015)	1a	SistematiK derleme	Akupunktur noktalarına (P6) bası yapılabilir	A
15	(Yao vd., 2015)	1a	RKÇ	Kol ve bacaklarda 4 ayrı akupunktur noktasına elektrikli stimülasyon uygulanabilir	A
16	(Adib-Hajbaghery & Hosseini, 2014)	1a	RKÇ	Zencefil özütü kullanılabilir	A
17	(Puour vd., 2014)	4	Derleme	Zencefil, pek çok bulantı türünde etki etmekte, AS dönemde de kullanılabilir	D
18	(Kori vd., 2013)	1a	RKÇ	Goreisan bulantıyı azaltmak için kullanılabilir	A
19	(K. Hunt & Ernst, 2011)	1a	SistematiK derleme	Akupunktur uygulanabilir	A
20	(Sigaut vd., 2010)	3	Öntest sontest çalışması	Hastaya Apfel skorlama sistemi uygulanmalı	C
21	(Chaiyakunapruk, Kitikannakorn, Nathisuwan, Leeprakobboon, & Leelasattagool, 2006)	1a	Meta-analiz	Zencefil kullanılabilir (En az 1gr/gün, oral)	A

*Kaynaklar, yayın tarihine göre sıralanmıştır.

Tablo 3. Önerilerin Dağılımı

Öneri No	Öneri	ÖD	Öneren çalışma sayısı
1	Derin nefes alma ile hastanın semptomları kendinin yönetmesi sağlanması	A	1
2	Alkol buharı inhalasyonu	A	1
3	Goreisan karışımının kullanılması	A	2
4	Zencefil kullanılması	A D	4 1
5	Nane yağı kullanılması	A B	2 1
6	Akupunktur noktalarına uygulama yapılması	A B	5 1
7	Hastanın Apfel skorlama sistemi ile izlenmesi	C	1
8**	Hastanın nazogastrik sondasının erken dönemde çıkartılması Hastanın hareketliliğinin sağlanması Hareket etme sorunu yaşayan hastaların risk grubu olarak kabul edilmesi	C	1
9**	Yeterli sıvı desteği sağlanması Hipotansiyonun engellenmesi	C	1
10**	Ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin BK risk değerlendirmesi yapması Hemşirelerin ilaç etkilerini iyi bilmesi Müzik terapi, hayal kurma gibi destekleyici yöntemlerin uygulanması	D	1

*Sonuçlar öneri düzeyine göre sıralanmıştır.

**Aynı satırda, çok sayıda yer alan öneriler aynı çalışmanın sonucudur.

Tartışma

AS dönemde BK için önerilen yöntemlerden biri hastanın nefes kontrolünü kendinin sağlamasıdır (Cronin vd., 2015). Bireyin nefes kontrolünü sağlaması anksiyetesini azaltmakta, anksiyetenin azalması ile bireyin BK'sı da azalabilmektedir. Nefes alıp vermek hem maliyetsiz, hem bireyin kendi başına yapabileceği ve evde de uygulayabileceği etkin bir yöntem olarak belirtilmekte, aromaterapik ajanlarla (Hodge, McCarthy, & Pierce, 2014), gevşeme egzersizleriyle (Kula Şahin & Yıldız, 2010) ve ritmik solunum şeklinde uygulanması önerilmektedir (Gürkan & Şelimen, 2010). Özellikle hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimde derin solunum egzersizleri öğretilir ve uygulanırsa, AS dönemde de uygulama için izlenip teşvik edilirse, hastalarda BK için etkin olacağı belirtilmektedir (Özkum İzveren & Dal, 2011). Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi eğitiminin hemşireler tarafından önemsenmesinin değerli olduğu unutulmamalıdır.

Yapılan bir sistematiK derleme izopropil alkol inhalasyonunun da BK için etkili olduğunu belirtmektedir. Alkol inhalasyonu uygulanan hastaların bulantılarının %50 oranında azaldığı açıklanmaktadır. Ancak aynı çalışmada, uygulamaların çoğunda BK'nın izlendiği sürenin genel

olarak 60 dk. ile sınırlandırıldığı ifade edilmektedir. Oysaki Apfel skorlamasına göre hastanın AS dönemde 6. ve 24. saatinde de değerlendirilmesinin önerildiği, bu nedenle sonraki çalışmalar için izlem süresinin uzatılmasının uygun olacağı ifade edilmektedir. Ayrıca bu çalışmada incelenen makalelerden elde edilen kanıtların tamamının orta/ düşük düzeyde olarak kabul edildiği açıklanmaktadır (Hines, Steels, Chang, & Gibbons, 2018). Değerlendirilen çalışma bir sistematik derlemedir ve "A" öneri düzeyine sahiptir, alkol inhalasyonu da değerlendirilebilecek bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Ancak AS değerlendirme ve izlem sürecinin 24 saate kadar uzatılarak tamamlandığı başka çalışmalarla desteklenmesinin uygun olacağı söylenebilir.

Goreisan, Japon tıbbında destekleyici amaçla kullanılan bitkisel bir karışımdır; alismatis rhizoma, atractylodis rhizoma, polyporus, poria ve cinnamomi bitkilerinden oluşmakta ve oral yolla verilmektedir. Jinekolojik laparoskopik operasyona alınması planlanan hastalara, ameliyattan bir gün önce, 7,5 gr goreisan oral verilmiş ve ekstübasyondan sonraki 24 saat izlenmiştir. Bu hastalarda BK'nın engellenmesinde goreisan kullanımının etkin olduğu bildirilmiştir (Kori vd., 2013). Ancak farklı olarak yine jinekolojik operasyon geçiren hastalara ameliyatın sonlanmasından bir saat önce nazogastrik sonda (NGS) ile sulandırılan 7,5 gr goreisan verilmiş, AS ilk 2 saat skala ile değerlendirilmiş ve etkin olmadığı açıklanmıştır (Kume, Kasuya, & Ozaki, 2017). Literatüre göre iki ayrı randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) "A" öneri düzeyine sahiptir. Ancak bunlardan birinde BK için kullanılması önerilirken diğerinde fark bulunmadığı belirtilmektedir. Ayrıca yukarıdaki paragrafta belirtildiği gibi AS hastaların BK yönünden 24 saatlik izlemlerinin değerlendirme için daha uygun olacağı da göz önünde bulundurulduğunda önermeyen çalışmadaki izlem süresinin yetersiz kaldığı da düşünülebilir (Hines vd., 2018). Bu nedenle ülkemizde henüz yaygın olmayan bir ürün olan goreisanla ilgili yeni çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

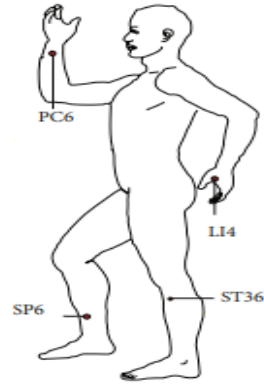
Zencefil, kurutulduktan sonra toz haline getirilerek kullanılan, gıdalara katılabilen bir bitkidir. Mideyi rahatlamak, mide ve bağırsak gazlarını gidermek, vücut sıcaklığını artırmak, terletmek gibi etkileri bulunmaktadır (Ansiklopedi, 2019). AS dönemde BK'yı azaltmak/ geçirmek için önerilen yöntemlerden biri zencefilin kullanımınıdır; burada beş çalışmada zencefil kullanımı örneği yer almaktadır. Zencefil özütü/ tableti oral yolla verildiği ve aromaterapik ajan olarak kullanıldığı görülmektedir (Adib-Hajbaghery & Hosseini, 2014; Kiberd, Clarke, Chorney, d'Eon, & Wright, 2016; Lederer, Schmucker, Kousoulas, Fichtner-Feigl, & Huber, 2018; Toth vd., 2018). Nefrektomi ameliyatı geçiren hastaların yakasına tutturulan gazlı beze damlatılan iki damla zencefil özütünün her 30 dk'da bir yenilediği çalışmada; BK'sının skala ile değerlendirildiği belirtilmiştir. Söz konusu çalışmada kontrol grubuna aynı uygulamanın salin ile yapıldığı ve zencefil kullanılan hastaların BK'sının daha az olduğu ve farkın da anlamlı olduğu ifade edilmiştir (Adib-Hajbaghery & Hosseini, 2014). Başka bir çalışmada, cerrahi operasyon geçiren 4-16 yaş arasındaki çocuk hastalara ameliyattan sonra bulantıları olduğunda kullanmaları için inhalatör verildiği ve öncelikle onu nasıl kullanmaları gerektiğinin öğretildiği belirtilmiştir. Deney grubunda inhalatöre zencefil, nane, lavanta yağı, kontrol grubunda ise salin solüsyonu yerleştirildiği ve hastalara bulantı hissetmeye başladığında inhalatörü burnundan 30 cm kadar uzaktaki

bir mesafeden 5 kez derin derin soluması söylenerek izleme başlandığı belirtilmektedir. Çalışmadaki hastaların BK'sı, her 15 dk'da skala ile izlenmiş, ayrıca skaladan bağımsız olarak hemşireler tarafından da izlendiği açıklanmıştır. Bu uygulamayı hastanın taburculuğuna kadar sürdürdükleri ve aromaterapik yağları kullanan hastaların BK'sının daha az ve aynı hastaların bu uygulamaya devam etmek için daha istekli oldukları vurgulanmıştır (Kiberd vd., 2016). Zencefil kullanımı ile ilgili olarak yapılan bir sistematik derlemede de 76 çalışma incelenmiş, AS zencefil kullanımının uygun olabileceği belirtilmiştir (Lederer vd., 2018). Farklı olarak zencefil kullanımı jinekolojik cerrahide önerilirken diğer cerrahi alanlarında; kadınlarda daha az etkin olduğu ayrıca vurgulanmıştır (Ferruggiari, Ragione, Rich, & Lock, 2012; Mamaril, Windle, & Burkard, 2006). Yapılan bir metaanalize göre de zencefilin BK'nın önlenmesinde etkili bir yöntem olarak kabul edilebileceği, ancak deneysel çalışmalarda kontrol grubu ile aradaki farkın anlamsız olduğu sonucu paylaşılmıştır (Toth vd., 2018). Zencefilin inhalasyonla ya da oral yoldan kullanımı ile ilgili yapılmış çalışmaların ikisi metaanaliz, ikisi RKÇ'dir ve "A" öneri düzeyine sahiptir. Yalnızca bir çalışmada "D" öneri düzeyindedir. Ancak bu çalışma bir geleneksel derlemedir. Dört güçlü çalışma da zencefil kullanımının BK'nın önlenmesinde etkin olduğu sonucunu net olarak belirtmiştir; "A" öneri düzeyine sahip sonuçlar nedeniyle kullanılmasının uygun olacağı söylenebilir. Ancak lavanta yağı ile ilgili olarak sunulan sonuç, zencefil ve nane yağı ile birlikte kullanılarak yapılmış olan bir çalışmanın değerlendirmesi olduğu için lavanta yağının ayrıca değerlendirilmesinin uygun olacağı söylenebilir.

Nane, sindirim uyarıcı, iştah artırıcı ve antiseptik özellikler taşıyan bir bitkidir. Taze bitki, kurutulmuş baharat, nane özütü, aromaterapik yağ olarak kullanımları mevcuttur (Ansiklopedi, 2019). Nane ile ilgili hayvanlarda farklı deneyler yapılmış, özellikle sıçan deneyleriyle sindirim sistemi üzerindeki etki mekanizması çözülmeye çalışılmış ama tam olarak netleştirilememiştir (Şengezer & Göngör, 2008). Ülkemizde yaygın olarak kullanılan nane bitkisinden elde edilen nane yağı; bulantı, mide ağrısı, soğuk algınlığı gibi durumlarda da rahatlatıcı olarak kullanılmaktadır (Faydaoğlu & Sürücüoğlu, 2011). AS dönemde tek başına kullanılabildiği gibi başka aromaterapik ajanlarla karıştırılarak da uygulandığı görülmektedir (Brown, Danda, & Fahey, 2018; Joulaeeraad, Ozgoli, Hajimehdipoor, Ghasami, & Salehimoghaddam, 2017). Brown'ın (2018) çalışmasında hastaların yakasına tutturulan bir gazlı beze nane-lavanta yağı karışımı damlatılmış ve hasta yarım saat sonra skala ile değerlendirilmiştir. Bu hastalarda, BK'nın daha az olduğu belirlenmiş, ancak yalnızca bir kez değerlendirme yapıldığı için daha uzun vadeli izlem önerilmiştir (Brown vd., 2018). Nane yağı hoş kokusu, rahatlatıcı etkisi, çalışmalarda bildirilen hiçbir yan etkisinin olmaması nedeniyle kullanılabilir önemli ajanlardan biri olarak belirtilmektedir (Brown vd., 2018; Joulaeeraad vd., 2017; Kiberd vd., 2016). Nane yağı ile ilgili incelenen literatürde iki çalışmanın RKÇ olduğu, "A" öneri derecesinde bulunduğu, bir çalışmanın ise yarı deneysel bir çalışma olup "B" öneri derecesinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında AS dönemde BK'yı azaltmak için kullanılabilir bir ajan olarak kabul edilebilir. Çalışmaların birinde nane ve portakal yağının birlikte kullanıldığı bildirilmiştir. Ancak incelenen literatürde portakal yağı ile ilgili tek başına bir değerlendirme sonucu bulunmaması nedeniyle ayrıca incelenmesinin uygun olacağı söylenebilir.

Akupunktur, iğnelemek, delmek anlamına gelen Çin tıbbi ile literatüre giren bir uygulamadır. Belirlenmiş akupunktur noktalarının iğne ya da başka uyarıcılarla uyarılması ile vücudun kendi sağlık sorununu kendi uyarılarıyla ile çözmesi esasına dayanmaktadır. Bu amaçla; iğne, basınç (örneğin kupa), sitümlatör vs. kullanılabilmekte, vücut, kulak, lazer, elektroakupunktur olarak farklı yöntemlerle uygulanabilmektedir (Kavaklı, 2010). Amarel'in (2018) çalışmasında; çocuk hastalara ameliyat için uyutulduktan sonra akupunktur noktalarından biri olan P6 (PC6) noktasına iğne ile bası uygulanmıştır (Şekil 1). Amaç hastaların hem AS hastanede bulunduğu dönemde, hem de taburculuk sonrası evde birkaç gün daha BK'nın olmasına engel olmaya çalışmak şeklinde açıklanmıştır. Hastalarda uygulama sonrası BK'nın daha az görüldüğü ve hastaların bu uygulamayı tercih edeceğini vurguladığı ifade edilmiştir (Amarel, 2018). Başka bir çalışmada ise BK için kullanılan alternatif yöntemleri içeren 17 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemedir. Burada da akupunkturun BK için etkili olduğu ancak çocuk hastalarda kullanımı için kanıtların yeterli olmadığı açıklaması yer almaktadır (R. Hunt vd., 2013). Alternatif tedavi yöntemlerinin kullanıldığı 74 çalışmanın incelendiği bir sistematik derleme ile cerrahi uygulamada alternatif tedavilerin yerine bakılmıştır. Birçok uygulamanın etkin olarak kabul edilebileceği belirtilmiş, özellikle akupunkturun AS dönemde BK için etkili olabileceği vurgulanmıştır (Lederer vd., 2018). Akupunktur uygulamasının incelendiği 56 çalışmanın değerlendirildiği başka bir sistematik derlemede; akupunktur yoluyla 40 çalışmada bulantının, 45 çalışmada kusmanın; P6 noktasına uygulanan bası ile azaltılabildiği açıklanmıştır. Akupunktur noktasına yapılan basının farmakolojik ajanlarla birlikte kullanımında daha başarılı olduğu, ilaçlarla karşılaştırılan çalışmalarda ise kanıtların orta düzeyde kaldığı vurgulanmıştır. Aynı çalışmada değerlendirilen 14 çalışmada ise bası bölgelerinde cilt tahrişi nedeniyle oluşan reaksiyonların görüldüğü belirtilmiştir (Lee, Chan, & Fan, 2015). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarla yapılan bir RÇÇ ile P6 noktasına kuru kupa uygulaması yapılarak AS dönemde BK değerlendirilmiştir. Premedikasyon uygulanmış olan hastaya ameliyat masasına alınmadan önce 30-40 cc hacmindeki kupalarla 60-100 mm/Hg negatif basınç uygulanacak şekilde P6 noktalarına bası uygulanmış ve AS dönemde, 6. ve 24. saatlerde skala ile BK değerlendirilmiştir. Uygulamanın etkin olduğunu, ancak özellikle kadın hastalarda uygulama bölgesinde ciltte renk değişikliği olmasını bir reaksiyon olarak belirtmişlerdir. Ancak, invaziv bir işlem olmaması ve büyük yan etkiler yaşanması olasılığı olmadığı gerekçesiyle uygulanması önerilmiştir (Khosro vd., 2016). Akupunktur noktalarından P6 dışında kol ve bacaklarda üç ayrı noktanın daha aynı amaçla kullanılabileceği belirtilmektedir. Bunlar; PC6, L14, SP6, ST36 noktalarıdır (Şekil 1). Bu dört noktanın kullanıldığı çalışmada, 37 deney, 37 kontrol hastasına yer verilmiş ve deney grubuna; anestezi uygulanmadan 30 dk. önce dört noktaya da elektrikli stimülasyon cihazı yerleştirilmiş ve 30 dk. boyunca 2/10 Hz ve 6-9 mA yoğunluğunda uyarı verildiği açıklanmıştır. Değerlendirmede pek çok başlığa bakılmıştır; bu başlıklardan biri de BK'dır. Hem bulantı hem de kusmanın deney grubunda daha az gözleendiği ve her ikisindeki farkın da anlamlı olduğu açıklanmıştır (Yao vd., 2015). İncelenen altı çalışmadan iki RÇÇ ve üç sistematik derleme "A" , bir tane deneysel çalışma ise "B" öneri düzeyinde sonuçlar sunmaktadır. Bunlardan hepsinde ortak kullanılan bası noktası P6'dır. Uygulamalar ise; kuru

kupa, elektrikli stimülasyon, iğneli akupunktur ve basıdır. Yalnızca bir çalışmada P6 dışında üç ayrı noktaya daha uygulama yapıldığı görülmektedir. Ama tüm sonuçlar akupunktur bası noktalarına yapılan uyarıcı bir girişimin AS dönemde BK'yı azaltmak için etkin olduğu sonucunu göstermektedir. Bu nedenle özellikle P6 bası noktasına uygulama yapılması değerlendirilmesi gereken bir sonuç olarak kabul edilebilir.



Şekil 1. Akupunktur Noktaları (Yao vd., 2015)

Apfel ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Apfel Skoruması", BK için risk değerlendirmesi yapmayı sağlayan bir ölçektir. Temel olarak dört risk faktörünün (kadın cinsiyet, sigara içicisi olmamak, AS dönemde BK veya taşı tutma hastalığı öyküsü, AS analjezide opioid kullanımı planlanması) değerlendirilmesiyle hasta için BK adına; %10, 20, 40, 60 ve 80 şeklinde risk puanı belirlenmesini sağlamaktadır (Apfel, Laara, Koivuranta, Greim, & Roewer, 1999). Genel anestezi ile cerrahi girişim geçiren hastalar öncelikle Apfel Skoruması ile değerlendirilmiş ve bu hastalarda BK'nın azaldığı vurgulanmıştır (Sigaut, Merckx, Peuch, Necib, & Pingeon, 2010). Apfel Skoruması uygulanarak AS izlemi yapılan hastaların yalnızca BK insidansının azalmadığı, buna ek olarak klinikte hastaya ayrılan bakım süresinin de kısaltılabildiği belirtilmektedir (Pierre, Corno, Benais, & Apfel, 2004). Bu tür risk değerlendirmeleri hemşirelerin hastaları hakkında farkındalıklarını arttıracığı için önemli olarak kabul edilmektedir (Yaman Aktaş vd., 2018). Apfel Skorumasının kullanıldığı iki çalışma incelenmiştir. Bunlardan biri bir literatür incelemesidir ve "D" öneri düzeyinde sonuç sunmaktadır. Diğerisi ise bir öntest-sontest çalışmasıdır ve "C" öneri düzeyinde önerileri yer almaktadır. Her iki çalışma da öneri düzeyi yüksek çalışmalar olmamasına rağmen hemşirelerin hasta izleminde riskli hastayı bilerek izlemesinin önemli olduğu gerçeğini sunması nedeniyle önemlidir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin hastalarının BK için risk değerlendirmesini yapmalarının uygun olacağı açıktır.

NGS kullanılması cerrahi operasyonlarda sık karşılaşılan uygulamalardandır. Cerrahide, ERAS (Enhanced Recover in After Surgery) Protokolüne göre NGS'nin mümkünse hiç uygulanmaması, uygulanmışsa da en erken dönemde sonlandırılması önerilir (Dağıstanlı, Kalaycı, & Kara, 2018). Ama sindirim sisteminde dekompresyon önlendiğinde hastaların bağırsak fonksiyonlarının daha erken sürede normale döndüğü ve oral beslenmesine de daha erken sürede geçilebildiği, BK'yı daha az yaşadığı vurgulanmaktadır (Nelson, Tse, & Edwards, 2005). Son ve arkadaşları (2018) NGS kullanılmışsa özellikle erken

dönemde çıkartılmasının BK'yı azaltmak için önemli olduğunu vurgulamaktadır (Son & Yoon, 2018). Ayrıca hastaların mobilizasyon sorunu varsa BK yaşama olasılığının arttığını da belirtmektedir. Hatta bu çalışmaya göre risk değerlendirmesi yapılırken hastanın hareket etmekle ilgili bir yetersizliği varsa BK için riskli hasta olarak kabul edilmesi önerilmektedir. AS dönemde hastanın erken mobilizasyonu hastanın dolaşım ve pulmoner sistem sorunlarının yanında sindirim sistemi sorunlarının da azalmasını/ yaşanmamasını desteklemektedir. Bu nedenle hastaların ameliyat günü 2 saat/ gün, AS tüm süreçte de 6 saat/ gün yatak dışında, mobil geçirmeleri önerilmektedir; ERAS protokolü de bunu desteklemektedir. Bu nedenle hastaların erken mobilizasyonunun sağlanması/ teşvik edilmesi gerekmekte, mobilizasyon sorunu yaşayanların ise olabildiğince aktif tutulması önerilmektedir (Dağıstanlı vd., 2018). İlgili literatürde; NGS'nin erken dönemde sonlandırılması, hastanın erken mobilizasyonunun sağlanması ve mobilizasyon sorunu olan hastaların BK için risk grubunda kabul edilerek daha yakın izlenmesi önerilmektedir. Bu verinin bir lojistik regresyon sonucunda "C" öneri düzeyi olarak sunulduğu görülmektedir. NG'nin erken sonlandırılması hem hastanın konforunu desteklemek adına hem de hastanın mobilizasyonu rahatlatmak adına avantajlar sağlamaktadır. Yukarıda da bahsedildiği üzere hastalarda risk değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir; mobilizasyon sorunu yaşayan hastalar da ayrıca risk grubuna dahil edilerek izlemlerinin yapılmasının uygun olacağı, erken mobilizasyonun sağlanması ve NGS'nin erken sonlandırılması hemşirelik bakımı için önemli sonuçlar olarak değerlendirilebilir. Ayrıca BK için risk değerlendirmesinde mobilizasyon kriterinin de değerlendirildiği bir ölçeğin kullanılması önerilebilir.

AS dönemde BK'yı tetikleyen unsurlardan biri de yeterli sıvı replasmanının sağlanmaması ve hipovolemide (Jelting vd., 2017). Hasta; ameliyat öncesi yaşadığı uzun açlık süresi, operasyon sırasında yaşamış olacağı sıvı kaybı, kullanılan anestetik ilaçlar ve uzun ameliyat süresi nedeniyle hipotansiyon yaşayabilmektedir. Hipotansiyon hastanın kendini iyi hissetmemesine, bulantıya, beslenme sorununa, buna bağlı uzun süreli açlığa neden olmaktadır. Oysaki AS dönemde bu tablonun oluşmaması gerekmektedir. Hipotansiyonun engellenmesi için yeterli izlem ve sıvı replasmanının sağlanması (Dağıstanlı vd., 2018), hastanın oral alımında yetersizlik söz konusuysa yeterliliğini sağlamak için iyi bir damar yolunun kullanılabilir durumda olması önerilmektedir (Son & Yoon, 2018). Hastanın erken dönemde toparlanabilmesi için erken dönemde yeterli miktarda karbonhidrat desteği sağlanması gerekmektedir. BK yaşayan, oral almaya başlamamış/ alamayan hasta için karbonhidrat desteği de yine sıvı replasmanı ile damar yolundan sağlanabilecektir (Dağıstanlı vd., 2018). İlgili makalede yer alan bir literatür incelemesi hipotansiyonun önlenmesi ve yeterli sıvı replasmanı sağlanmasının BK'yı önlemede "C" öneri düzeyinde olduğu sonucunu sunmaktadır. Yalnızca BK'nın önlenmesi için değil hastanın AS rutin bakımında hipotansiyonun önlenmesi ve yeterli sıvı replasmanının sağlanması için de çok önemlidir. Bu nedenle AS dönemde hastaların bu konuda yeterli izleminin çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

Hemşirelerin, AS dönemdeki BK'nın önlenmesi/ azaltılabilmesi için; AS gelişebilecek komplikasyonları, ilaçların etki ve yan etkilerini, uygulama prosedürlerini, alternatif tedavi yöntemlerini bilmesi ve risk

değerlendirmesi yaparak hastanın ameliyat öncesi ve AS hemşirelik bakımının yeterliliğini sağlaması önerilmektedir (Yaman Aktaş vd., 2018). AS dönemde BK'nın önlenmesi/ azaltılması için klinik kılavuzlar oluşturulmuştur. Bu kılavuzlara göre; öncelikle riskli hastaların belirlenmesi, hastaya uygun olan farmakolojik ajanın tercih edilmesi, ilacın doğru uygulanması ve izlenmesi, hastanın risk grubunda olmaması için riski artıran faktörlerin azaltılması, yeterli karbonhidrat desteğinin sağlanması, doğru farmakolojik profilaksinin tercih edilmesi, uygun hastalarda farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (Gan vd., 2014; McCracken, Houston, & Lefebvre, 2008). Bunların sağlanabilmesi için hemşirenin de kendi alanına yönelik yeterli eğitimi almış olması, literatürü izlemesi, alana yönelik kurslarla bilgilerini güncellemesi önerilmektedir (Yaman Aktaş vd., 2018). Bu noktada hemşirelerin teorik olarak konuya hakim olması ve bilgilerini güncelleyerek uygulamaya yansıtması çok önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Hemşireler için BK'nın izlemi ve dolayısıyla hastanın sorun yaşamaması, hasta güvenliği, hastanın iyileşme sürecinin hızlı ve sorunsuz tamamlanması, komplikasyon yaşamaması, konforu, erken taburculuğu ve maliyet etkinliği değerlidir. Bunların sağlanması için hemşirelerin BK için farmakolojik yöntemlerin yanında hastanın durumuna uygun diğer yöntemlerin neler olduğunu bilmesi, bu girişimlerin kanıt düzeylerini bilerek yetki sınırları dahilinde var olan girişimlerin uygulanabilmesi için sonuçları paylaşması önemlidir. Bu sayede elde edilen kanıtların yaygınlaştırılarak işlerlik kazandırılması mümkün olacaktır. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin; risk değerlendirmesini bilmesi, hasta izleminde daha etkin olması, hastanın mobilizasyonu, yaşam bulgularının izlemi, NGS'nin erken sonlandırılması için yeterli izlem ve bakımı, damar yolunun doğru kullanımı ve ilaçların etki ve yan etkilerini iyi bilmeleri çok değerlidir. KD yüksek yeni çalışmalar yapılması, risk değerlendirmesinin yaygın olarak kullanılması, risk değerlendirmesinde mobilizasyonun da değerlendirildiği bir değerlendirme yönteminin kullanılması, BK'yı önlemek/ azaltmak için hemşirelerin kullanabileceği klinik kılavuzlar hazırlanması, kanıt derecesi ve öneri düzeyi yüksek sonuçların bilimsel çalışmalar için değerlendirilmesi önerilebilir.

"Etkinlikleri kanıtlanmış, yüksek kanıt düzeyine sahip uygulamaların sonuçlarının duyurulması ve kliniğe yansıtılıp işlerlik kazandırılmasını destekleyecektir."

Alana Katkısı

Hemşirelerin, alternatif yöntemlerden kanıt düzeyi ve öneri derecesi yüksek olanların neler olduğu ve kullanılan yöntemlerin nasıl uygulandığı hakkında farkındalıklarının oluşmasına katkı sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

Adib-Hajbaghery, M., & Hosseini, F. (2014). Investigating the effects of inhaling ginger essence on post-nephrectomy nausea and vomiting. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(6), 827-831. doi:dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2015.10.002

- Amarel, C. (2018). Implementing a standard protocol for acustimulation of pericardium 6 to prevent postoperative nausea and vomiting in a primary care children hospital. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(4), 234. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.08.145>
- Ansiklopedi. (2019). doi: <https://www.saglikaktuel.com/bitki-ansiklopedisi-zencefil-nedir-faydaları-nelerdir-1555.htm>. Erişim tarihi: 05.10.2019
- Apfel, C., Laara, E., Koivuranta, M., Greim, C., & Roewer, N. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*, 91(3), 693-700. doi: <https://doi.org/10.1097/00000542-199909000-00022>
- Brems, C., Barnett, J., Parret, V., Metzger, J., & Johnson, M. (2013). Alternative and complementary treatment needs and experiences of women with breast cancer. doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0161>
- Brown, L., Danda, I., & Fahey, T. (2018). A quality improvement project to determine the effect of aromatherapy on postoperative nausea and vomiting in a short-stay surgical population. *AORN*, 108(4). doi: <http://doi.org/10.1002/aorn.12366>
- Campos de Carvalho, E., Martins, T., & dos Santos, C. (2007). A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 30(2), 163-167. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000265007.87311.d0>
- Chaiyakunapruk, N., Kitikannakorn, N., Nathisuwan, S., Leeprakobboon, K., & Leelasettagool, C. (2006). The efficacy of ginger for the prevention of postoperative nausea and vomiting: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 95-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.046>
- Cronin, S., Odom-Forren, J., Roberts, H., Thomas, M., Williams, S., & Wright, M. (2015). Effects of controlled breathing, with or without aromatherapy, in the treatment of postoperative nausea. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(5), 389-397. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2015.03.010>
- Dağıştanlı, S., Kalaycı, M., & Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İKSST Derg*, 10(Ek sayı), 9-20. doi: <https://doi.org/10.5222/İKSST.2018.43043>
- Daştan, B., & Hintistan, S. (2018). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: kırsal bölge örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 11(1), 1-9. doi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/613958>
- Ding, M., Leach, M., & Bradley, H. (2013). A systematic review of the evidence for topical use of ginger. *Explore (NY)*, 9(6), 361-364. doi: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.08.001>
- Er Güneri, S. (2015). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(3), 482-496. doi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/220149>
- Faydaoğlu, E., & Sürücüoğlu, M. (2011). Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi Kastamonu Üni., *Orman Fakültesi Dergisi*, 11(1), 52-67. doi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/159638>
- Ferruggiari, L., Ragione, B., Rich, E., & Lock, K. (2012). The effect of aromatherapy on postoperative nausea in women undergoing surgical procedures. *J Perianesth Nurs*, 27(4), 246-251. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2012.01.013>
- Gan, T., Diemunsch, P., Habib, A., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T., Tramer, M. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Society for Ambulatory Anesthesiology*, 118(1), 85-113. doi: [10.1213/ANE.0000000000000002](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000002)
- Gürkan, A., & Şelimen, D. (2010). The efficacy of autogenic relaxation and slow rhythmic breathing in reducing postoperative nausea and vomiting after laparoscopic procedure. *Laparosc Endosc Surg Sci*, 17(2), 106-115.
- Hines, S., Steels, E., Chang, A., & Gibbons, K. (2018). Aromatherapy for treatment of postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database*, 3, 1465-1858. doi: [10.1002/14651858.CD007598.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007598.pub3)
- Hodge, N., McCarthy, M., & Pierce, R. (2014). A prospective randomized study of the effectiveness of aromatherapy for relief of postoperative nausea and vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(2), 5-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.12.004>
- Hornqvist, M., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Medical Education*, 18(172), 2-11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
- Hunt, K., & Ernst, E. (2011). The evidence-base for complementary medicine in children: a critical overview of systematic reviews. *Archives of Disease in Childhood*, 96(8), 769-776. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.179036>
- Hunt, R., Dieneman, J., Norton, H., Hartley, W., Hudgens, A., Stern, T., & Divine, G. (2013). Aromatherapy as treatment for postoperative nausea: a randomized trial. *Anesthesia & Analgesia*, 117(3), 597-604. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31824a0b1c>
- Jelting, Y., Klein, C., Harlander, T., Eberhart, L., Roewer, N., & Kranke, P. (2017). Preventing nausea and vomiting in women undergoing regional anesthesia for cesarean section: challenges and solutions. *Local and Regional Anesthesia*, 10, 83-90. doi: <https://doi.org/10.2147/LRA.S111459>
- Joulaeeraad, N., Ozgoli, G., hajimehdipoor, H., Ghasami, E., & Salehimoghaddam, F. (2017). Effect of aromatherapy with peppermint oil on the severity of nausea and vomiting in pregnancy: a single-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Reprod Infertil*, 189(1), 32-38. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29850445>
- Karagözoğlu, S., Tekyaşar, F., & Yılmaz, F. (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 39-50. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12030>
- Kavaklı, A. (2010). Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 1-4. doi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/72266>
- Khosro, F., Mansour, C., Khosro, S., Mohammad, K., Shahrzad, B., Ahmadi, Z., & Zahra, H. (2016). The effectiveness of dry-cupping in preventing post-operative nausea and vomiting by P6 acupoint stimulation: A randomized controlled trial. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 22(6), 486-488. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000004770>
- Kiberd, M., Clarke, S., Chorney, J., d'Eon, B., & Wright, S. (2016). Aromatherapy for the treatment of PONV in children: a pilot RCT. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(450), 2-6. doi: [10.1186/s12906-016-1441-1](https://doi.org/10.1186/s12906-016-1441-1)
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-69. doi: <http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2003/2003-vol5-sayi2-84.pdf>
- Kori, K., Oikawa, T., Odaguchi, H., Omoto, H., Hanawa, T., & Minami, T. (2013). Go-rei-San, a kampo medicine, reduces postoperative nausea and vomiting: a prospective, single-blind, randomized trial. *The Journal Of Alternative and Complementary Medicine*, 19(12), 946-950. doi: [10.1089/acm.2013.0118](https://doi.org/10.1089/acm.2013.0118)
- Kula Şahin, S., & Yıldız, T. (2010). Laparoskopik cerrahi sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının yeri. *Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Dergisi*, 17(2), 100-105.
- Kume, K., Kasuya, Y., & Ozaki, M. (2017). Effect of Goreisan, a traditional Japanese Kampo medicine, on postoperative nausea and vomiting in gynecological patients. *Ja Clinical Reports*, 3(1), 52. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40981-017-0122-5>
- Lederer, A., Schmucker, C., Kousoulas, L., Fichtner-Feigl, S., & Huber, R. (2018). Naturopathic treatment and complementary medicine in surgical practice. *Dtsch Arztebl Int* 115, 815-821. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369237/>
- Lee, A., Chan, S., & Fan, L. (2015). Stimulation of the wrist acupuncture point PC6 for preventing postoperative nausea and vomiting (Review). *Cochrane Database*, 2(11). doi: [10.1002/14651858.CD003281.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003281.pub4)
- Lin, K., Hu, Y., Chang, K., Lin, H., & Tsauno, J. (2011). Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 1-12. doi: [10.1155/2011/659876](https://doi.org/10.1155/2011/659876)
- Mamaril, M., Windle, P., & Burkard, J. (2006). Prevention and management of postoperative nausea and vomiting: a look at complementary techniques. *J. Perianesth Nurs*, 21(6), 404-410. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2006.09.007>

- McCracken, G., Houston, P., & Lefebvre, G. (2008). Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol*, 30(7), 608-616. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644183>
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., & Williamson, K. (2011). The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *AJN*, 110(1), 51-53. doi: https://www.academia.edu/36064193/Evidence_Based_Practice_Step_by_Step_The_Seven
- Milnes, V., Gonzalez, A., & Amos, V. (2015). Aprepitant: A new modality for the prevention of postoperative nausea and vomiting: an evidence-based review. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(5), 406-417. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.11.013>
- Mohinder Singh, P., Borle, A., Rewai, V., Kaur Makkar, J., Trikha, A., Sinha, A., & Goudra, B. (2016). Aprepitant for postoperative nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. *Postgrad Med J*, 92, 87-98. doi: [10.1136/postgradmedj-2015-133515](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133515)
- Montazeri, A., Raei, M., Ghanbari, A., Dadgari, A., & Montazeri, A. (2013). Effect of herbal therapy to intensity chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients. *Iran Red Crescent Med J*, 15(2), 101-106. doi: <https://dx.doi.org/10.5812%2Fircmj.4392>
- Montgomery, G., Schnur, J., & Kravits, K. (2013). Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA Cancer J Clin*, 63(1), 31-44. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21165>
- Nelson, R., Tse, B., & Edwards, S. (2005). Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations. *Br J Surg*, 92(6), 673-680. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.5090>
- Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L., & White, K. (2007). Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines. SIGMA Theta Tau International, Center for Nursing Press, United States, 15-193.
- Özkum İzveren, A., & Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 36-46.
- Öztürk Can, H. (2015). Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 5(2), 40-47.
- Pierre, S., Corno, G., Benais, H., & Apfel, C. (2004). A risk score-dependent antiemetic approach effectively reduces postoperative nausea and vomiting-a continuous quality improvement initiative. *Can J. Anaesth*, 51(4), 320-325. doi: <https://doi.org/10.1007/BF03018235>
- Puour, H., Norouzzade, R., Heidari, M., Ogut, s., Yaman, H., & Gokce, S. (2014). Therapeutic properties of zingiber officinale roscoe: a review. *European Journal of Medicinal Plants*, 4(12), 1431446. doi: <https://pdfs.semanticscholar.org/446a/a3c1341db5f8899011853e04051191b832ff.pdf>
- Rüsch, D., Eberhart, L., Wallenborn, J., & Kranke, P. (2010). Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: an evidence-based review concerning risk assessment, prevention, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 42, 733-741. doi: [10.3238/arztebl.2010.0733](https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0733)
- Saberi, F., Sadat, Z., Kalahroudi, M., & Taebi, M. (2013). Acupressure and ginger to relieve nausea and vomiting in pregnancy: a randomized study. *Iran Red Crescent Med*, 15(9), 854-861. doi: <https://dx.doi.org/10.5812%2Fircmj.12984>
- Seangleulur, A., Vanasbodeekul, P., Prapaitrakool, S., Worathongchaik, S., Anothaisintawee, T., McEvoy, M., . . . A., T. (2016). The efficacy of local infiltration analgesia in the early postoperative period after total knee arthroplasty. *Eur J Anaesthesiol*, 33(8), 816-831. doi: [10.1097/EJA.0000000000000516](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000516)
- Sigaut, S., Merckx, P., Peuch, C., Necib, F., & Pigeon, J. M. (2010). Does an educational strategy based on systematic preoperative assessment of simplified Apfel's score decrease postoperative nausea and vomiting. *Annales Franc, aises d'Anesthe 'sie et de Re 'animation*, 29, 765-769. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2010.08.004>
- Smith, H., Smith, E., & Simith, B. (2012). Postoperative nausea and vomiting. *Ann Palliat Med*, 1(2), 94-102. doi: [10.3978/j.issn.2224-5820.2012.07.05](https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2012.07.05)
- Son, J., & Yoon, H. (2018). Factors affecting postoperative nausea and vomiting in surgical patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(4), 461-470. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30077290>
- Stevens, K. (2013). The Impact of evidence-based practice in nursing and the next big Ideas. *OJIN*, 18(2). doi: [10.3912/OJIN.Vol18No02Man04](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04)
- Şengezer, E., & Gönğör, T. (2008). Esansiyel yağlar ve hayvanlar üzerindeki etkileri. *Lalahan Hay. Araşt. Enst. Derg*, 46(2), 101-110.
- Şenyuva, E. (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *F.N. Hem. Dergisi*, 24, 59-65.
- Toth, B., Iantos, T., Hegyi, P., Viola, R., Vasas, A., Benko, R., . . . Csupor, D. (2018). Ginger (Zingiber officinale): An alternative for the prevention of postoperative nausea and vomiting. A meta-analysis. *Phytomedicine*, 50(15), 8-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2018.09.007>
- Villars, P., Veazie, M., Berger, J., Vu, Q., Campbell-McAdory, A., Frenzel, J., & Kee, S. (2008). Adaptation of the OODA loop to reduce postoperative nausea and vomiting in a highrisk outpatient oncology population. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(2), 78-86.
- Yaman Aktaş, Y., Gürçayır, D., & Atalay, C. (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Med*, 45(3), 341-351.
- Yao, Y., Zhao, Q., Gong, C., Wu, Y., Chen, Y., Qui, L., . . . Chen, Y. (2015). Transcutaneous electrical acupoint stimulation improves the postoperative quality of recovery and analgesia after gynecological laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. Hindawi Publishing Corporation *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/324360>
- Yılmaz, D., Düzgün, F., & Dikmen, Y. (2018). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 1-7. doi: <https://doi.org/10.31067/0.2018.91>
- Yurtsever, S., & Altıok, M. (2006). Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 159-166. doi: <http://tip.fusabil.org/text.php3?id=429>

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Ailesi ile Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stresin Karşılaştırılması

Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress in Physiotherapy and Rehabilitation Students Living with Parents and away from Parents

İlknur NAZ, Doç. Dr, Nazlı KOL, Öğrenci, Şeyma ALTINTAŞ, Öğrenci, Badel KIRPIK, Öğrenci, Roni EMRE, Öğrenci, Büşra KOCA, Öğrenci, Sinem AYGÜN, Öğrenci

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

İletişim/Correspondence:

İlknur NAZ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir
E-posta: ilknurnaz4@gmail.com

İş Telefonu: 0232 329 35 29 (4716)

Özet

Amaç: Üniversite döneminde aile ile yaşama ya da aileden ayrı yaşama öğrencilerin farklı psikolojik semptomlar ile karşılaşmasına sebep olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerde aile ile ya da aileden ayrı yaşamanın, öğrencilerde yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkilerinin karşılaştırılmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 112'si (%75.2) ailesinden ayrı yaşayan, 37'si (%24.8) ailesi ile yaşayan olmak üzere toplam 149 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi (ortalama yaş;19.49±1.04) dâhil edildi. Ailesinden ayrı yaşayan öğrenciler evde ve yurttan kalan öğrenciler olarak gruplandırıldı. Tüm katılımcıların demografik özellikleri kaydedildi. Depresyon, anksiyete ve stres için Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili kullanıldı. Ölçek sonuçlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. **Bulgular:** Depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesi skorları ailesi ile yaşayan öğrencilerde daha kötü seyretmekle birlikte aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>.05$). Ailesinden ayrı yaşayan öğrencilerde; yurttan ya da başka ev ortamında kalan grupların anksiyete, depresyon ve stres skorları benzerdi ($p>.05$). Yurttan yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesi skorları daha kötü gibi görünse de fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=.542$). **Sonuç:** Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde farklı düzeylerde anksiyete stres ve yaşam kalitesi etkilenimleri görülse de çalışmamız sonuçları bu etkilenimin aileden ayrı yaşamak ya da yaşanılan ortam şartları ile ilişkisi olmadığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, ebeveynler, öğrenciler, stres, yaşam kalitesi.

Abstract

Objective: Living with parents or away from their parents causes students to experience different psychological symptoms during university period. The aim of this study is to compare the effects of living with or without parents on quality of life, depression, anxiety and stress among physiotherapy and rehabilitation students. **Material and Methods:** A total of 149 Physiotherapy and Rehabilitation students (mean age;19.49±1.04 years) were included in the study, of which 112(%75.2) were away from their parents and 37(%24.8) were living with their parents. Students living away from their parents were grouped as student staying at home and in dormitories. Demographic characteristics of all participants were recorded. Depression, Anxiety and Stress Scale were used for depression, anxiety and stress, and Nottingham Health Profile was used to evaluate quality of life. Mann Whitney U Test was used to compare the results. **Findings:** Depression, anxiety, stress and quality of life scores were worse among the students living with their parents, but the difference was not statistically significant ($p>.05$). In students living away from their parents; the anxiety, depression and stress scores of the groups staying in the dormitory or other home environment were similar. ($p>.05$). Although the quality of life scores of the students living in the dormitory seemed to be worse, the difference was not statistically significant ($p=.542$). **Conclusion:** Although different levels of anxiety, stress and quality of life effects were observed in the Physiotherapy and Rehabilitation students, the results of our study showed that this effect was not related to living away from parents or living conditions.

Keywords: Anxiety, depression, parents, students, stress, quality of life.

Giriş

Üniversite dönemi öğrenciler için hayata atılmada önemli bir basamaktır. Bu uyum sürecinde yeni bir ortamla karşılaşma, barınma şartları, kişiler arası uyum, ekonomik koşullar, beslenme problemlerinin yanı sıra aileden uzak kalmanın da yaşam kalitesi ve psikoloji üzerine etkisi vardır (Pamuk, Hamurcu, Armağan, 2014). Ergenlik ile genç yetişkinlik arasında kalan bu zaman diliminde ailesinden ayrı yaşayan öğrencilerin karşılaştığı zorluklar ve yeni bir ortama uyum çabası bu kişileri psikolojik faktörler açısından da etkilemekte, öğrenciler duygusal, davranışsal ve düşünsel olarak yaşamın farklı alanlarında değişim ve zorlanma içine girmektedirler. Bu dönemde üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal belirtiler görülebilmektedir (Kara, 2009; Ozhan & Boyacı, 2018).

Stres herhangi bir tehdit durumunda kişinin algıladığı günlük hayatı etkileyen ruhsal bir gerilimdir (Baltaş&Baltaş, 2008). Üniversite yaşamı öğrencilerin farklı yönlerden stres ve kaygı yaşamalarına sebep olan yaşam alanıdır (Peterson, 1996). Öğrencilerin ilk yıllarında algıladıkları stres arttıkça üniversite hayatlarına alışma süreçleri uzamakta, bunun kişilerin olaylara bakış açısıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Sağel-Çetiner, Sayın-Karakaş, Selçuk Şakiroğlu, 2018; Kapıcı, 2004).

Depresyon ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın olanıdır (Doğan, 2000). Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre depresyon; fiziksel, toplumsal, ekonomik ve duygusal sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Cryan, 2002). Öğrencilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu ve depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin her alanda bozulduğu, sağlığın olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (Kaya, Genç, Kaya, Pehlivan, 2007; Aydemir, Ergün, Soygür, Kesebir, Tulunay, 2009).

Yaşam kalitesi bireylerin kendi ölçütleri doğrultusunda, sahip olduklarını karşılaştırarak elde ettiği bir kavram olup genel iyilik durumunun en önemli belirleyicilerinden biridir. (Gündoğar, Sallan Gül, Uskun, Demirci, Keçeci, 2007). Yaşam kalitesi her yaş grubunda olduğu gibi üniversite öğrencileri için de önemli olup, cinsiyet, yaş, sağlık durumu, ekonomik koşullar, sosyal destek imkânları ve çevresel faktörler gibi birçok konudan etkilenmektedir (Özgür, Babacan Gümü, Durdu, 2010).

Literatürde ailesi ile yaşayan ve ayrı kalan öğrencilerde stresle başa çıkma, sosyal destek, kaygı düzeyleri ve yaşam doyumuyla ilgili çeşitli araştırmalar yer almaktadır. Fakat çalışmalar sıklıkla karma grup öğrenciler üzerinde yapılmış olup (Özgür vd, 2010; Fırat, Kaya, 2015; Cengiz, Serdar, Donuk, 2016), aile ile ya da aileden ayrı yaşayan öğrencileri salt bir bölüme özel olarak yaşam kalitesi, stres, anksiyete ve depresyon etkilenimi açısından inceleyen inceleleyen çalışma bulunmamaktadır.

Amaç

Araştırmamızın amacı ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencileri arasında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres yönünden herhangi bir farklılık olup olmadığını saptamaktır. İkincil olarak ise ailesinden ayrı yaşayan öğrencilerde ev ve yurt ortamında kalmanın sayılan değişkenler açısından fark yaratıp yaratmadığını incelemektir.

Çalışmanın hipotezleri;

Ho: Aile ile yaşayan ve ailesi ile yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon skorları arasında fark yoktur.

H1: Aile ile yaşayan ve ailesi ile yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon skorları arasında fark vardır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel bir çalışma olarak planlanan araştırmamız Nisan 2019 – Mayıs 2019 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde gerçekleştirildi. Araştırmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda 27.03.2019 tarihli 136 karar numarasıyla kabul edildi. Tüm katılımcılar çalışmanın yöntemi ve değerlendirme parametreleri hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Araştırmamız insan ögesi içerdiğinden Helsinki Deklarasyonu 2013 prensiplerine uygun olarak yapıldı.

Çalışma örneklemini için Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü birinci, ikinci ve üçüncü sınıflarında öğrenim görmekte olan 18-24 yaş aralığındaki toplam 192 öğrenciye ulaşıldı. Türkçe okuyup yazamayan ve kronik hastalığı bulunan öğrenciler araştırma dışı bırakıldı (Ilçın, Tomruk, Yeşilyaprak, Karadibak, Savcı, 2018). Sonuç olarak araştırmaya katılmaya gönüllü 149 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi ile araştırma tamamlandı.

Çalışmada kullanılan ölçekler öğrencilere batarya şeklinde sunuldu. Öğrencilere ders öncesinde araştırma ve ölçekleri nasıl dolduracakları ile ilgili bilgilendirme yapıldı. Katılımcılara öncelikle veri kayıt formları dağıtıldı. Ardından sırasıyla anketler dağıtılıp doldurulması istendi.

Değerlendirme kapsamında; araştırmaya katılacak öğrencilere ait cinsiyet, yaş gibi demografik bilgiler ile öğrenim ve ikamet bilgileri kaydedildi. Depresyon, anksiyete ve stres için Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) (Lovibond, Peter, Lovibond, Sydney, 1995; Akın, Çetin, 2007) yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili kullanıldı (Hunt, McEwen, McKenna, 1985; Küçükdeveci vd, 2000). Her iki ölçek için Türkçe geçerlik güvenilirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alındı.

Anketler toplandıktan sonra öğrenciler ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan olarak iki gruba ayrıldı. Ailesinden ayrı yaşayan öğrenciler evde ve yurttan kalan öğrenciler olarak sınıflandırıldı (Özgür vd, 2010).

Sonuç Ölçümleri

Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği: Lovibond ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Toplam 42 maddeden oluşmakta; maddelerin 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait skorlama sağlamaktadır. Ölçek '0' bana hiç uygun değil, '1' bana biraz uygun, '2' bana genellikle uygun ve '3' bana tamamen uygun şeklinde 4'lü Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Her bir boyut için alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Lovibond vd., 1995). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Akın ve Çetin tarafından yapılmıştır (2007).

Nottingham Sağlık Profili: İngiltere Nottingham Üniversitesi Queens Tıp Merkezi Toplum Sağlığı Bölümünde bir grup araştırmacı tarafından 1975 yılında geliştirilme çalışmaları başlatılan ölçek 1981 yılında tamamlanmıştır. Evet/hayır şeklinde cevaplanan, 38 maddeden oluşan, uyku durumu, enerji düzeyi, emosyonel durum, sosyal izolasyon durumu, fiziksel mobilite ve ağrı olmak üzere altı alanda yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Yüksek skor kötü yaşam kalitesini göstermektedir (Hunt vd., 1985). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır (2000).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen tüm verilerin analizi "SPSS 20.0 for Windows" istatistik programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Shapiro Wilk testi ile incelendi. Kategorik değişkenler yüzde (%), sürekli değişkenler ise veri dağılımı normal olmadığından ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edildi. Grupların ölçümle belirlenen değerlerinin karşılaştırılmasında; Mann Whitney-U testi, sayımla belirlenen değişkenlerde ise Fisher'in Kesin testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 149 öğrencinin 112'si (%75.16) ailesinden ayrı yaşamaktaydı. Ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan öğrenciler yaş ve cinsiyet dağılımı açısından benzer özellik göstermekte ($p > .05$, Tablo 1), öğrenim bilgileri açısından ise ailesinden ayrı yaşayan grupta birinci sınıf öğrencilerinin yoğunlukta olduğu görülmektedir ($p = .003$, Tablo 1). Anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesi skorları ailesi ile yaşayan öğrencilerde daha kötü seyretmekle birlikte aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > .05$, Tablo 1).

Tablo 1. Ailesi ile ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Öğrencilerin Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Tüm öğrenciler (n=149)	Ailesi ile Yaşayan Öğrenciler (n=37)	Ailesinden Ayrı Yaşayan Öğrenciler (n=112)	p*
Yaş (yıl)	20(19,20)	20(19,20)	19(19,20)	.207
Cinsiyet n(%)				
Kadın	110 (73,8)	28(75,7)	82(73,2)	.768
Erkek	39 (26,2)	9(24,3)	30(26,8)	
Sınıf n(%)				
1. Sınıf	53 (35,6)	5 (13,5)	48 (42,9)	.003
2. Sınıf	49 (32,9)	14 (37,8)	35 (31,3)	
3.Sınıf	47 (1,5)	18 (48,6)	29 (25,9)	
Depresyon Skoru	10(5,15)	11(6,16)	10(5,15)	.819
Anksiyete Skoru	9(4,14)	10(4,14)	8(4,13)	.783
Stres Skoru	15(10,20)	16(12,21)	15(10,20)	.403
Yaşam Kalitesi Skoru	103(49,180)	140(63,221)	101(37,170)	.110

Veriler ortanca (çeyrekler arası aralık) ya da yüzde (%) olarak sunulmuştur. *Mann Whitney-U Test, Ki Kare Test

Ailesinden ayrı yaşayan öğrenciler yurttan ya da başka ev ortamında kalan olarak incelendiğinde; grupların hem demografik verilerinin hem de anksiyete, depresyon ve stres skorlarının benzer olduğu sonucuna varıldı ($p > .05$, Tablo 2). Yurttan yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesi skorları daha kötü gibi görünse de fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p = .542$, Tablo 2).

Tablo 2. Ailesinden Ayrı Öğrencilerde Yurt ve Ev Ortamında

Yaşayanların Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Ev Ortamında Yaşayan Öğrenciler (n=41)	Yurttan Yaşayan Öğrenciler (n=71)	p*
Yaş (yıl)	20(19,20)	19(19,20)	.819
Cinsiyet n(%)			
Kadın	30(73,2)	52 (73,2)	.994
Erkek	11(26,8)	19 (26,8)	
Sınıf n(%)			
1. Sınıf	14 (34,1)	34 (47,9)	.053
2. Sınıf	11 (26,8)	24 (33,8)	
3.Sınıf	16 (39,0)	13(18,3)	
Depresyon Skoru	9(5,19)	10(5,14)	.949
Anksiyete Skoru	8(5,12)	8(4,13)	.875
Stres Skoru	15(11,22)	15(10,19)	.601
Yaşam Kalitesi Skoru	87(35,173)	104(47,162)	.542

Veriler ortanca (çeyrekler arası aralık) ya da yüzde (%) olarak sunulmuştur. *Mann Whitney-U Test, Ki Kare Test

"Öğrencilerde aileden ayrı yaşamak depresyon, anksiyete ve stresi etkilememiştir."

Tartışma

Ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stresin karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğumuz araştırmamız; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde farklı düzeylerde anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesi etkilenimleri görünse de bu etkilenimin aileden ayrı yaşamak ya da yaşanılan ortam şartları ile ilişkisi olmadığını göstermiştir.

Üniversite öğrencilerinde yaşanılan ortam ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda ev ve yurttan kalan öğrencilerde yaşam doyumu, ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan öğrencilerde stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek, kaygı düzeyleri ve psikolojik belirtiler incelenmiştir (Özgür vd., 2010; Fırat&Kaya, 2015; Cengiz vd., 2016). Fırat ve ark. nın yapmış oldukları çalışmada ailesi yanında kalan öğrencilerin aileden algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puanları, yurttan kalan öğrencilerin aileden algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puanlarından yüksek bulunmuş, algılanan sosyal destek artıka çaresiz stresle başa çıkma stilleri kullanımının arttığı görülmüştür (Fırat&Kaya, 2015). Bizim çalışmamızda ise bu sonuçtan farklı olarak aralarında anlamlı fark olmasa da ailesi ile yaşayan öğrencilerin depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesi skorları daha kötü görünmektedir. Cengiz ve ark. yaptıkları çalışmada aileden ayrı yaşayanların stresle başa çıkmada aile yanında kalan katılımcılara oranla daha başarılı

olduklarını bulmuşlardır (Cengiz vd., 2016). Bu çalışmada aynı zamanda kadın katılımcıların erkeklere oranla stresle başa çıkma tarzlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde ailesi ile yaşayanların stres düzeyleri daha yüksek gibi görünmektedir. Ancak farklı cinsiyetlerdeki öğrencilerin tutumları incelenememiştir. İlerleyen çalışmalarda daha fazla katılımcı ile cinsiyet gibi demografik veriler için subgrup analizi yapılarak sonuçların farklı yorumlanabileceği görülmektedir.

Literatürde yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Arslan&Akkaş, 2014; Wang, Kao, Huan, Wu, 2011). Özgür ve ark. evde kalan öğrencilerin yaşam doyumunun yurttan kalan öğrencilere göre daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (Özgür vd., 2010). Bizim çalışmamızda da fark anlamlı olmamakla birlikte yurttan yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesi skorları daha kötü seyretmiştir.

“Öğrencilerde aileden ayrı yaşamak yaşam kalitesini etkilememiştir.”

Çalışmamızda depresyon, anksiyete ve stres skorları daha düşük olan ailesinden ayrı yaşayan grupta birinci sınıftaki öğrencilerin sayıca fazla olması dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızdan farklı olarak birinci sınıftaki öğrencilerin anksiyete düzeylerinin üst sınıflara oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Bayram & Bilgel, 2008; Wong, Cheung, Chan, Ma, Tang, 2006). Bu farkın Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümündeki derslerin yıllara göre zorluk derecesinin giderek artması ve birinci sınıftaki öğrencilerin henüz iş kaygısının başlamamış olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışma gruplarımızın skorları incelendiğinde öğrencilerin her iki grupta da hafif derecede depresyon, anksiyete ve strese sahip oldukları görülmüştür. Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin yaşadıkları ortama bakılmaksızın depresyon ve anksiyete durumlarını inceleyen çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir (Tezel vd., 2010; Aylaz, Kaya, Dere, Karaca, Bal, 2007; Deniz&Sümer, 2010). Üniversite öğrencileri aile ile yaşama ya da aileden ayrı kalma faktörlerinden bağımsız olarak psikolojik etkilenim açısından ele alınmalı, öğrencilerin yeni bir ortama uyum sağlamaya çalıştıkları ve her yönden sorumluluk aldıkları bu dönemde stresle karşılaşabilecekleri unutulmamalı ve üniversitelerin psikolojik danışmanlık imkânlarının iyileştirilmesi üzerine çalışılmalıdır.

Araştırmamızın Sınırlılıkları

Çalışmamız tek bir üniversitede yapılmıştır. Bu durumda üniversitenin konumu, mevcut yurt imkânları, üniversiteye ulaşım gibi farklı faktörler de sonuçları etkileyebilmektedir. Sonraki çalışmaların çok merkezli tasarlanması bu limitasyonu ortadan kaldıracaktır. Ayrıca çalışmamızda ulaşım ile ilgili faktörlerin de ayrıntılı sorgulanmamış olması bir limitasyonu olarak düşünülebilir. İlerleyen çalışmalarda daha ayrıntılı sorgulama yapılması ve yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve stres etkilenimine sebep olabilecek farklı faktörler üzerinde durulmasını önermekteyiz. Çalışmamızdaki bir başka limitasyon; katılımcı sayısı açısından grupların homojen dağılmaması sayılabilir. Özellikle araştırma popülasyonunun %75'ni ailesinden ayrı kalan öğrenciler oluşturmakta bu öğrencilerin ise büyük kısmı yurt ortamında yaşamaktadır.

Her ne kadar katılımcılara anket sorularına cevap verirken sakın düşünülmesi gerektiği hakkında bilgi verilmiş olsa da anketlerin kalabalık bir sınıf ortamında, teneffüs ve öğle araları gibi kısıtlı zaman diliminde yapılması soruların doğru bir şekilde düşünülmemesi ve anketlerdeki kişisel soruların gizliliği açısından farklı cevaplar verilmesine neden olmuş olabilir. Bunun için anketlerin daha sessiz bir ortamda ve daha uzun bir zaman diliminde yapılmasının öğrencilerin sorulara daha fazla odaklanması ve vereceği cevapları daha doğru bir şekilde belirlemesi açısından etkili olacağını düşünmekteyiz.

“Ev ya da yurttan yaşayan öğrencilerin yaşam kaliteleri benzerdir.”

Çalışmamızda yurttan kalan öğrencilerin üniversiteden önce de yurttan kalıp kalmadığı sorgulanmamıştır. Önceden yurttan kalan öğrencilerin duruma alışma süresinin fazla olmasından dolayı depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkması daha kolay olabilir. Sonraki çalışmalarda bu faktöre yer verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Sonuç

Sonuç olarak çalışmamız ailesi ile yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında fark olmadığını göstermiştir.

“Ev ya da yurttan yaşayan öğrencilerde depresyon, anksiyete ve stres skorları benzerdir.”

Alana Katkı

Üniversite öğrencilerinde aile ile yaşamın psikolojik belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sıklıkla karma grup öğrencilerde yapılmıştır. Çalışmamız salt Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerine ait veri sunması açısından ilk çalışma olup, literatüre önemli katkı sağlayacak, ilerleyen çalışmalarda farklı fakülte veya bölümlerde okuyan öğrencilerde aile ile yaşamın yarattığı etkilenimler karşılaştırmalı olarak yorumlanabilecektir.

Çıkar Çatışması: Bu çalışma ile ilgili olarak herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

- Akin, A., & Çetin, B. (2007). The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(1).
- Arslan, S., & Akkas, O. A. (2014). Quality of college life (QCL) of students in Turkey: Students' life satisfaction and identification. *Social Indicators Research*, 115(2), 869-884.
- Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., & Tulunay, C. (2009). Quality of Life In Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(3).
- Aylaz, R., Kaya, B., Dere, N., Karaca, Z., & Bal, Y. (2007). Depressive symptom frequency among health high school students and the associated factors. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8, 46-51.
- Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (2008). Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul

- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Cengiz, R., Serdar, E., & Donuk, B. (2016). Comparison of the ways of coping with stress of university students living and not living with their family. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(3), 1000-1011.
- Cryan, J. F., Markou, A., & Lucki, I. (2002). Assessing antidepressant activity in rodents: recent developments and future needs. *Trends in Pharmacological Sciences*, 23(5), 238-245.
- Deniz, M. E., & Sümer, A. S. (2010). The evaluation of depression, anxiety and stress in university students with different self-compassion levels. *Eğitim ve Bilim*, 35(158), 115.
- Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 29-38.
- Firat, N., & Kaya, F. (2015). Yurtta veya ailesinin yanında kalan öğrencilerin sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma stillerinin incelenmesi. *Turkish Studies*, 10(7):407-426.
- Gündoğar, D., Sallan Gül, S., Uşkun, E., Demirci, S., & Keçeci, D. (2007). Investigation of the predictors of life satisfaction in university students. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10(1), 14-27.
- Hunt, S. M., McEwen, J., & McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *JR Coll Gen Pract*, 35(273), 185-188.
- Kapıcı, E. G. (2004). Bullying type and severity among elementary school students and its relationship with depression, anxiety and self esteem. Ankara University, *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 37(1), 1-13.
- Kara, D. (2009). The factors causing stress in education life and the study of students' attitudes in coping with stress according to their families' features. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 255-263.
- Kaya, M., Genc, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137.
- İlçin, N., Tomruk, M., Yeşilyaprak, S. S., Karadibak, D., & Savcı, S. (2018). The relationship between learning styles and academic performance in TURKISH physiotherapy students. *BMC Medical Education*, 18(1), 291.
- Küçükdeveci, A. A., McKenna, S. P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., & Arasil, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 23(1), 31-38.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Özgür, G., Babacan Gümüş, A., & Durdu, B. (2010). Life Satisfaction of University Students Living at Home or in the Dormitory. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(1), 25-32.
- Ozhan, M. B., & Boyacı, M. (2018). Grit as a predictor of depression, anxiety and stress among university students: a structural equation modeling/Üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin yordayıcısı olarak azim: Bir yapısal eşitlik modellemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 370-377.
- Pamuk, Y., Hamurcu, H., & Armağan, B. (2014). Sınıf öğretmeni adaylarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi (İzmir-Buca Örneği). *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 293-316.
- Peterson, M. (1996). Health perception and behavior comparison between wellness program participants and non-participants. *Journal of Wellness Perspectives*, 12(3), 155-160.
- Sağel-Çetiner, E., Sayın-Karakaş G., Selçuk OC., Şakiroğlu M. (2018). Perceived Stress and University Adaptation Process: The Mediating Role of Mindfulness. *Nesne Journal of Psychology*, 6(13):289-308
- Tezel, A., Arslan, S., Topal, M., Aydoğan, Ö., Koç, Ç., & Şenlik, M. (2009). The investigation of the problem solving skill and depression level of nursing students. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(4), 1-10.
- Wong, J. G., Cheung, E. P., Chan, K. K., Ma, K. K., & Wa Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 777-782.

DERLEME/ REVIEW

Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı

Illness Management and Recovery Program in Mental Disorders

Selda POLAT, Dr. ¹, Fatma Yasemin KUTLU, Prof. Dr. ²¹Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.**İletişim/Correspondence:**

Selda POLAT, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

E-posta: selda.aydin83@hotmail.com

Özet

Ruhsal bozukluklarda hastalık yönetimi ve iyileşme önemli bir sorundur. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan hastaların işlevselliğini arttırmada farklı programlar kullanmaktadır. Bu programlardan biri "Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı"dır. Bu derlemenin amacı, ruhsal bozukluklarda uygulanan psikososyal beceri yöntemlerinden biri olan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının özelliklerini ve uygulama yöntemini açıklamaktır. Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hastalıklarını yönetmek, hedefler belirlemek, tedavide depresmeleri azaltmak ve hastalıkla etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeyi amaçlar. Ayrıca bu program çalışanlar ve hasta/hasta yakınları ile işbirliği yaparak bireysel veya grup halinde yürütülen hastalık yönetim becerileri ve stratejilerine dayanan psikososyal müdahaleleri içerir. Bu program, hem yatan hem de ayaktan takip edilen hastalara uygulanmaktadır. Yapılandırılmış bir program olan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı'nın ülkemiz psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kullanılmasına rehberlik edeceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşiresi, ruhsal bozukluk, hastalık yönetimi, iyileşme.**Abstract**

Illness management and recovery are significant issues in the treatment of mental disorders. Various approaches are used by psychiatric nurses in order to increase the functionality among patients with mental disorders. One of these programs is Illness Management and Recovery Program. The aim of this review is to explain the characteristics and application methods of the Illness Management and Recovery Program which is one of the psychosocial skills methods applied in mental disorders. The Illness Management and Recovery Program aims at helping individuals with severe mental illnesses manage their illnesses and identify targets, reducing relapses in the treatment, and developing effective coping strategies for the treatment of symptoms. In addition, the program includes psychosocial interventions based on illness management skills and strategies carried out individually or in groups, in collaboration with employees and patient / patient relatives. This program is applied to both inpatients and outpatients. The structured Illness Management and Recovery Program is thought to guide in psychiatric nursing practices within our country.

Keywords: Psychiatric nurse, mental disorder, illness management, recovery.**Giriş**

Ruhsal bozukluklar, kişisel bakım, sosyal ilişkiler, aile ve çevre ile iletişim, meslek hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin çeşitli alanlarında bozulmalarla karakterizedir. Ülkemizde ve birçok ülkede yapılan toplum taramaları yeti yitiminin en önemli nedeni olan ruhsal hastalıkların çok yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca yeti yitimine en çok neden olan hastalıktan beşi (depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk) ruhsal bozukluklardır (Öztürk&Uluşahin, 2016; Binbayı vd., 2013; Vos vd., 2012; Sağlık Bakanlığı, 2006).

Ruhsal bozuklukların tedaviye rağmen tam düzelmeyen inatçı belirtileri, hastaların kişisel bakım, aile ve toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük faaliyetler gibi alanlarda işlevselliğini farklı düzeylerde etkileyerek yeti yitimi oluşturur. Bu nedenle bu kişilerin işlevselliğini, iyileşmesini

ve buna bağlı etkilenen yaşam kalitelerini artırmak için yardıma gereksinimleri vardır (Sönmez, 2009; Emiroğlu, Karadayı, Aydemir & Üçok,2009)

İşlevsellik, hastaların iyileşme sürecini değerlendirmede önemli bir göstergedir ve işlevsellikteki bozulma ruhsal hastalıkların temel belirtilerinden biri olup tanı ölçütleri arasında da yer almaktadır (Yılmaz, 2016; Yıldız, 2004; DSM V). İşlevselliğe geri dönme ise hastalık belirtilerinin düzelmesi ve hastanın iyileşmesini göstermektedir. Ruhsal bozukluklarda iyileşme, ilaç tedavisi ile iyileşme dışında işlevselliğin iyileştirilmesini de kapsamakta olup umut etme, sosyal ilişkiler kurma, kişisel sorumluluk almanın önemini vurgulamaktadır (Mueser vd., 2006). İyileşme, kişinin sadece kısa ve uzun süreli hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak olmayıp aynı zamanda bireyin önemli olarak tanımladığı

alanlarda kişisel ve sosyal başarısını da içeren, her bireyin iyileşmeye yüklediği kişisel anlamı da içeren bir süreçtir (Lahera vd., 2018; Liberman, 2008; Corrigan vd., 2008; Mueser vd.,2002).

Bireylerin iyileşmeye doğru ilerlemesi, umutlu olma, söz sahibi olma, kendini kabul etme, farkındalık, sağlık profesyonelleri ile işbirliği, özdenetim duygusu, kendi kendine yardım ve profesyonellerce sürdürülen programlara katılmayı içermektedir. Bu programlara katılıyor olmak kişinin iyileşme ölçütleri gerçekleşene kadar kendini güçlü ve umutlu hissetmesine de yardımcı olmaktadır (Liberman & Kopelowichz, 2005).

Hastalık yönetimi ise bireylerin kendi bakımına katılımının ve öz yönetiminin önemli olduğu kronik hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir (Fardig, 2012; Tanlı, 2008). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi ruhsal bozukluklarda da hastalığın yönetimi önemlidir.

Yaşam boyu tedavi gereksinimi olan kronik hastalıkların, kişiler ve dolayısıyla toplum üzerinde etkileri oldukça yüksek olması nedeniyle tedavideki sorumluluklar sağlık çalışanları ve hasta tarafından paylaşılmalıdır. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetiminde sağlık çalışanı ve hasta eğitiminin önemli rolü bulunmaktadır (Tanlı, 2008).

Ruhsal bozukluklarda hastalık yönetiminin amacı, hastaları beceri ile donatarak, strese duyarlılığın azaltılması ve hastalığın tekrar etmesinin önlenmesi, kişilerin üretken olması, hastalığını kontrol etmesi ve daha işlevsel bir yaşama doğru ilerleyerek iyileşmeleri için stratejiler geliştirilmesidir (Mueser, 2013; Liberman, 2008). Hastaların etkin bir rol alarak tedavi süreçlerine aktif katılmaları ile bireysellikleri desteklenmekte ve hastalığın gidişatı olumlu yönde etkilenmektedir (Yıldız, 2004).

Hastalık yönetiminde hastaların bilinçli karar verebilmesi için bilgi ve beceri ile donatılmaları, bozukluğun (hastalığın) doğası, tedavi seçenekleri ve kendileri hakkında hem olumlu hem olumsuz temel bilgileri öğrenmesi önemlidir (Lin vd., 2013; Tanlı,2008; Corrigan vd., 2008). Böylece hastalar, kendi hastalıkları ve yaşamları hakkında söz sahibi olurlar, iş, ev, sosyal ve toplumsal rollerini daha iyi yerine getirirler, sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparlar, hastalık belirtileri ile etkin bir şekilde baş ederler ve bireyselleşerek iyileşmelerine önemli katkı sağlarlar (Lin vd., 2013; Mueser vd., 2002; Mueser vd., 2006). Yapılan çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan bireylerde ilaç tedavisine ek olarak bilişsel davranışçı psikoterapi, psikoeğitim, sosyal beceri ve aile girişimlerini içeren psikososyal girişim programlarının uygulanmasının hastanın iyileşmesine ve işlevselliğinin artmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (Addington, Piskulic & Marshall, 2012; Park vd., 2011). Son yıllarda bu alanda kullanılan "Hastalık yönetimi ve iyileşme programı-HYİP (Illness Management and Recovery-IMR)", çalışanlar ve hasta/hasta yakınlarının işbirliği ile yürütülen hastalık yönetim becerileri ve stratejilerine dayanmakta olup ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hastalıklarını yönetmek, hedefler belirlemek, tedavide depresyonları azaltmak ve hastalık belirtilerinin tedavisinde etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek için bireysel veya grup halinde yürütülen psikososyal müdahaleleri içermektedir (McGuire vd., 2015; Corrigan vd., 2008; Mueser vd., 2005; Gingerich & Mueser, 2006).

Bu derlemenin amacı, ruhsal bozukluklarda uygulanan psikososyal beceri yöntemlerinden biri olan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının özelliklerini ve uygulama yöntemini açıklamaktır.

Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı (HYİP)

Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı (HYİP) motivasyonu dayalı psikoeğitim, sosyal beceri geliştirme, depresyonları önleme, tedaviye bağlılığı geliştirme, stres ve hastalık belirtisi yönetimi, başa çıkma hedeflerini gerçekleştirme ve bu durumu sürdürmelerine yardımcı olmak için iyileşmeye temellendirilmiş bir programdır (Mueser vd., 2005; Gingerich & Mueser, 2006).

HYİP ile hastaların hastalık yönetimi yolu ile daha fazla otonomi sahibi olması, hastalık belirtilerinin daha fazla kontrol altına alınması ve iyileşmelerine destek olunması amaçlanmakta olup hastaların sorunlarının farkına varması kolaylaştırılarak, karar alabilmeleri ve bu değişimlerini sürdürmeleri sağlanmaktadır (Roosenschoon, Mulder, Deen & Weeghel, 2016; Bartholomew &Kensler, 2010).

HYİP ile yapılan kapsamlı çalışmalarda yatan hasta ve ayaktan hasta tedavisinde başarılı bir şekilde uygulanabileceği ve iyileştirici etkisinin olduğu gösterilmiştir (Bartholomew&Kensler, 2010; Mueser vd., 2006; Roe, Ohayan, Salyers & Kravetz, 2009; Fardig vd., 2011; Haason-Ohayan, Roe & Kravetz, 2007; Levitt vd., 2009; Bullock vd., 2009). Hastaların, hastalıklarını yönetebilmeleri, kendi hedeflerini bulmaları, iyileşme ile bilinçli kararlar almaları ve tedavileri hakkında gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları ile ilgili olumlu sonuçlar gösterdiğinden dolayı kanıta dayalı psikiyatrik bir rehabilitasyon programıdır (SAMHSA, 2009) .

HYİP farklı konuları ele alan modüllerden oluşmaktadır ve modüller gün geçtikçe yapılan çalışmalar doğrultusunda genişletilmiştir (Mueser vd., 2006; SAMHSA, 2006). Bu program ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edindirme, tekrarlı yatışları ve dirençli hastalık belirtilerini azaltma, tutarlı ilaç kullanımını sağlamaktadır. Program haftada bir ya da iki kez yaklaşık 60 dakikalık sürede uygulanmakta olup ayaktan ya da yatarak tedavi gören şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresyon tanısı almış bireylerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Programı doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikolog uygulayabilmektedir (SAMHSA 2009; Fujita vd., 2010).

HYİP on modülden oluşmaktadır. Modüller aşağıdaki gibidir:

1.Modül: İyileşme stratejileri: Bu modül dört oturumdan oluşmaktadır. Bunlar, iyileşmenin önemi, iyileşme sürecinde insanlara neler yardımcı olur, doğru hedefler belirlemek, hedeflere ulaşmak için stratejiler gerçekleştirmektir.

Ruhsal hastalıklarda iyileşmenin ne anlama geldiği tanımlanır. Hastalar kendi iyileşme hedeflerini tanımlar ve hangi iyileşme stratejilerini kullandıklarını açıklar. Yaşamlarındaki memnuniyet alanları derecelendirilir, memnun olmadıkları iki alan belirlenir ve hedeflere ulaşmalarına yardımcı olunur. Bu aşamada problem çözme ve hedef belirleme adımları birlikte gözden geçirilir.

2.Modül: Ruhsal hastalıklar hakkında uygulanabilir pratik bilgiler: Bu modül dört oturumdan oluşmaktadır. Bunlar, ruhsal hastalıkların tanısı, başlangıcı ve gidişatını anlamak, ruhsal bozukluk ile ilgili gerçekler, duygudurum bozuklukları ile ilgili gerçekler, ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı toplumun davranışlarıdır.

Bu oturumda ruhsal hastalıklar hakkında gerçekçi bilgiler, hastalığın tanısı, belirtileri ve prevalansı hakkında bilgilendirme yapılır. Hastalara hastalıkları ile ilgili konuşma fırsatı verilip, hastalıklarına dair soruları yanıtlanır. Ev ödevleri kontrol edilir. Hastalık tanısı almış ünlü kişilerden örnekler verilir.

3.Modül: Stres güvenlik açığı modeli ve tedavi stratejileri: Bu modül üç oturumdan oluşur. Bunlar, psikiyatrik belirtilere neden olan stres faktörü nedir?, biyolojik savunmasızlıkla başa çıkma, tedavi seçeneklerini anlama/iyileşme için atılabilecek adımlardır.

Bu oturumda hastalardan yaşadıkları stresin yaşamlarındaki olumsuz etkileri ve bu durumda sorunlarını nasıl çözdüklerine dair bilgi alınıp stresi azaltmak veya problemlerle baş etmek için tedavi seçenekleri sunulur. Destek grupları, toplum ruh sağlığı merkezleri vb. destek merkezleri hakkında bilgi verilir. Ayrıca tedavinin stresten etkilenebileceği ifade edilir ve biyolojik savunmasızlıkla başa çıkma (Örn; ilaçlarını kullanma, alkol ve uyuşturucudan kaçınma vb. davranışların önemi), stresle başa çıkma ve sosyal desteğin iyileştirilmesi stratejileri hakkında bilgi verilir. Hastaların kendi hayatlarındaki stresli faktörlerin bir listesini yapmaları ya da yaşamlarında herhangi bir stres faktörü ile karşılaştıklarında bir aile üyesi veya başka biri ile bunun hakkında konuşmaları ile ilgili ev ödevi verilir.

4.Modül: Sosyal destek sağlamak: Bu modül 7 oturumdan oluşmaktadır. Bunlar, sosyal destek neden önemlidir, yeni insanlarla tanışmak, yeni biriyle yeni bir konuşma başlatmak, daha yakın ilişkiler geliştirmek için söyleyebileceğiniz şeyler, daha yakın ilişkiler geliştirmek için yapabileceğiniz şeylerdir.

Bu oturumda rol play ile hastaların başka kişiler ile iletişim kurması ve iletişime yönelik duyguları ele alınarak geri bildirimlerde bulunulur. Geçmiş deneyimleri, yaşadıkları güçlükleri ve kolaylıkları ifade etmeleri sağlanır. Sosyal desteğin iyileşmelerine nasıl yardımcı olabileceği, insanlarla ilişki kurmak için gerekli stratejileri tanımlamaları ve bunu uygulamaları üzerine yardımcı olunur.

5.Modül: İlaçları etkin bir şekilde kullanma: Bu modül 4 oturumdan oluşur; Bunlar, hastalık belirtilerinin tedavisinde ilaçların rolü, yan etkilerin tanımlanması ve cevaplanması, ilaç konusunda bilinçli kararlar vermek, ilaçtan en iyi sonuçları almaktır.

Bu oturum hastaların ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve ilaçların iyileşmeye nasıl katkıda bulunduğunu içerir. İlaçları düzenli kullanmanın yararları, ilaçların yan etkileri ve hastaların bu konuda bilinçlenmelerine odaklanılır. Bazı hastalar ilaca karşı dirençli olabilir. Bu nedenle bu konuda hastaları anlayıp onların bakış açılarından konu ele alınır. Deneyimlerini paylaşırlar ve ilaçları düzenli kullanımın hastalıklar üzerindeki etkisinden söz edilir. İlaçların yan etkileri ve ilaçlara yönelik olumsuz inanışları ilaç uyumsuzluğuna neden olabilir. Bu nedenle ilaca yönelik soruları ve olumsuz düşünceleri bu oturumda giderilir.

6.Modül: Alkol ve Madde kullanımı: Bu modül 3 oturumdan oluşur. Bunlar, farklı madde türleri ve bunları kullanma nedenlerinin gözden geçirilmesi, Stres-Güvenlik Açığı Modeli ve alkol-madde kullanımı ile ilgili sorunların gözden geçirilmesi, alkol- madde kullanımının devam edip etmediğinin belirlenmesidir.

Bu oturumda hastalara alkol ve maddenin etkileri hakkında bilgi verilir. Ruhsal hastalıklar üzerindeki etkisinden ve iyileşme hedeflerine ulaşmada alkol ve madde kullanımının olumsuz etkilerinden söz edilir. Alkol-Maddeyi bırakmak isteyen bireyler ile hedeflerine ulaşmaları için kişisel bakım planı oluşturulur.

7.Modül: Depreşmelerin azaltılması: Bu modül 4 oturumdan oluşur. Bunlar, depreşme tetikleyicilerini belirleme, erken uyarı belirtileri, depreşme belirtilerine tepkiler, depreşmeyi önleme planı geliştirilmesidir.

Bu oturumda, hastaların önceki deneyimleri gözden geçirilerek hastalığı tetikleyen ve erken uyarı işaretleri paylaşılır. Hastaların depreşmeyi önlemede kullanacakları planı geliştirmelerine yardımcı olunur. Bu planda bir aile üyesi ya da bir destekçinin plana dahil edilmesi sağlanır.

8.Modül: Stresle başa çıkma: Bu modül 5 oturumdan oluşur. Bunlar, strese neler sebep olur? Stres belirtilerini tanımak, stresi önleme, gevşeme teknikleri kullanarak stresle başa çıkma, stresle baş etmek için ilave stratejiler belirlemedir.

Stresle etkili bir şekilde başa çıkmak, hastalık belirtilerini azaltabilir ve depreşmeleri önleyebilir. Bu oturumda hastaların farklı stres türlerini tanımasına yardımcı olunur ve stresle başa çıkmak için kullanabilecekleri stratejiler hakkında bilgi verilir. Aile üyeleri ve diğer destekçileri de programa dahil edilir. Stresin nasıl azaltılacağı ve baş etme becerilerini nasıl geliştirecekleri hakkında bilgi verilir, strese neden olan yaşam olayları ve yaşamlarındaki günlük zorlukları tanımlanır.

9.Modül: Sorunlar ve inatçı (dirençli) belirtiler ile başa çıkma: Bu modül 6 oturumdan oluşur. Bunlar, problem çözüme ve başarı hedefleri için adım adım bir model oluşturmak, ortak sorunları ve dirençli hastalık belirtilerini tanımlamak, problem veya dirençli hastalık belirtilerinde problem çözme modelini kullanmak, ortak dirençli hastalık belirtileri ile başa çıkmak için bir plan geliştirmek, bir başka ortak dirençli belirtiler ile başa çıkmak için bir plan geliştirmek, kişisel dirençli bir hastalık belirtisi ile başa çıkmak için bir plan geliştirmektir.

Bu oturumda hastaların, yaşamlarında sorun olabilecek durumları tespit etmelerine yardımcı olunur. Problemlerle baş etmeye yönelik iki genel yaklaşım öğretilir. Sorunları çözmek ve hedeflere ulaşmak için adım adım uygulayacakları yöntemler, inatçı belirtiler ile başa çıkmalarına yönelik stratejiler ve kalıcı belirtilerle başa çıkmak için bir plan geliştirmeleri konusunda yardımcı olunur.

10.Modül: Ruh sağlığı sistemi tarafından karşılanması istenen ihtiyaçlar: Bu modül 3 oturumdan oluşur. Bunlar, toplum ruh sağlığı hizmetleri, sağlık sigortası, ruhsal sağlık sisteminde kendini savunmadır.

Bu oturumda, hastalara iyileşmelerine yardımcı olacak hizmetler, toplumdaki ruh sağlığı hizmetleri, haklarının neler olduğu ve nasıl faydalanacakları konusunda bilgi verilir.

Hastalara tedavi ile ilgili kararlara katılma hakları olduğundan ve bu haklarının iyileşme süreçlerine katkı sağlayacağından söz edilir (SAMHSA, 2009).

Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı Kullanılarak Yapılmış Araştırmalar

HYİP'nın, ruhsal bozukluğu olan hastalarda iyileştirici etkisi olduğu randomize (Fardig, Lewander, Melin, Folke & Fredriksson, 2011; Haason-Ohayan, Roe & Kravetz, 2007; Levitt vd., 2009) ve randomize olmayan çalışmalarda (Bullock vd., 2009; Fujita vd., 2010; Salyers vd., 2009) gösterilmiştir.

Mueser ve diğerleri (2006), HYİP ile yaptıkları çalışmada programın şizofreni hastalarının iyileşmesinde; işlevselliklerini arttırmada, hastalıklarını yönetme ve bireysel hedef oluşturmada etkin olduğunu bulmuşlardır (Mueser vd., 2006).

Haason-Ohayan, Roe & Kravetz (2007), İsrail'de on üç psikiyatrik rehabilitasyon merkezinde tedavi gören 210 ruhsal bozukluğu olan hastaya HYİP uygulamış ve hastaların hastalıklarını daha iyi yönettiklerini bulmuşlardır (Haason-Ohayan, Roe & Kravetz, 2007).

Haason-Ohayan, Roe & Kravetz, (2007), HYİP'nın, tek başına etki etmediğini fakat iyileşme ve kişisel hedef kurma açısından kişileri teşvik edici özelliği olduğunu bulmuşlardır (Haason-Ohayan, Roe & Kravetz, 2007). Levitt ve diğerleri (2009), HYİP uyguladıkları çalışmalarında, çalışma grubunun daha fazla işlevsel olduklarını bulmuşlardır. Aynı zamanda bu programa devam eden hastaların inatçı belirtileri daha iyi yönetebildiklerini ileri sürmüşlerdir (Levitt vd., 2009).

Fujita ve diğerleri (2010), 25 şizofreni tanılı hastaya 60-90 dakikalık oturumlarla haftada bir veya iki haftada bir yaklaşık iki sene HYİP uygulamışlardır. Hastalık belirti yönetimi, işlevsellik, yaşam kalitesi, toplum içinde kendi başına yaşama ön-test ve son-test ile değerlendirilmiştir. Hastalarda ilerleme görüldüğünü ve bu programın Japonya' daki şizofreni hastalarında etkin olduğunu bulmuşlardır (Fujita vd., 2010).

Fardig, Lewander, Melin, Folke & Fredriksson (2011) İsveç'te rehabilitasyon merkezlerinde ayaktan tedavi gören şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastalara 9 ay boyunca 40 oturum HYİP uygulamışlardır ve 21 ay takip etmişlerdir. Hastaların hastalık yönetimi ve iyileşme düzeyi, psikiyatrik belirtilerin görülme oranı, yaşam kalitesi, başa çıkma düzeyi, iyileşme ve başlangıçtaki içgörü değerlendirilmiştir. Kontrol grubu ise eğlence ve terapötik aktivitelere erişim, destekleyici faaliyetlere katılmışlardır. Araştırma sonunda, çalışma grubu kontrol grubuna göre daha fazla gelişim göstermiş ve HYİP'nın şizofreni hastalarının, hastalıklarını yönetmelerinde etkin olduğu bulunmuştur (Lahera vd., 2018; Fardig vd., 2011).

Mueser ve diğerleri (2002), yaptıkları bir gözden geçirme çalışmasında ise HYİP'nın hastalık yönetimi becerileri, psikiyatrik hastalıkların tedavisi, kişilerin psikiyatrik hastalıklardan iyileşmesinde önemli rol oynadığını bulmuşlardır ve sağlık profesyonellerinin bu yöntemi seçtiklerini belirtmişlerdir (Mueser vd., 2002).

Sonuç ve Öneriler

Ruhsal bozukluklarda hastalık yönetimi ve iyileşme önemli bir sorundur. Hastalar kendi tedavilerinden sorumlu kişilerdir. Hastalar tedavi ve bakım süreçlerini kontrol edebildiğini anladığında, aktif olarak iyileşme süreçlerine katılmaktadırlar. Ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisi ile iyileşme dışında işlevselliğin iyileştirilmesi de önemlidir ve bu umut, sosyal ilişkiler, kişisel sorumluluk almayı kapsamaktadır (Çam & Yalçiner, 2018). HYİP, hastalara hastalıklarını yönetme becerisi kazandırmaktadır. Programın uygulayıcıları hastaların umutlu olmalarını ve öz yeterliliklerini geliştirerek, tedavilerinde aktif rol almalarını sağlayarak hastalara yardım etmelidir.

Alana Katkı

HYİP farklı ülkelerde kullanılmasına rağmen ülkemizde ruhsal hastalığı olanlarda kullanımı bulunmamaktadır. Bu programın ayaktan ve yatarak tedavi gören ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde kullanımının hastalık yönetimi ve iyileşme üzerine etki ederek katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Hastayla en fazla zaman geçiren ruh sağlığı çalışanı olan psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan bireylere hastalıklarını yönetmek, hedefler belirlemek, tedavide depresmeleri azaltmak ve hastalıkla etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla bu programı kullanabilir ve belirli aralıklarla bu programı tekrarlayabilir. Ayrıca bu programı kullanarak yapılacak bilimsel araştırmalar kanıta dayalı uygulamalara temel oluşturacaktır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Addington, J., Piskulic, D., Marshall, C. (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia current Directions in Psychological Science,19:260-263.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5. Baskı. (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Çeviren: Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014, 49.
- Bartholomew, T., Kensler, D. (2010) Illness Management and Recovery in State Psychiatric Hospitals, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*,13:2, 105-125.
- Binbaşı, T., Direk, N., Çam, B., Devci, A., Gültekin, B.K., Şar, V. et al. (2013). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24.
- Bullock, W.A., Sage J, Hupp, D. et al. (2009). From illness to wellness: an evaluation of Ohio's Wellness Management and Recovery (WWR) program in community health and consumer-operated service agencies. *New Research in Mental Health*. 18:312-321.
- Corrigan, P.W., Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Solomon. P. (2008). Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: The Guilford Press New York, London.115-136.
- Çam, O., Yalçiner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1):55-60.
- Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö., Üçok, A. (2009). Şizofreni hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(Özel Sayı), 15-24.
- Fardig, R. (2012). Illness Management and Recovery: Implementation and evaluation of a psychosocial program for schizophrenia and schizoaffective disorder. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala University, Disciplinary Domain of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience, Psychiatry, Ulleråker, University Hospital. Doktora Tezi.

- Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62: 606-612.
- Fujita, E., Kato, D., Kuno, E., Suzuki, Y., Uchiyama, S., Watanabe, A., Uehara, K., Yoshimi, A., Hirayasu, Y. (2010). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Japan. *Psychiatric Services*, 61:1157-1161.
- Gingerich, S., Mueser K.T. (2005). *Illness Management and Recovery: in Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook*. Edited by Drake RE, Murrans MR, Lynde DW. New York, Norton.
- Haason-Ohayan, I., Roe, D., Kravetz, S. (2007). A Randomized Controlled Trial of the effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. *Psychiatric Services*, 58:1461-1466.
- Lahera, G., Gálvez, J.L., Sánchez, P. Roig, M. M., Fuster, P. J. V., García-Portilla, P. Herrera, B., Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*, 18:176.
- Levitt, A.J., Mueser K.T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A. et al. (2009). Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing. *Psychiatric Service*, 60:1629-1636.
- Liberman, R.P. (2008). Recovery from disability. *Manual of Psychiatric Rehabilitation*. 91-147. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in Search of Research. *Psychiatr Services*, 56(6):735-42.
- Lin, E.C., Shao, W.C., Chan, C.H., Shiau, S., Wang, H.S., Huang, S.C. (2013). A Pilot Study of an Illness Management and Recovery Program in discharged patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Research*, 21(4):270-277.
- McGuire, A. B., White, D. A., Barthomolew, T., Flamagan, M. E., McGrew, H. J., Rollins et al. (2015). The relationship between provider competence, content exposure, and consumer outcomes in Illness Management and Recovery Programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-11.
- Mueser, K.T. (2013). Illness Management and Recovery. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Behavioral Health and Justice Transformation. <http://www.floridadata.com/files/document/illnessmanagementand%20recovery-fact-sheet---kim-mueser.pdf>. Erişim Tarihi:23.11.2015.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv*, 53(10):1272-84.
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Richard, C., Clancy, D.M., Salyers, M. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, (32):32-43.
- Park, K.M., Ku J, Choi, S.H., Jang, H.J., Park, J.Y., Kim, S.I., Kim, J.J.(2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189: 166-172.
- Roe, D., Ohayan, H. I., Salyers, M. & Kravetz, S. (2009). A one year follow-up of illness management and recovery: Participants' accounts of its impact and uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 285-291.
- Roosenschoon, B. J., Mulder, C.L., Deen, M.L. Weeghel, J. (2016). Effectiveness of illness management and recovery (IMR) in the Netherlands: a randomised clinical trial. *BMC Psychiatry*, 16:73.
- Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması. Ankara, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Salyers, M.P., Hicks, L.J., McGuire, A.B. (2009). A pilot to enhance the recovery orientation of assertive community treatment through peer-provided Illness Management and Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12:191-204.
- Salyers, M.P. Godfrey J.L. McGuire A.B. Gerhart, T. Rollins, A.L., Boyle, C. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program for consumers With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 60:483-490.
- Salyers, M.P., McGuire, A.B., Rollins, A. L., Bond, G.R., Mueser, K.T., Macy, V.R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J.*, 46(4):319-29.
- Salyers, M.P., Godfrey, J.L., Mueser, K.T., Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes: a psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Ment Health J*, 43(5):459-80.
- Sönmez, S. (2009). Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Illness Management and Recovery: Evaluating Your Program. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.
- Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara.
- Tanlı, S. (2008). Hastalık yönetimi programlarının yararları ve sağlık sistemi içinde kullanılabilirliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi M. et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380: 2163-96.
- Yıldız, M. (2004). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Erler Matbaacılık. İstanbul.
- Yılmaz, E. (2016). Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Erzurum.

DERLEME/ REVIEW

Yaşlı Hastalarda Düşmeler ve Risk Faktörleri

Falls and Risk Factors in Elderly Patients

Sevil YILMAZ, Öğretim Görevlisi¹, Leyla KHORSHID, Prof. Dr.²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İletişim/Correspondence: 05062511894

Sevil YILMAZ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Çiğli /İzmir

E-posta: sevil_telli83@hotmail.com

Özet

Düşmeler yaşlıları etkileyen yaygın bir problemdir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne ve Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre, 65 yaşın üzerindeki üç yetiştikenden biri ve 80 yaşın üzerindeki yetiştiklerin yarısı her yıl düşmektedir. Düşme kaynaklı yaralanma, bakım evlerinde en yaygın beşinci ölüm nedenidir. Tüm riskleri oluşturan en büyük problemler; ayak ve ayakkabı problemleri, duyuşsal veya algısal eksiklikler ve polifarmasi'dir. İlaç kullanımı, düşme ve düşmeyle ilişkili yaralanmalar için en değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. Düşmeleri önlemek için; ilaç kullanımının azaltılması, kapsamlı bir anamnez, düzenli kan basıncı kontrolü, tıbbi durumların yaygınlığındaki farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu derlemenin amacı; düşmelere ilişkin demografik ve değiştirilebilir risk faktörleri bilgilerini özetleyen ilgili literatürün kısa bir özetini sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Düşme riski, yaşlı, bakım.

Abstract

Falls are a common problem affecting the elderly and a major public health issue. According to the Centers for Disease Control and Prevention and World Health Organization reports, one in three adults over the age of 65 and half of the adults over 80 fall each year. Fall-induced injury is the fifth most common cause of death in nursing homes. The biggest problems that make up all the risks are foot and shoe problems, sensory or perceptual deficits, and polypharmacy. Drug use is one of the most changeable risk factors for falls and related injuries. To prevent falls, reduction of drug use, acquiring a comprehensive medical history, regular blood pressure control, and differences in the prevalence of medical conditions should be considered. The purpose of this review is to provide a brief summary of the relevant literature summarizing demographic and modifiable risk factors in falls.

Keywords: Fall risk, elderly, care.

Giriş

Ulusal Hemşirelik Kalite Göstergeleri Veri Tabanı (NDNQI), düşmeleri "hastaya zarar veren veya vermeyen planlanmamış bir düşme" olarak tanımlamaktadır (Callis, 2016). Düşmeler yaşlıları etkileyen yaygın bir problemdir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (Ambrose, Paul, & Hausdorff, 2013; Goodwin vd., 2014; Hohmann, Hohmann, & Kruse, 2014). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlarına göre, 65 yaşın üzerindeki üç yaşlıdan biri ve 80 yaşın üzerindeki yaşlıların %50'si her yıl düşmektedir (Goodwin vd., 2014; Hohmann vd., 2014; Iinattinemi, Jokelainen, & Luukinen, 2009).

2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı erişkinlerde 2,2 milyon ölümcül olmayan yaralanma meydana gelmiş ve bu hastaların 581.000'den fazlası hastaneye kaldırılmıştır. Aynı yıl, 19.000'den fazla yaşlı istenmeyen düşme yaralanmalarından ölmüştür (Ambrose vd., 2013).

Düşmeler, 65 yaşın üzerindeki bireylerde trafik kazaları, yangınlar ve yangınlara neden olmaktadır (Ambrose vd., 2013; Aranda-Gallardo vd., 2013; Callis, 2016). Düşme kaynaklı yaralanma, bakım evlerinde en yaygın beşinci ölüm nedenidir (Asiri, Alshahrani, Aseeri, Alam, & Sabri, 2018; Callis, 2016; Ko vd., 2012). Birçok düşme bildirilmemesine rağmen, hastalar genellikle yılda bir kereden fazla düşmektedir (Ma, 2017). İlk düşüşten sonra, yaşlıların fonksiyonel kapasiteleri azalarak kısır bir döngüye girmelerine neden olur ve tekrarlayan düşme riski artar (Cimilli, Ak, Unal, Onur, & Eroglu, 2018). Bakımevindeki yıllık ortalama düşme sayısı hasta başına 2,6'dır (Ma, 2017). Bakımevindeki düşme nedeniyle en sık görülen yaralanmalar; minör kafa travmaları, yumuşak doku yaralanmaları ve kalça kırığıdır (Berry vd., 2018; Cimilli vd., 2018). Düşmeye bağlı kırıklar arasında kalça kırıkları en yüksek maliyetlerden ve yüksek ölüm oranlarından sorumludur (Ma, 2017). Kalça kırığını izleyen ilk yılda, yaşlı hastaların % 25'i ölmektedir (Ambrose vd., 2013; Ma, 2017). Travmatik beyin hasarı, düşmeyle ilişkili ölümlerin % 46'sını oluşturur (Ambrose vd., 2013).

Hemşirenin Rolü

Hemşireler, düşme ve buna bağlı yaralanmaların azaltılması için bir düşme tarama aracını seçmekten sorumludur (Graham, 2012; Mojtaba vd., 2018). Böylece sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirebilir ve sağlık bakım maliyetlerini önemli ölçüde azaltabilirler (Stevens, 2005).

Derlemenin amacı

Bu derlemenin amacı; düşmelere ilişkin demografik ve değiştirilebilir risk faktörleri bilgilerini özetleyen ilgili literatürün kısa bir özeti sağlamaktır.

Risk Faktörleri

Tüm riskleri oluşturan en büyük problemler; ayak ve ayakbağı problemleri (% 58), duyuşsal veya algısal eksiklikler (% 61) ve polifarmasi'dir (% 70) (Fortinsky vd., 2004). Düşme; düşme anında mevcut olan risk faktörlerinin sayısı ile doğrudan ilişkilidir (Wong, Phillips, & Hill, 2012). Düşme riskleri hem iç hem de dış faktörler olarak tanımlanmaktadır. İçsel faktörler; yaş, cinsiyet ve ırk, komorbidite, önceki düşmeler (Callis, 2016; Freeland vd., 2012; Wu vd., 2013), fiziksel durum, bozulmuş denge ve yürüyüş, görme/işitme bozukluğu, kas iskelet sistemi bozuklukları, nörolojik ve diyabet hastalıkları ve bilişsel bozulma gibi hastayla ilgili faktörleri, dışsal faktörler; ilaçlar, banyolarda aydınlatmada, ayakbağılar, destekleyici ve yardımcı ekipmanlar gibi çevresel faktörleri içerir (Ambrose vd., 2013; Bell, Steinsbekk, & Granas, 2015; Callis, 2016; Freeland vd., 2012; Graham, 2012; Ma, 2017; Spoelstra, Given, & Given, 2012). Vertigo, ortostatik hipotansiyon, parkinson hastalığı, hemipleji (Ziere vd., 2006), depresyon, kalp yetmezliği ve hipertansiyon gibi hastalıklar da düşme riskini arttırabilir (Freeland vd., 2012; Graham, 2012; Ma, 2017; Spoelstra vd., 2012).

İçsel faktörler

Yaş

Düşme sıklığı yaş ve kırılabilirlik düzeyi ile artar (Therese, Steinsbekk, & Gerd, 2017). 80 yaşın üzerindeki hastalar, yaşları 65 ila 79 yaşları arasında olan hastalardan daha fazla düşmektedir (Cimilli vd., 2018; Deandrea, Negri, & Ruggeri, 2014; Ma, 2017).

Cinsiyet ve ırk

Düşme risk faktörleri kadınlar ve erkekler arasında farklılık gösterir. Örneğin, idrar kaçırma ve kırılabilirlik kadınlar için risk faktörleri iken, yaş, depresyon ve ayakta durma erkekler için risk faktörüdür (Mojtaba, Alinaghizadeh, & Rydwick, 2018). Kadınların, ölümcül olmayan bir düşme yaralanması geçirme ihtimali erkeklerden %58 oranında daha fazladır ve düşmelere bağlı ölüm oranı erkeklerde kadınlardan %46 daha yüksektir (Dunlop, Manheim, Sohn, Liu, & Chang, 2002). Düşme durumunda kalça kırığı, yaşlı kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür, mortalite oranı erkeklerde kadınlardan daha fazladır (%31-%17) (Haasum, Fastbom, & Johnell, 2016; Ma, 2017). Yaşlı siyah kadınlara oranla beyaz kadınlarda düşmeden ölme olasılığı 2,5 kat daha fazladır (Ambrose vd., 2013; Stevens, 2005).

Baş dönmesi

Baş dönmesi, 75 yaşın üzerindeki hastaların aile hekimine başvurularının 1/10'ünü oluşturur (Stam vd., 2016). Baş dönmesi sıklığı, 60-80 yaş grubundakiler için % 17,5, 80 yaş üstü kişiler için % 31,0 olarak bildirilmiştir ve kadınlarda daha yüksek orandadır (Olsson Möller vd., 2013).

Bozulmuş denge ve yürüyüş

Yürüme ve denge bozuklukları düşme için en güçlü risk faktörüdür (Deandrea vd., 2014). Yaşlı bireylerde; motor refleksler, kas kuvveti ve tonusu, adım uzunluğu ve düşmeyi engelleme yeteneğini azaldığı için yürüyüş şekli değişir ve duruş kontrolü alma eğilimindedir (Ambrose vd., 2013).

Görme bozukluğu

Hasta bakım uzmanları katarakt, makula dejenerasyonu, glokom veya görme kaybı geçmişini belirlemek ve geçmiş bir yıl içinde bir göz muayenesi yapıp yapılmadığını belirlemek için hastanın öyküsünü mutlaka gözden geçirmelidir (Ambrose vd., 2013).

Dışsal faktörler

Toplu Yaşam ve Çevre

Toplu yaşayan yaşlılar arasında düşme riski faktörlerini mobilyalar ve kaldırımlar oluşturmaktadır (Pohl vd., 2015). En yaygın düşme yeri, düşmelerin büyük çoğunluğunun kaymaya bağlı olduğu banyodur (Chang vd., 2011).

Ayakbağı

Ayak ve ayakbağı ilişkili risk faktörleri arasında; ayak ağrısı, hareket alanı eksikliği, uyuşma, ayak parmaklarında veya ayak bileklerinde zayıflık, bunyonlar, çekiç burunları ve uzun ayak tırnakları gibi deformasyonlar vardır (Ambrose vd., 2013).

Polifarmasi

Polifarmasi eşzamanlı olarak 4-8 adet kronik ilaç kullanımını (Freeland vd., 2012; Haasum vd., 2016; Ma, 2017; Ziere vd., 2006) ve geriatrik hastalarda oldukça yaygındır. ABD'deki prevalans % 57 civarında iken, Avrupa'da %51'dir (Ma, 2017). İlaç-ilaç etkileşimleri, advers ilaç reaksiyonları ve reçetelenme hataları polifarmasi yaygınlığını arttırmaktadır (Willeboordse vd., 2016). Reçeteli ilaçların sayısı ile düşmeler arasında yakın bir ilişki vardır (Bell vd., 2015; Weber, White, & McIlvried, 2008; Wu vd., 2013).

İlaçlar

İlaç kullanımı, düşme ve düşmeyle ilişkili yaralanmalar için en değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir (Berry vd., 2018; Freeland vd., 2012; Haasum vd., 2016). Benzodiazepinler, opioidler, antipsikotikler (Ambrose vd., 2013; Chang vd., 2011) ve antiepileptikler (Maximos, Chang, & Patel, 2017) antikolinergikler, barbitüratlar, kas gevşeticiler gibi ilaçlar bir kişinin ortostatik hipotansiyonuna ve postural zayıflığa neden olurlar (Mamun & Lim, 2009). Anti-spazmodikler ve kardiyak ilaçlar da ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesine neden olurlar (Costa-Dias vd., 2014; Mamun & Lim, 2009). Lipid düzenleyici ilaçlar, anti-Parkinson ilaçları (Mamun & Lim, 2009; Obayashi vd., 2013; Shuto vd., 2010) anti-diyabetik ilaçlar (Costa-Dias vd., 2014; Obayashi vd., 2013) antidepresanlar, diüretikler de düşmeler için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Costa-Dias vd., 2014; Mamun & Lim, 2009; Shuto vd., 2010).

Benzodiazepinler, Opioidler, Antidepresan ve

Antipsikotik İlaçlar

Benzodiazepin, antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanımı, uzun süre bakımevinde yaşayanlar arasında yaygındır (Fernandez, Dadfar, Wong, & Brown, 2015). Bu ilaçlar yaşlılarda ters Merkezi Sinir Sistemi (CNS) reaksiyonları, konfüzyon, baş dönmesi, gündüz uykusu hali gibi biliş ve postür kontrol

üzerinde olumsuz etkilere neden olurlar (De Groot vd., 2013; Rothberg vd., 2013). Yeni benzodiazepin kullanıcıları ilacı başladıktan sonraki 1 hafta içinde üç kat daha yüksek düşme riski ve ilacı başladıktan sonraki 1 ay içinde iki kat daha yüksek kalça kırılması riski taşıyabilir (Berry vd., 2018; Ray, Thapa, & Gideon, 2000). Kendi başlarına alındıklarında nispeten güvenli olmalarına rağmen, benzodiazepinler, kas gevşetici maddelerle veya opioidlerle birleştirildiğinde, üç ilaç sınıfının da merkezi sinir sistemini baskıladığı için çok daha tehlikeli hale gelir. Bu ilaçların birleştirilmesi solunum depresyonu, koma ve ölüme neden olabilmektedir. (Paulozzi, 2012; Spaniolas vd., 2010).

Pantoprazol

Yüksek dozlarda kullanılmasının, kırık riskini artırabileceği için dolayısıyla osteoporoz riski altındaki hastaların düzenli gözetim altında tutulmaları gerekmektedir (Ma, 2017).

Antihipertansif ilaçlar

Antihipertansif ilaçlar günlük üçten fazla tanımlı olması durumunda, özellikle felç öyküsü olanlarda % 48 daha fazla düşme riskine neden olmaktadır (Bell vd., 2015).

Muskelatal NSAID

NSAID'ler, vücutta enfeksiyon üreten ve ağrıya neden olan kimyasallara etki eden bir ilaç sınıfıdır. En sık reçete edilen ve tercih edilmeyen NSAID'lerdiklofenak içerir. Oral olarak alındığında, diklofenak diğer NSAID'lere göre kalp krizi ve felç riskini artırır (Dillender, 2018).

Diüretikler ve Kardiyovasküler ajanlar

Diüretikler ve kardiyovasküler ajanlar ortostatik hipotansiyonun bir sonucu olarak baş dönmesine dolayısıyla hasta düşmelerine neden olabilmektedir (Chang vd., 2011; Therese vd., 2017).

Anti-epileptikler

Epilepsili hastalar genellikle bilinç bozukluğu ve anormal kontrolsüz hareketlerle nöbet geçirirler (Asadi-pooya, Nikseresht, Yaghoubi, & Nei, 2012; Haasum vd., 2016) ve özel yaralanma riski taşırlar. Yumuşak doku yaralanması, diş yaralanması, yanık, kırık ve kafa travması gibi fiziksel yaralanmalar sık görülür (Asadi-pooya vd., 2012; Lee & Holbrook, 2017).

Risk Değerlendirme

Düşmeler için çeşitli risk değerlendirme araçları geliştirilmiştir (Aranda-Gallardo vd., 2013). En yaygın kullanılan düşme riski değerlendirme araçları Hendrich II Düşme Riski Modeli (HFRM II), Morse Düşme Ölçeği (MFS) ve St. Thomas Risk Değerlendirme Aracıdır (STRATIFY) . Bu üç araçtan hiçbiri, opioidler, kardiyak ilaçlar, diüretikler ve hipnotikler gibi ilaçların hemşirelik değerlendirmesini hızlandırmaya yönelik sorular içermemektedir (Callis, 2016). Mevcut düşme riski değerlendirme araçları hasta özelliklerini ve düşmelere katkıda bulunan çevresel faktörleri de yeterince yansıtmamaktadır (Campanini vd., 2018).

Sonuç ve Öneriler

Düşmenin yaşlılar ve aileleri için önemli sonuçları vardır. Bu sonuçlar aileleri ve toplulukları; ekonomik, psiko-sosyal, düşük yaşam kalitesi ve sağlık bakımı gibi çeşitli boyutlarda etkilemektedir (Worapanwisit, Prabpai, & Rosenberg, 2018). Düşmelerin önlenmesini yönetmek için kullanılan en yaygın

yöntem; düşme riski değerlendirme aracı ile düşme riski yüksek olan hastaları belirlemek ve önleyici müdahaleler sağlamaktır (Lee & Holbrook, 2017). İlaç tedavisine bağlı düşmelerin önlenmesinde; kapsamlı bir anamnez, düzenli kan basıncı kontrolü, ilaç düzenlemeleri, düşme öyküsü ve tıbbi durumların yaygınlığındaki farklılıklar dikkate alınmalıdır (Asiri vd., 2018; Axmon, Sandberg, Ahlstrom, & Midlov, 2018; Bell vd., 2015). İlaç kullanım sürecindeki güvenlik için; hemşireler, doktorlar ve eczacılar arasındaki çalışma ilişkileri, multidisipliner bir yaklaşım sağlayabilir (Costa-Dias vd., 2014; Ma, 2017; Ziere vd., 2006). Toplu olarak yaşayan popülasyonların ev modifikasyonlarındaki değişiklik ve çevre düzenlemesi düşme riskini azaltmada etkilidir (Goodwin vd., 2014). Tepsi masaları, kablolar ve karışıklık gibi çevresel tehlikelerin giderilmesi, banyolara tutma çubuklarının monte edilmesi, duş sandalyeleri / tezgâhlarını kullanma ve kaymaz döşemenin döşenmesi de başka değişikliklerdir (Graham, 2012). Teknoloji, olumsuz olayların etkilerini önlemek veya en aza indirmek için kullanılabilir. Geliştirilmiş kaymaz ayakkabılar ve hareket dedektörleri, düşme alarmları, telefon veya klips alarmları, hasta istenen yerden hareket ettiğinde bakıcıları uyarmanın hızlı ve ucuz bir yoludur (Graham, 2012; Nelson vd., 2004).

“Düşme riski faktörleri önlenildiğinde; hasta mortalite oranı düşecek, hemşireler üzerindeki bakım yükü ve bakımın maliyeti azalacaktır.”

Alana Katkı

Düşme ve buna bağlı yaralanmaların azaltılması için risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hemşireler ve hastalar risk faktörlerini tanımlayabildiklerinde hasta düşmelerinde önemli derece azalma meydana gelecektir.

Çıkar Çatışması

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

Kaynakça

- Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>
- Aranda-Gallardo, M., Morales Asencio, J. M., Canca-Sanchez, J. C., Mora-Banderas, A. M., Moya-Suarez, A. B., Barrero-Sojo, S. et al. (2013). Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: A systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 185–193. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06104.x>
- Asadi-pooya, A. A., Nikseresht, A., Yaghoubi, E., & Nei, M. (2012). Physical injuries in patients with epilepsy and their associated risk factors. *Seizure. European Journal of Epilepsy*, 21(3), 165–168. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2011.10.009>
- Asiri, F. Y., Alshahrani, A., Aseeri, M. F., Alam, M. M., & Sabri, M. (2018). Fall risks factors among home-based health care patients in the Aseer province: Observational study. *Biomedical Research*, 29(12), 2640–2645.
- Axmon, A., Sandberg, M., Ahlstrom, G., & Midlov, P. (2018). Fall-risk-increasing drugs and falls requiring health care among older people with intellectual disability in comparison with the general population: A register study. *PLoS One*, 13(6), e0199218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199218>
- Bell, H. T., Steinsbekk, A., & Granas, A. G. (2015). Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 107–114. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041829>

- Berry, S. D., Placide, S. G., Mostofsky, E., Zhang, Y., Lipsitz, L. A., Mittleman, M. A. et al. (2018). Antipsychotic and Benzodiazepine Drug Changes Affect Acute Falls Risk Differently in the Nursing Home. *Journals of Gerontology*, 71(2), 273–278. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv091>
- Callis, N. (2016). Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*, 29, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007>
- Campanini, I., Mastrangelo, S., Bargellini, A., Bassoli, A., Bosi, G., Lombardi, F. et al. (2018). Feasibility and predictive performance of the Hendrich Fall Risk Model II in a rehabilitation department: a prospective study. *BMC Health Services Research*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2815-x>
- Chang, C. M., Chen, M. J., Tsai, C. Y., Ho, L. H., Hsieh, H. L., Chau, Y. L. et al. (2011). Medical conditions and medications as risk factors of falls in the inpatient older people: A case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(6), 602–607. <https://doi.org/10.1002/gps.2569>
- Cimilli, T., Ak, R., Unal, E., Onur, O., & Eroglu, S. (2018). Factors Associated With Multiple Falls Among Elderly Patients Admitted to Emergency Department. *International Journal of Gerontology*, 11(2), 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.05.009>
- Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., Martins, T., Araújo, F., Santos, A. S., Moreira, C. N. et al. (2014). Medication fall risk in old hospitalized patients: A retrospective study. *Nurse Education Today*, 34(2), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.016>
- De Groot, M. H., Van Campen, J. P. C. M., Moek, M. A., Tulner, L. R., Beijnen, J. H., & Lamothe, C. J. C. (2013). The effects of fall-risk-increasing drugs on postural control: A literature review. *Drugs and Aging*, 30(11), 901–920. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0113-9>
- Deandrea, S., Negri, E., & Ruggeri, F. (2014). Integrating clinicians' opinion in the Bayesian meta-analysis of observational studies: The case of risk factors for falls in community-dwelling older people. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.2427/8909>
- Dillender, M. (2018). What happens when the insurer can say no? Assessing prior authorization as a tool to prevent high-risk prescriptions and to lower costs. *Journal of Public Economics*, 165(March 2015), 170–200. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.07.006>
- Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Sohn, M. W., Liu, X., & Chang, R. W. (2002). Incidence of functional limitation in older adults: The impact of gender, race, and chronic conditions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(7), 964–971. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.32817>
- Fernandez, C. R., Dadfar, F., Wong, A., & Brown, S. G. (2015). Use of fall risk increasing drugs in residents of retirement villages: a pilot study of long term care and retirement home residents in Ontario, Canada, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1557-2>
- Fortinsky, R. H., Iannuzzi-sucich, A. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., King, M. B., Brown, A. C. J. et al. (2004). Fall-Risk Assessment and Management in Clinical Practice: Views from Healthcare Providers. *JAGS*, 52, 1522–1526.
- Freeland, K. N., Thompson, A. N., Zhao, Y., Leal, J. E., Mauldin, P. D., & Moran, W. P. (2012). Medication use and associated risk of falling in a geriatric outpatient population. *Annals of Pharmacotherapy*, 46(9), 1188–1192. <https://doi.org/10.1345/aph.1Q689>
- Goodwin, V. A., Abdoul, H., Whear, R., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Thompson-Coon, J. et al. (2014). Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 14(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-15>
- Graham, B. C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *MEDSURG Nursing*, 21(5), 267–270. Tarihiinde adresinden erişildi <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=82106527&site=eds-live>
- Haasum, Y., Fastbom, J., & Johnell, K. (2016). Use of Fall-Risk Inducing Drugs in Patients Using Anti-Parkinson Drugs (APD): A Swedish Register-Based Study, 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161246>
- Hohmann, N., Hohmann, L., & Kruse, M. (2014). The impact of combined use of fall-risk medications and antithrombotics on injury severity and intracranial hemorrhage among older trauma patients. *Geriatric Nursing*, 35(1), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.001>
- linattiniemi, S., Jokelainen, J., & Luukinen, H. (2009). Falls risk among a very old home-dwelling population, (October 2008). <https://doi.org/10.1080/02813430802588683>
- Ko, A., Van Nguyen, H., Chan, L., Shen, Q., Ding, X. M., Chan, D. L. et al. (2012). Developing a self-reported tool on fall risk based on toileting responses on in-hospital falls. *Geriatric Nursing*, 33(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.07.012>
- Lee, J. Y., & Holbrook, A. (2017). The efficacy of fall-risk-increasing drug (FRID) withdrawal for the prevention of falls and fall-related complications: protocol for a systematic review and meta-analysis, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0426-6>
- Ma, M. (2017). Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. *Int J Clin Pharm*, 408–415. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0426-6>
- Mamun, K., & Lim, J. K. H. (2009). Association between falls and high-risk medication use in hospitalized Asian elderly patients. *Geriatrics and Gerontology International*, 9(3), 276–281. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00533.x>
- Maximos, M., Chang, F., & Patel, T. (2017). Risk of falls associated with antiepileptic drug use in ambulatory elderly populations: A systematic review. *CPJ/RPC*, 150(2), 101–112. <https://doi.org/10.1177/1715163517690744>
- Mojtaba, M., Alinaghizadeh, H., & Rydwik, E. (2018). Downton Fall Risk Index during hospitalisation is associated with fall-related injuries after discharge: a longitudinal observational study. *Journal of Physiotherapy*, 64(3), 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2018.05.005>
- Nelson, A., Powell-Cope, G., Gavin-Dreschnack, D., Quigley, P., Bulat, T., Baptiste, A. S. et al. (2004). Technology to promote safe mobility in the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 649–671. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2004.05.001>
- Obayashi, K., Araki, T., Nakamura, K., Kurabayashi, M., Nojima, Y., Hara, K. et al. (2013). Risk of falling and hypnotic drugs: Retrospective study of inpatients. *Drugs in R and D*, 13(2), 159–164. <https://doi.org/10.1007/s40268-013-0019-3>
- Olsson Möller, U., Midlöv, P., Kristensson, J., Ek Dahl, C., Berglund, J., & Jakobsson, U. (2013). Prevalence and predictors of falls and dizziness in people younger and older than 80 years of age: A longitudinal cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.08.013>
- Paulozzi, L. J. (2012). Prescription drug overdoses: A review. *Journal of Safety Research*, 43(4), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.08.009>
- Pohl, P., Sandlund, M., Ahlgren, C., Bergvall-Kåreborn, B., Lundin-Olsson, L., & Wikman, A. M. (2015). Fall risk awareness and safety precautions taken by older community-dwelling women and men: a qualitative study using focus group discussions. *PLoS ONE*, 10(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119630>
- Ray, W. A., Thapa, P. B., & Gideon, P. (2000). Benzodiazepines and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. *JAGS*, 682–685.
- Rothberg, M. B., Herzig, S. J., Pekow, P. S., Avrunin, J., Lagu, T., & Lindenauer, P. K. (2013). Association between sedating medications and delirium in older inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 923–930. <https://doi.org/10.1111/jgs.12253>
- Shuto, H., Imakyure, O., Matsumoto, J., Egawa, T., Jiang, Y., Hirakawa, M. et al. (2010). Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: A case-crossover study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 69(5), 535–542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03613.x>
- Spaniolas, K., Cheng, J. D., Gestring, M. L., Sangosanya, A., Stassen, N. A., & Bankey, P. E. (2010). Ground level falls are associated with significant mortality in elderly patients. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 69(4), 821–824. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181efc6c6>
- Spoelstra, S. L., Given, B. A., & Given, C. W. (2012). Fall prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*, 21(1), 92–112. <https://doi.org/10.1177/1054773811418106>
- Stam, H., Harting, T., van der Sluijs, M., Marum, R. van, van der Horst, H., van der Wouden, J. C. et al. (2016). Usual care and management of fall risk increasing drugs in older dizzy patients in Dutch general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(2), 164–170. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160634>

- Stevens, J. A. (2005). Falls among older adults-risk factors and prevention strategies. *Journal of Safety Research*, 36(4), 409–411. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2005.08.001>
- Therese, H., Steinsbekk, A., & Gerd, A. (2017). Elderly users of fall-risk-increasing drug perceptions of fall risk and the relation to their drug use – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(3), 247–255. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358438>
- Tinetti, M. E., & Christianna S. Williams. (1997). Falls , injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home. *The New England Journal of Medicine*, 1279–1284.
- Weber, V., White, A., & McIlvried, R. (2008). An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(4), 399–404. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0482-z>
- Willeboordse, F., Grundeken, L. H., van den Eijkel, L. P., Schellevis, F. G., Elders, P. J. M., & Hugtenburg, J. G. (2016). Information on actual medication use and drug-related problems in older patients: questionnaire or interview? *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(2), 380–387. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0258-9>
- Wong, A., Phillips, B., & Hill, K. (2012). Comparison of two fall risk assessment tools (FRATs) targeting falls prevention in sub-acute care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 653–659. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.05.003>
- Worapanwisit, T., Prabpai, S., & Rosenberg, E. (2018). Correlates of Falls among Community-Dwelling Elderly in Thailand. *Hindavi Journal of Aging Research*, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2018/8546085>
- Wu, T. Y., Chie, W. C., Yang, R. Sen, Liu, J. P., Kuo, K. L., Wong, W. K. et al. (2013). Factors associated with falls among community-dwelling older people in Taiwan. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 42(7), 320–327.
- Ziere, G., Dieleman, J. P., Hofman, A., Pols, H. A. P., Van Der Cammen, T. J. M., & Stricker, B. H. C. (2006). Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(2), 218–223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x>

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Akut Lenfoblastik Lösemi Tanılı Bir Olgunun Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi*Evaluation of a Case with Acute Lymphoblastic Leukemia According to the Neuman Systems Model*Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Araş. Gör.¹, Yasemin YILDIRIM, Prof. Dr.², Fisun ŞENUZUN AYKAR, Prof. Dr.², Çiçek FADİLOĞLU, Prof. Dr.²Emekli öğretim üyesi¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir**İletişim/Correspondence:**Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD
35100 Bornova/İZMİR**E-posta:** sedardahan@gmail.com**Özet**

Lösemiler, hematopoetik hücrelerin neoplastik değişimi ile karakterize hastalıklardandır. Bu olgu sunumunda, Akut Lenfoblastik Lösemi tanılı bir çocukta uygulanması gereken hemşirelik bakımı Neuman Sistemler Modeli yaklaşımı ve North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tanıları ile ele alınmıştır. Neuman Sistemler Modeline dayalı oluşturulan hemşirelik sürecinin ilk adımında, olguya ilişkin bilgiler toplanmıştır. Olgunun verileri doğrultusunda altı farklı hemşirelik tanısı konulmuş, her bir hemşirelik tanısı için beklenen hasta sonuçları, girişimler ve hemşirelik tanısı sonuçları belirlenmiştir.

Bu olgu sunumunda, özellikle 2-5 yaş grubunda görülen Akut Lenfoblastik Lösemi tanısı almış bir çocuğun sorunlarının çözülmesine ilişkin hemşirelik süreci yer almaktadır. Neuman Sistemler Modeli'nin hemşirelik bakımında kullanılması olguya bütüncül, sistematik ve planlı bir hemşirelik bakımı sunulması noktasında katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: Neuman sistemler modeli, akut lenfoblastik lösemi, pediatri, hemşirelik bakımı.

Abstract

Leukemias are diseases characterized by neoplastic change of hematopoietic cells. In this case report, the nursing care of a child with acute lymphoblastic leukemia was evaluated by the Neuman Systems Model approach, and according to the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) diagnostic guideline. In the first step of the nursing process based on the Neuman Systems Model, data were collected about the case. According to the analysis of data, six different nursing diagnoses were identified. For each diagnosis, expected patient outcomes, interventions, and the results of nursing diagnosis were specified. In this case, a nursing process was presented for resolving the problems of a child diagnosed with acute lymphoblastic leukemia, which is especially seen in children between the ages of 2 and 5. The use of the Neuman Systems Model in nursing care contributes to a holistic, systematic, and planned nursing care.

Keywords: Neuman systems model, acute lymphoblastic leukemia, pediatrics, nursing care

Giriş

Lösemiler, kemik iliğindeki hematopoetik kök hücre defektinden köken alan, bir grup myeloid ya da lenfoid malignitelere verilen isimdir (Soycan, 2011). Çocukluk çağında lösemiler tüm çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %30-35'ini oluşturur (Kuo vd., 2017). Akut lenfoblastik lösemi (ALL) ise, çocukluk çağı lösemilerinin %80-85'ini oluşturmaktadır. Ülkemizde 15 yaşından küçüklerde ALL görülme sıklığı 1.4/100.000 olarak tahmin edilmektedir. En sık 2-5 yaş grubunda görülmekte olup, cinsiyete göre dağılım gelişmiş ülkelerde 1.2 oranında erkeklerde daha fazladır (Soycan, 2011; Yümlü, 2015).

Fizik muayenede solukluk, halsizlik, ateş, kanama, solunum sıkıntısı, hepatosplenomegali, lenfadenomegali, görme bozukluğu, testislerde sertlik ve şişlik, peteşi, purpura

görülebilen (THD, 2011). ALL'nin tedavisi remisyona indüksiyon fazı, konsolidasyon fazı ve idame fazından oluşur. Tedavi ayrıca santral sinir sisteminde kalan lösemik hücreler nedeniyle gelişebilecek relapsı engellemek için santral sinir sistemi profilaksisi fazını da içermektedir (Aksu&Karakas, 2012).

Kuramlar, kavramların anlamını netleştiren ve kavramlararası ilişkiyi sentezleyen sistematik bir yaklaşımdır. Hemşirelik kuramları ve modelleri ise, hemşirelik uygulama ve araştırmalarına dayanak oluşturmakta, hemşirelik kavramları ve hemşirelik bilgisi arasındaki ilişkinin temellendirilmesinde rol oynamaktadır (Şengün vd., 2013). Her bir kuram ya da kavramsal model hemşirelik uygulamalarında kullanılacak spesifik bir yönü betimler. Bu özellikleri

sayesinde de hemşirelik mesleğinin ilerlemesi, zenginleşmesi ve profesyonelleşmesini destekler (Çelik&Yıldırım, 2016).

Neuman Sistemler Modeli

Neuman Sistemler Modeli (NSM), günümüzde birçok üniversitenin ve hemşirelik okulunun müfredat programlarında kullanılmaktadır (Velioğlu, 2012; Lawson, 2014). Neuman, açık sistemler yaklaşımını ve holistik kavramı bir arada toplayan bütüncül birey yaklaşımını kullanır. Model, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenleriyle ilgilenmiştir. Bu sayede model, hemşireliğin farklı alanlarında kullanılabilme özelliğine sahiptir (Dağ vd., 2014; Ünal-Toprak&Vural, 2017).

Modeldeki belli başlı kavramlar arasında "bütüncül insan yaklaşımı, açık sistem yaklaşımı, stresörler, esnek-normal savunma hatları ve direnç hatları yer almaktadır. "Birey, sağlık, çevre ve hemşirelik" kavramları ise modelin varsayımlarıdır (Meleis, 2011). Neuman hemşireliğin, bireyi bir bütün olarak ele aldığına inanır. Model, hemşireliği çok boyutlu olarak gördüğü için koruma girişimleri ve önleme kavramları oldukça önemlidir. Hemşire, koruma girişimleri ile sistemin dengesinin korunmasına yardımcı olur (Fawcett, 2006; Khatiban vd., 2016). Neuman'a göre hemşirelik süreci adımları üç aşamadan oluşur (Tablo 1).

Tablo 1: Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Hemşirelik Süreci Adımları

Hemşirelik Tanısı	Veri Toplama ve Tanılama	Bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerin birbiriyle olan etkileşiminin tanımlanması ve değerlendirilmesi aşamasıdır. İç kişisel, kişiler arası ve dış kişisel alanlarda stresörlerin tanımlanması ile hasta birey ve bakım veren sağlık profesyonelinin algılarındaki farklılıkların belirlenmesi amaçlanmaktadır.
Hemşirelik Bakım Amaçları	Beklenen Hasta Sonuçları	Gerçekleşen ya da olası değişiklikler ile baş etmek için gerekli davranışsal yanıtlardır. Bireyin hastalığını kabul edip, hastalığı hakkında iletişim kurması amaçlanmaktadır
	Planlanan Girişimler	Bakım ile ilgili hemşirelik girişimleri yardımı ile hasta bireyin fizyolojik dengeye ulaşması ve sürdürmesi hedeflenmektedir
Hemşirelik Sonuçları		Hemşirenin planlayarak hayata geçirdiği hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlere bağlı sonuçları içermektedir

Neuman Sistemler Modeli endometriyum kanseri, infertilite, pnömoni, multiple skleroz gibi birçok hastalığın hemşirelik bakımında kullanılmıştır (Dağ vd., 2014; Özkan&Öztürk, 2013; Güner&Kavlak, 2015; Ahmedi&Sadeghi, 2017). Literatür taramasında bu modeli temel alan bir lösemi olgusuna rastlanmamıştır. Bu derlemenin amacı, lösemi tanılı pediatrik bir olgunun Neuman Sistemler Modeli'ne göre hemşirelik bakımını incelemektir.

Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Akut Lenfoblastik Lösemi Tanılı Çocuğun Hemşirelik Bakım Planı Örneği

A. Hastaya Ait Veriler

Adı: E.K.

Yaşı: 3.5

Cinsiyeti: E

Tıbbi tanısı: Akut Lenfoblastik Lösemi

Doğum tipi: Sezaryen doğum (C/S)

Doğum kilosu: 4200 gram

Doğum boyu: 51 cm

Sağlık Öyküsü: 2,5 yaşında iken halsizlik, solgunluk, karın ağrısı, 38.2°C ateş ve siyanoz ile hastaneye başvurulmuş. Hemogram tetkiki sonrası Pediatrik Hematoloji Birimine yönlendirilmiş ve kemik iliği biyopsisi ile ALL tanısı konmuştur (Tablo 2). Kemoterapi tedavisi gören olguda, port kateter enfeksiyonu gelişmesi nedeniyle tedavi durdurulmuştur. Olgunun aile öyküsünde anne ve baba arasında akraba evliliği bulunmamaktadır.

Tablo 2: Laboratuvar Bilgileri

Na ⁺ : 141 mEq/L (136-145)	Hematokrit: %26.9 (33-41)
K ⁺ : 4.3 mEq/L (3.5-5)	Hemoglobin: 9.16 g/dL (11.5-14.5)
AKŞ: 102 mg/dl (60-110)	PLT: 125 10 ³ /μL (150-450)
Lökosit: 4.86 10 ³ /μL (4.5-13.5)	CRP: 13 (<0.8)
Nötrofil: % 32.5 (40-59)	RBC: 3.39 10 ⁶ /μL (3.8-4.9)

İlaç Tedavisi: % 5 dextroz + % 0.9 NaCl 35 cc/h (her 500 cc'ye ½ ampul KCl), Vorikonazol 2x 100 mg, Meropenem 3x390 mg, Vankomisin hcl 4x130 mg, Ranitidin 2x32.5 mg, Proton pompası inhibitörü 2x12 mg, Fluoksetin hcl 1x20 mg (PO), Trimetoprim + Sulfametoksazol 2x40 mg (PO), mama 2x220 ml (PO).

B. Hastanın Algıladığı Stresörler

Çalışmada hastanın (3.5 yaş) algıladığı stresörleri belirlemek için ona bazı sorular yöneltilmiş olup; soruların yanıtları şu şekildedir:

1. Burada olduğun sürede seni en çok zorlayan şey neydi?

Olgu klinikte bulunduğu süreçte kendisini en zorlayan ve en fazla anksiyete yaşatan durumun kemik iliği aspirasyonu/intratekal tedavi amacıyla genel anestezi almak olduğunu ifade ediyor. Bakım vericisi Selma Hanım oğlunun port iğnesi değişimlerinde çok ağrı yaşadığını ifade ediyor. Oğlunun, özellikle genel anestezi öncesi çok huzursuz olduğunu ve müdahale odasına kendisiyle birlikte girebilmek için çok ağladığını belirtiyor.

Çalışmada bakım vericinin algıladığı stresörleri belirlemek için ona bazı sorular yöneltilmiş olup; soruların yanıtları şu şekildedir:

1. En büyük sorununuzun ne olduğunu düşünüyorsunuz?

Selma Hanım küçük oğlunun lösemi olması nedeniyle başka bir şehirde diğer çocuklarından ve ailesinden uzakta yalnız başına mücadele veriyor. Vefat eden eşinin ailesinin, çocukların velayetini almak için dava açmış olması hastalığın yanında anne için ayrıca bir yıpranmaya sebep oluyor.

2. Bu durum yaşam tarzınızı nasıl etkiledi?

Anne tek başına çocuğunun yanında tedavisi için elinden geleni yapmaya çalıştığını ifade ediyor. Hem hasta çocuğun yanında olması gerekiyor hem de tüm ihtiyaçlarını karşılamak için dışarı çıkması gerekiyor. Aynı zamanda diğer çocuklarına özlem duyuyor onlar için endişeleniyor.

3. Daha önce hiç buna benzer bir sorunla karşılaştınız mı? Karşılaştığınız sorun neydi?

Selma Hanım eşini kaybetmiş. Bu yüzden geçmişte de ciddi zorluklar yaşamış.

4. Mevcut sorununuza dayanarak geleceğiniz konusunda ne düşünüyorsunuz?

Oğlunun tedavisini tamamlayıp sağlıklı olarak taburcu olmasını istiyor. Çocuklarının velayetini alarak ailesini bir arada tutmak istiyor.

5. Sorununuza çözmek için ne yapıyorsunuz ve ne yapabilirsiniz?

Şu anda babaannesinin yanında olan diğer çocuklarından bağıni koparmamak, onları kaybetmemek için sürekli telefonda konuşarak onları bırakmak istemediğini söylüyor. Yine vefat eden eşinin ailesini bu konuda ikna etmeye çalışıyor. Hastanedeki oğlunun tedavisinde psikolojik desteğin önemini farkında. Bu nedenle, vefat eden eşinin ailesi ile yaşadığı sıkıntıları oğluna hissettirmemek için elinden geleni yapıyor.

6. Bakım verenlerin (aile, arkadaş ve diğerlerinin) sizin için ne yapmasını istiyorsunuz?

Selma Hanım kimseden bir beklentisi olmadığını belirtiyor. Tek isteğinin vefat eden eşinin ailesinin, çocuklarıyla mutlu şekilde yaşamasına izin vermesi olduğunu söylüyor.

C. Hemşirenin Hastayla İlgili Algıladığı Stresörler

Olgunun hemşiresinin olguya ilişkin algıladığı en büyük stresör, olgunun bakım vericisinden uzak kalma anksiyetesidir. Olgunun tek bakım vericisi annesi Selma Hanım olduğundan sürekli onunla olmak istemektedir. Hemşirenin olgunun bakım vericisi olan Selma Hanım'a ilişkin algıladığı en büyük stresör onun diğer çocuklarından ayrı kalıyor olması ve çocuklarının velayetinin kendisinden alınması risk nedeniyle yaşadığı korkudur. Hastalıktan önce diğer çocuklarıyla birlikte yaşayan Selma Hanım şimdi onlardan uzakta olması stresini ve anksiyetesini ciddi düzeyde artırmaktadır. Selma Hanım hasta olan oğlunun tedavi sürecinde yanından ayrılmadığı için, diğer çocuklarının kendisine kızmasından, küsmesinden korkmakta ve onların babanneleriyle kalmayı seçmelerinden endişe etmektedir. Selma Hanım tüm bu stresörlerle baş etmede sigara bağımlılığını kullanmakta ve 'sigara içtikçe rahatladığını, sigara içerken sıkıntılarını biraz olsun unuttuğunu' ifade etmektedir.

D. Verilerin Özetlenmesi

1) İç kişisel faktörler

a) Fizyolojik özellikler–sistemlerin incelenmesi

Vücut sıcaklığı: 36.8°C

Solunum: 24/dk

Kardiyovasküler: 116/dk

Kan Basıncı: 91/67 mmHg

Ağrı: 0 puan

Boy: 89 cm (<%3p)

Vücut ağırlığı: 13 kg (%3-10p)

Vücut Yüzey Alanı: 0.57 m²/kg

Gastrointestinal sistem: Olgu oral beslenmektedir ve nötropenik diyeti mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün oral mukozit değerlendirmesine göre Grade 0'dadır. Aldığı çıkardığı sıvı dengededir (+113cc/24sa). Olgunun boşaltıma ilişkin bir sorunu yoktur. Tuvalet alışkanlığı kazanmış olan olguda yapılan fizik muayenede barsak sesi 8-9/dk'dir. Defekasyon sıklığı günde bir kezdir.

Genitoüriner sistem: Olguda genitoüriner sisteme ilişkin bir sorunu yoktur. İdrar sıklığı günde 4-5 kezdir.

Kas-iskelet sistemi: Hasta mobil.

Deri: Olguda alopesi mevcut.

Nörolojik sistem: Olgu çevresine oryante ve bilinci açık.

Uyku ve istirahat: Olgu gece 7, gündüz 2-3 saat uyuyor.

b) Psikolojik özellikler: Olgunun hastanede iki kişilik odada yatmasından ve tedavi/bakım saatlerinin uyku saatiyle çakışmasından dolayı uykusu sık sık bölünüyor. Bu durum onun huzursuz olmasına neden oluyor.

c) Sosyokültürel özellikler: Ev ortamından uzakta yaşamak zorunda. 34 yaşındaki annenin üçüncü çocuğu

d) Gelişimsel özellikler: 3.5 yaşında erkek çocuk. Erikson'a göre 'Girişkenliğe karşı suçluluk' dönemi içinde bulunuyor. Bu dönemde çocuğun motor ve dil gelişimi; fizik ve sosyal çevresini daha fazla araştırmasına, daha atılgan olmasına, izin verir. Bu dönemde temel işlev girişkenliktir. Olgu neşeli ve sıcakkanlı davranıyor, merak ettiği konularda birçok soru soruyor. Oyuncaklarıyla oynadıktan sonra toplamaya çalışıyor. Kan basıncının ölçülmesine yardımcı oluyor. Piaget'ye göre olgu, 3-6 yaş işlem öncesi döneme dahil olan 'kavram öncesi dönem (2-4 yaş)' içinde bulunuyor. Bu dönemde çocukların geliştirdiği kavramlar ve kullandıkları sembollerin anlamları kendilerine göredir. Karmaşık kavram ve ilişkileri anlayamazlar. Freud'a göre 3-6 yaş 'Fallik Dönem' içerisinde bulunuyor. Bu dönemde çocuklar genital organlarından zevk aldıklarını fark ederler. Çocuğun zevk kaynağı cinsel organlarıdır ve bu dönemde cinsel organlarıyla oynamayı eğlenceli bulur. Bu dönemin başarılı bir şekilde çözümlenmesi için aynı cinsten olan ebeveyni ile vakit geçirmelidir. Olgu hastanede yatıyor olmasından dolayı sürekli annesiyle kalıyor.

e) Spiritüel özellikler: Olgu evine gidip oyuncaklarıyla oynayabilmek için Allah baba'ya dua ettiğini söylüyor.

2) Kişilerarası faktörler

Olgu nötropenisine rağmen hastane koşullarından dolayı çift kişilik odada yatmakta olup, optimum şartlarda tek kişilik odada bir bakım vericisiyle birlikte tedavi alması gerekmektedir. Çocuk ile aynı odayı paylaşan hasta bireyin henüz odağı belirlenememiş enfeksiyonu bulunmaktadır. Olgunun annesi günde 3-4 kez sigara içmek amacıyla klinikten çıkmaktadır.

3) Dış kişisel faktörler

Olgu, izolasyon gerektiren bir serviste yatmasından dolayı ziyaretçi kısıtlanmasına maruz kalmaktadır. Bu durum onun

kardeşleri ile iletişimini kısıtlamaktadır. Olgu kardeşlerini özlediğini belirtmiştir. Ek olarak olgu kendisine sürekli uygulanan invazif girişimler sırasında ağlamak ve sağlık profesyonelleri ile iletişimde zorlanmaktadır. Olgunun bakım vericisi (annesi) çocuğunun yanında kalabilmek için işinden ayrılmıştır. Bu nedenle gelir düzeyi düşen anne, hastanede yatmakta olan çocuğunun ve babannesini ile kalmakta olan çocuklarının giderlerini karşılamada güçlükler yaşayabilmektedir.

Etik Boyut

Çalışmada olgu ve bakım vericisi çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup; sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada olguya tedavi ve bakım veren ekipten sözel izin alınmıştır. Kullanılan isimler olgunun ve ebeveyninin gerçek isimleri değildir.

E. Hastanın Verilerine Göre Bazı Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi

a) *Port kateter bölgesindeki enfeksiyon nedeniyle Doku Bütünlüğünde Bozulma*

Beklenen hasta sonuçları

Olgunun doku iyileşmesinde ilerleme sağlanması

Planlanan girişimler (İkincil koruma)

- Yaşam bulguları sık sık takip edilir.
- Port kateter giriş yeri ve mevcut kızarıklık her gün değerlendirilir.
- Uygun cilt antiseptiği ile düzenli olarak pansuman yapılır.
- Pansuman yapılırken aseptik tekniklere uyulur.
- Olgunun hızlı yara iyileşmesinin sağlanması için proteinden zengin beslenmesi ve bol sıvı alması sağlanır.

Hemşirelik tanısı sonuçları

Düzenli olarak pansuman yapılması sayesinde, enfeksiyon giriş yerinde iyileşme gözlemlenir.

b) *Kronik hastalığa, uzun süren hospitalizasyona ve beden gereksiniminden az beslenmeye bağlı Büyüme Gelişmede Gecikme*

Beklenen hasta sonuçları

Olgunun yaş grubuna uygun boy ve kiloda olması

Planlanan girişimler (Birincil koruma)

- Aile ile çocuğunun yaşı ve büyüme-gelişme durumu konuşulur ve anlatılır.
- Düzenli olarak persentil değerlendirmesi takip edilir.
- Bireyin beslenme alışkanlıkları değerlendirilir.
- Doğru beslenmenin önemi ve yolları anlatılır. Diyetisyen yardımıyla beslenme planlaması yapılır.
- Oyun ve aktiviteler planlanarak hastane ortamına uyumu güçlendirilir.
- Tedaviler ve yan etkileri hakkında aile ile konuşulur.

Hemşirelik tanısı sonuçları

Olgunun primer bakım vericisi verilen eğitimleri anladığını ifade etti. Olgunun boyu (<%3p) ve vücut ağırlığında (%3-10p) bir değişiklik olmadı.

c) *ALL nedeniyle nötropeniye bağlı, IV damar yolu ve port kateter bulunmasına bağlı Enfeksiyon Riski*

Beklenen hasta sonuçları

Olgunun enfeksiyon etkenlerinden korunması, enfeksiyon gelişiminin önlenmesi

Planlanan girişimler (Birincil, ikincil koruma)

- Enfeksiyonun klinik belirtileri gözlenir (ateş, idrarda bulanıklık, pürülan drenaj vb.)
- Olgu ile temastan önce ve sonra eller yıkanır.
- İnvazif işlemlerde aseptik tekniklere uyulur.
- Yaşam bulguları takip edilir. Gerekli durumlarda doktor istemine göre kültür örnekleri alınır.
- Port kateterin iğnesi haftada bir değiştirilir ve kateter bölgesinin düzenli pansumanı yapılır.
- Olgunun enfeksiyona ilişkin laboratuvar bulguları günlük olarak takip edilir.
- Ziyaretçiler sınırlandırılır.
- Olgunun bakım vericisi ve sağlık personeli el yıkamanın önemi konusunda bilgilendirilir.

Hemşirelik tanısı sonuçları

Kırmızı, şiş ve ödemli port yerine pansuman yapıldı ve iğne çıkarıldı. Port yeri pansumanı durduruldu, doku iyileşmesi için bölge açık bırakıldı. IV tedaviye periferik yoldan devam edildi. Olgunun vital bulgularında enfeksiyonu düşündüren sapmalar görülmedi.

d) *ALL ve tedavilere sekonder gelişen trombositopeniye bağlı Kanama Riski*

Beklenen hasta sonuçları

Kanama belirtilerinin erken belirlenmesi ve travmaya bağlı kanamanın önlenmesi

Planlanan girişimler (Birincil, ikincil koruma)

- Olgu erken kanama belirtileri yönünden (diş eti kanaması, melena, epistaksis, peteşi, ekimoz, hematüri) gözlenir ve bu belirtiler bakım vericilere de öğretilir.
- Hasta şok belirtileri açısından gözlenir (hipotansiyon, taşikardi, hızlı ve zayıf nabız, hızlı ve yüzeysel solunum, ciltte solukluk ve nemlilik, dudak çevresinde solukluk ya da morarma, bilinç seviyesinde azalma)
- Yaşam bulguları ve laboratuvar bulguları sık sık kontrol edilir.
- Olgunun laboratuvar bulguları düzenli aralıklarla kontrol edilir.
- İnvazif işlemler mümkün olduğunca azaltılır.

- Olguya yumuşak diş fırçası kullanması söylenir.
- Çevredeki zarar verici araçlar kaldırılacak ve yatak kenarları yükseltilir, korkuluklar yastıklar ile desteklenir.
- Aspirin ve türevi ilaçların kullanımından kaçınılır.
- Konstipasyona bağlı rektal kanamaların oluşumu önlenir, olguya meyve ve lifli yiyecekler verilir.

Hemşirelik tanısı sonuçları

Olgu travmalara karşı olgu korundu ve kanama bulgusu gözlenmedi. Port yerinde kanama gözlenmedi. Risk devam ediyor (PLT: 125 10³/μL)

e) Riskli ilaç kullanımına bağlı Düşme Riski

Beklenen hasta sonuçları

Olgunun düşmesine engel olunması, gerekli tedbirlerin alınması

Planlanan girişimler (Birincil, ikincil koruma)

- Olgunun her gün düşme riski değerlendirilmesi yapılır (Harizmi Ölçeği-16p).
- Olgunun yatak kenarları yükseltilir, korkuluklar yastık ile desteklenir.
- Olgunun yalnız bırakılmaması konusunda bakım vericisi bilgilendirilir.

Hemşirelik tanısı sonuçları

İlaç kullanımına bağlı risk devam ediyor.

f) Uzun süreli hospitalizasyon ve bakım verme süresinin uzamasına bağlı Bakım Verici Rolünde Zorlanma Riski

Beklenen hasta sonuçları

Bakım vericinin zorlanma durumunun azalmasını sağlamak

Planlanan girişimler (Birincil, ikincil koruma)

- Güvenli ve sağlıklı bir iletişim ortamı oluşturulur.
- Bakım verici duygu ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir.
- Annenin bakım verirken algıladığı bakım yükü belirtileri saptanır.
- Annenin güçlü yönlerine vurgu yapılarak, motivasyonu artırılır.
- Diğer aile bireyleri ile görüşülerek, destekleyici bakım sistemi oluşturulmaya çalışılır

Hemşirelik tanısı sonuçları

Olgunun tek bakım vericisi annesi Selma Hanım. Diğer çocukları babanne ile yaşamakta. Selma Hanım'ın kendisini ifade etmesini sağlamak için güvenli bir ortam oluşturuldu. Selma Hanım çocuğuna bakım verirken yaşadığı psikolojik sorunları, sağlık problemlerini ve ekonomik problemleri ifade etti. Risk devam ediyor (Erdemir, 2012).

Değerlendirme ve Sonuç

Bu makalede Neuman Sistemler Modeli kullanılarak akut lenfoblastik lösemi tanısı almış bir çocuğa yönelik hemşirelik

yaklaşımları verilmiştir. Neuman Sistemler Modeli'ne göre hemşirelik bakımı bütüncül bir bakış açısı çerçevesinde değerlendirilmiştir. Hemşirelik bakımında NSM kullanılması olguya planlı bir hemşirelik bakımı sunulmasını sağlamakla birlikte, hemşirenin zamanını etkili kullanmasına da yardımcı olmaktadır.

Kaynaklar

- Ahmadi, Z., & Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal-Experimental, Translational and Clinical*, 3(3), 2055217317726798.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). Hemşirelik tanıları el kitabı. (Çev., Erdemir, F). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Çelik, A., & Yıldırım, Y. (2016). Orem öz bakım eksikliği hemşirelik kuramına göre vazovagal senkop'u olan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 182-186.
- Dağ, H., Kavlak, O., & Şirin, A. (2014). Neuman sistemler modeli ve infertilite stresörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 121-128.
- Fawcett, J. (2006). Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, 2nd edition. Philadelphia: Davis Company, pp. 166-222.
- Güner, Ö., & Kavlak, O. (2015). Neuman sistemler modeline göre endometriyum kanserli hastanın bakımı: olgu sunumu. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 94-102.
- Khatiban, M., Oshvandi, K., Borzou, S. R., & Moayed, M. S. (2016). Outcomes of applying neuman system theory in intensive care units: a systematic review. *Journal of Critical Care Nursing*, 9(4).
- Kuo, F. C., Wang, S. M., Shen, C. F., Ma, Y. J., Ho, T. S., Chen, J. S., ... & Liu, C. C. (2017). Bloodstream infections in pediatric patients with acute leukemia: Emphasis on gram-negative bacteria infections. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 50(4), 507-513.
- Lawson, TG. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In: Nursing theorists and their work. M.R. Alligood (Ed.) 8th edition. USA: St. Louis: Mosby Elsevier, pp. 281-303.
- Meleis, A.I. (2011). Theoretical Nursing: Development and Progress. US: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 300-310.
- Özkan, S., & Öztürk, C. (2013). Neuman'ın sistemler modeli kullanımına bir örnek: Pnömonili bir bebeğin hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 109-114.
- Soycan LY. (2011). Akut Lenfoblastik Lösemi: Tanı, Klinik. İçinde: Pediatrik Hematoloji. Sema Anak (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, ss. 597-609.
- Şengün, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-139.
- Toprak, F. Ü., & Vural, G. (2017). Neuman'ın sistem teorisi ile endometriyum kanserli bir vakanın incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 10, 50-70. doi: 10.17367/JACSD.2017.2.4
- Türk Hematoloji Derneği (2011). Çocuk ve ergenlerde akut lenfoblastik lösemide tanı ve izlem ölçütleri. İçinde Akut lösemiler tanı ve tedavi kılavuzu, 2. Baskı, Ankara: Efil Yayınevi ss. 81-95
- Uysal, N., Khorshid, L., & Eşer, İ. (2009). Neuman sistemler modeline göre bir vaka çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 74-81.
- Uzunhan, T. A., & Karakaş, Z. (2012). Çocukluk çağı akut lenfoblastik lösemisi. *Çocuk Dergisi*, 12(1), 6-15.
- Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kuram ve Kavramlar. 2. Baskı. İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık, ss. 395-422.
- Yümlü, K. (2015). Çocukluk Çağı Akut Lenfoblastik Lösemileri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16(1), 83-90.