

E-ISSN: 2667-8357

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing



Cilt / Volume 4 • Sayı / Number 1 • Nisan / April • 2022

SBÜHD

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editor / Editor in Chief

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Yönetici Editörler / Managing Editors

Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Emine İYİĞÜN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Yardımcı Editörler / Assistant Editors

Prof. Dr. Semiha AKIN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Tülay BAŞAK Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Gönül KURT Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Elif GEZGİN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

İstatistik Editörü / Statistical Editor

Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Dil Editörü / Language Editor

Dr. Öğr. Üyesi Aytaç ÖREN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Dergi Sekreteryası / Journal Secretariat

Öğr. Gör. Esra ÖZDEN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Arş. Gör. Merve ERTUĞRUL Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Arş. Gör. İlayda TÜRKÖĞLU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Arş. Gör. Merve SARITAŞ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Kapak Tasarımı / Cover Design

Neslihan YAKUPÇEBİOĞLU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Yayına Hazırlayan / Prepared by

BRİFF İLETİŞİM HİZMETLERİ • www.briff.com.tr

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Haydarpaşa) Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34668 Üsküdar, İstanbul Tel: +90 216 418 96 16 - 2301

E-posta / E-mail: sbu.hemsirelikdergisi@sbu.edu.tr

Link: <http://dergipark.gov.tr/sbuhemsirelik>

Sahibi / Owner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adına Sahibi: Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (İstanbul, Türkiye)

The Journal is owned by Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR on behalf of the University of Health Sciences (Istanbul, Turkey).

Yayıncı Kuruluş / Publisher: Sağlık Bilimleri Üniversitesi / University of Health Sciences

Dergi Sekreteryası / Journal Secretariat: esra.ozden@sbu.edu.tr, merve.ertugrul@sbu.edu.tr, ilayda.turkoglu@sbu.edu.tr, merve.saritas@sbu.edu.tr

* Dergide yer alan yazılardan yazarlar sorumludur. Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında online olarak yayınlanan bilimsel bir dergidir.

* Papers in the Journal are the responsibility of the authors. This scholarly journal is published three times a year in April, August and December.

YAYIN DANIŞMA KURULU / EDITORIAL ADVISORY BOARD*

Dr. Lyda C. ARÉVALO-FLECHAS

UT Health San Antonio, Texas-USA

Dr. Silviya BORISOVA DIMITROVA

Medical University-Varna, Varna-Bulgaria

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul-Türkiye

Prof. Dr. Ayşe ERGÜN

Marmara Üniversitesi, İstanbul-Türkiye

Prof. Dr. Özgöl EROL

Trakya Üniversitesi, Edirne-Türkiye

Dr. Anne FLODEN

University of Gothenburg, Gothenburg-Sweden

Dr. Bertha E. "Penny" FLORES

UT Health San Antonio, Texas-USA

Prof. Dr. Duygu GÖZEN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul-Türkiye

Dr. Ehsan KHAN

King's College London, London-United Kingdom

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Biruni Üniversitesi, İstanbul-Türkiye

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul-Türkiye

Assoc. Prof. Katalin PAPP

University of Debrecen, Debrecen-Hungary

Dr. Maryam RASSOULI

Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran-Iran

Dr. Julie SANTY-TOMLINSON

The University of Manchester, Manchester-United Kingdom

Prof. Dr. Sevinç TAŐTAN

Dođu Akdeniz Üniversitesi, GazimađuŐa-KKTC

Prof. Dr. Őenay UZUN

Yeditepe Üniversitesi, İstanbul-Türkiye

*Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır. / Listed alphabetically by last name.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing



E-ISSN: 2667-8357



EDİTÖRDEN

Değerli Okurlarımız,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin 2022 yılı birinci sayısında hemşirelik bilimine katkı sağlayacak dört araştırma ve dört derlemeden oluşan özgün yazıları sizlere sunmaktan büyük gurur ve mutluluk duyuyoruz.

Bu sayıda, "Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasını Yapan Öğrencilerin Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının Önem Sırasına Göre Değerlendirilmesi, Hemşirelerde İkincil Travmatik Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki, Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Kullanımlarının Zaman ve Hasta Bakım Uygulamaları Yönünden Değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği, Prematüre Bebeklerde Cilt Hasarını Azaltmada Şeffaf Cilt Örtüsü Kullanmanın Etkisi" başlıklı araştırma makalelerini ve "Fiziksel Tespit Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler, Doğum Korkusunda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları, COVID-19 Pandemisinde Gebelik Süreci ve Doğum Korkusu, Romatolojide Kullanılan Biyolojik Tedaviler ve Hemşirelik Bakımı" başlıklı derleme makalelerini değerli okurlarımızın ilgisine sunuyoruz.

Dergimizin, siz değerli araştırmacıların gönderdiği nitelikli araştırma makaleleri sayesinde, TÜBİTAK/ULAKBİM TR Dizin kapsamındaki dergiler arasına girmesi için inceleme sürecinde olduğunu bildirmekten gurur duymaktayız. Ayrıca dergimiz kapsamındaki makalelere yapacağınız atıflar ile daha da güçleneceğimizi ve uluslararası indeksler kapsamına girmeye de aday olabileceğimizi değerlendirmelerinize sunarız. Hemşirelik mesleğinin bilimsel bilgi birikimini geliştirecek doğru ve güncel bilgileri içeren seçkin makalelerle sizleri buluşturmaya devam edeceğiz.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, Nisan 2022 sayısına değerli makalelerini gönderen kıymetli yazarlara, bilimsel katkılarını esirgemeyen sayın hakemlere ve DergiPark sistemi üzerinden süreci yöneten, sayıyı yayıma hazırlayan tüm editör kuruluna teşekkür ederim.

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL
Baş Editör

İçindekiler / Contents

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

1. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasını Yapan Öğrencilerin Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının Önem Sırasına Göre Değerlendirilmesi

Prioritized Evaluation of The Nursing Diagnoses Determined by The Students Performing the Clinical Practice of The Surgical Nursing Lecture

Çağla Aykin, Hatice Merve Alptekin, Nuray Akyüz 1

2. Hemşirelerde İkincil Travmatik Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Relationship Between Secondary Traumatic Stress and Styles of Coping with Stress in Nurses

Şerife Kelle Dikbaş, Ayşe Okanlı 7

3. Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Kullanımlarının Zaman ve Hasta Bakım Uygulamaları Yönünden Değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği

Evaluation of the Nurses Electronic Care Plan Uses in Terms of Time and Patient Care Practices: A Special Hospital Example

İlknur Öztürk, Gamze Varlı, Saliha Koç Aslan 15

4. Prematüre Bebeklerde Cilt Hasarını Azaltmada Şeffaf Cilt Örtüsü Kullanmanın Etkisi

The Effect of Using Transparent Skin Cover on Reducing Skin Damage in Prematured Infants

Cansu Arslan, Nuran Aydın Ateş 21

DERLEME MAKALELER / REVIEW ARTICLES

5. Fiziksel Tespit Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler

Interventions Applied in the Scope of Reducing Physical Restraints

Ahmet Göktaş, Kadriye Buldukoğlu 27

6. Doğum Korkusunda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Midwifery and Nursing Approaches in Fear of Birth

Sevgi Zeybek Yılmaz, Zekiye Turan 33

7. COVID-19 Pandemisinde Gebelik Süreci ve Doğum Korkusu

Pregnancy Process and Fear of Childbirth During COVID-19 Pandemic

Özlem Akin, Nülüfer Erbil 39

8. Romatolojide Kullanılan Biyolojik Tedaviler ve Hemşirelik Bakımı

Biological Therapies Used in Rheumatology and Nursing Care

Ayten Dağ 45

Araştırma makalesi / Research article • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1009334

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasını Yapan Öğrencilerin Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının Önem Sırasına Göre Değerlendirilmesi

Prioritized Evaluation of The Nursing Diagnoses Determined by The Students Performing the Clinical Practice of The Surgical Nursing Lecture

Çağla AYKİN¹ , Hatice Merve ALPTEKİN² , Nuray AKYÜZ² 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

Ç.A. 0000-0002-7540-8575; H.M.A. 0000-0002-4544-7987;
N.A. 0000-0002-1552-4136

¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author: Arş. Gör. Hatice Merve ALPTEKİN,

E-posta: imervealptekini@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 13.10.2021

Kabul tarihi / Date of acceptance: 14.03.2022

Atf / Citation: Aykin, Ç., Alptekin, H.M. ve Akyüz, N. (2022). Cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin klinik uygulamasını yapan öğrencilerin belirledikleri hemşirelik tanılarının önem sırasına göre değerlendirilmesi. *SBU Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 1-6. doi: 10.48071/sbuhemsirelik1009334

ÖZ

Giriş: Hemşirelik, bireye ve topluma hizmet sunan toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeyi amaçlayan, bilim ve sanata dayalı profesyonel kendini sürekli yenileyen bir meslek grubudur.

Amaç: Bu çalışma cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin klinik uygulamasını yapan öğrencilerin belirledikleri hemşirelik tanılarının önem sırasına göre değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel yöntem kullanılarak yapılan çalışmada, bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda 2018-2019 ve 2019-2020 eğitim öğretim yılında Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Klinik Uygulamasını gerçekleştiren 156 öğrencinin hemşirelik bakım planları incelenmiş ve öncelikli tanımlar belirlenmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin hazırladıkları hemşirelik bakım planları öncelik sırasına göre incelendiğinde; birinci tanı %26,9 (n:42) ile kanama riski, ikinci tanı %30,1 (n:47) ile enfeksiyon riski, üçüncü tanı ise %21,2 ile (n:33) akut ağrı olarak belirlendi.

Sonuç: Cerrahi hastalıkları dersini almış hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik bakım planlarında, kanama riski, enfeksiyon riski, akut ağrı gibi tanımlar öncelikli olarak belirlendikleri görüldü. Diğer tanımlar belirlenmede ve hastaları bütüncül olarak değerlendirmede sorun yaşadıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakım planı; hemşirelik öğrencisi; hasta tanılama.

ABSTRACT

Introduction: Nursing is a professional group that constantly renews itself, based on science and art, aiming to protect and develop the health of the society, providing services to the individual and the society, and to improve it in case of illness.

Aim: This project was studied to analyse the nursing diagnosis decided by the students performing the clinical practice of the surgical nursing lecture in priority order.

Method: In a research using illustrative and cross-sectional methods, the nursing care plans of 156 students who performed the Clinical Practice of Surgical Nursing in a foundation university Faculty of Health Sciences Department of Nursing in 2018-2019 and 2019-2020 academic years were examined and priority diagnoses were determined.

Results: When the nursing care plans realized by the students are examined in order of priority; first diagnosis was determined as the risk of bleeding with 26,9% (n:42), second diagnosis as the risk of infection with 30,1% (n:47), and the third diagnosis as the acute pain with 21,2% (n:33).

Conclusion: It was observed that nursing students who attended the surgical lecture determined bleeding risk, infection risk, and acute pain as the priority diagnoses in their nursing care plans. It can be said that they had problems about determining other diagnoses and evaluating the patients holistically.

Keywords: Nursing care plan, Nursing student, Patient diagnosis.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Hemşirelik, bireye ve topluma hizmet sunan toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeyi amaçlayan, bilim ve sanata dayalı profesyonel kendini sürekli yenileyen bir meslek grubudur. Hemşirelik mesleği, araştırmalara önem veren rol ve sorumluluklarını benimseyen bir disiplindir (Karagözoğlu, 2005; Karaahmetoğlu ve Softa, 2018).

Hemşirelik mesleğinde uygulamalar esastır ve bu uygulamalara bilimsel bir kimlik ancak hemşirelik süreci ile kazandırılabilir (Zaybak, İsmailoğlu ve Özdemir, 2016). Lydia Hall tarafından ilk olarak 1955 yılında hemşirelik süreci ele alınmıştır (Avşar, Ögünç, Taşkın ve Burkey, 2014). Hemşirelik süreci; sağlıklı, hasta bireyin sağlığında bakım gereksinimlerini saptayan, her hastaya ona yönelik bakım verilmesinde kullanılan bireyin sağlığını olumsuz etkileyen sorunlara bilimsel yaklaşımla çözüm bulunmasına olanak sağlayan bir problem çözme yöntemidir (Karakovan ve Yeşilbalkan, 2004; Craven ve Hirnle, 2010).

Hemşirelik sürecini, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "sağlıklı/hasta bireyin, ailenin ve toplumun bakım gereksinimlerinin /sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi" olarak tarif etmektedir (Akansel ve Palloş, 2020; Aydın ve Akansel, 2013).

Hemşirelik süreci; verilerin toplaması, tanılanması, beklenen sonuçların oluşturulması, planlanma, uygulama, değerlendirme olmak üzere altı aşamadan oluşmaktadır (Uysal, Arslan, Yılmaz ve Alp, 2016; Yılmaz ve ark., 2019). Hemşirelik sürecinin ilk aşaması veri toplama. Veri toplama; sağlıklı/hasta bireyle ilk karşılaşıldığında başlar ve dinamik bir şekilde devam eder. Hasta bilgileri her zaman eksiksiz toplanmalıdır. Veriler toplandıktan sonra hemşirelik tanısı oluşturulmalıdır. Hemşirelik tanısı oluşturmada, Uluslararası platformda kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi Amerika Birleşik Devletleri'nde, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association) NANDA kullanılmaktadır (Özer ve Kuzu, 2006). Planlama aşamasında bireye yönelik bakım organize edilmektedir. Uygulama aşamasında ise bakım planında belirlenen hedefe ulaşmak için planlanan girişimler uygulamaya konulmaktadır. Son olarak değerlendirme aşamasında ise hastada planlanan sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmektedir (Olmaz ve Karakurt, 2019). Hemşirelik sürecinin hastada istenen yararı oluşturabilmesi ve kaliteli bir hemşirelik bakımının sağlanması hemşirelik sürecinin her basamağının doğru bir şekilde uygulanması ile sağlanabilmektedir (Karakovan ve Yeşilbalkan, 2004).

Hemşirelik sürecinin basamaklarının oluşturulabilmesi için öğrenci hemşirelere ilk olarak yaratıcılık, eleştirel düşünme, problem çözme, hızlı ve doğru karar verme becerilerinin öğretilmesi gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında hemşirelik eğiticileri hemşirelik sürecini oluşturmayı ve planlama yapmayı öğrencilerine öğretmelidir. Hemşirelik sürecinin önemi vurgulanmalı, hemşirelik mesleğinde profesyonelleşmeyi ve

ortak dil kullanımını hemşirelik bakım planı ile sağlayabilecekleri anlatılmalıdır (Karakovan ve Yeşilbalkan, 2004; Keski ve Karadağ, 2010; Şendir, Acaroğlu ve Aktaş, 2009). Tüm bu eğitimlere rağmen öğrenciler veri toplama, hemşirelik tanısı koymada sorunlar yaşamaktadırlar (Uysal ve ark., 2016). Yılmaz Sabancıoğulları ve Aldemir (2015) yaptıkları araştırmada öğrencilerin hemşirelik sürecinin veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve uygulanması konularında güçlükler yaşadıklarını belirlemişlerdir (Yılmaz, Sabancıoğulları ve Aldemir, 2015). Keski ve Karadağ (2010) tarafından yürütülen araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin büyük bölümünün hemşirelik sürecinin basamaklarında sorun yaşadığını belirtmişlerdir (Keski ve Karadağ, 2010).

Özer ve Kuzu (2006) yaptıkları araştırmada, veri toplama bölümünde değerler-inanç, baş etme, cinsellik gibi alanlara az yer verildiği, hastalara konulan hemşirelik tanılarının daha çok bireyin fizyolojik boyutuyla ilgili olduğu saptanmıştır (Özer ve Kuzu, 2006). Erden, Deniz, Arslan ve Yurtseven (2018) yaptıkları araştırmada, değer, inanç, cinsellik, üreme gibi konularda öğrencilerin bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Erden, Deniz, Arslan ve Yurtseven, 2018). Aydın ve Akansel (2013) hemşirelik tanılarının NANDA taksonomisine uygunluğunu tayin etmek amacıyla hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin hemşirelik tanılarının isimlendirilmesinde zorlandığı ve bazı tanıları diğerlerine göre daha fazla kullandıklarını belirlemişlerdir (Aydın ve Akansel, 2013).

Yapılan çalışmalar hemşirelik öğrencilerinin hasta tanılamada ve hemşirelik bakım planı hazırlamada yetersiz olabildiklerini göstermektedir. Özellikle ameliyat olan hastalarda hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve uygulanması ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için gereklidir (İlçe, Totur ve Özbayır 2010).

Amaç

Bu çalışma, cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin klinik uygulamasını yapan hemşirelik öğrencilerinin belirledikleri hemşirelik tanılarının önem sırasına göre değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin Cerrahi Hemşireliği dersi klinik uygulamasından sonra hazırladıkları hemşirelik bakım planlarındaki öncelikli hemşirelik tanılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel yöntem kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yürütüldü.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 2018-2019 ile 2019-2020 eğitim öğretim yıllarında Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi için

hastanede klinik uygulamaya çıkan 156 öğrencinin yapmış olduğu hemşirelik bakım planları oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamı değerlendirmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından hazırlanan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersine ait hasta tanılama formu kullanıldı. Bu form Roper, Logan Tierney' in Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) modelinden yola çıkarak hazırlanmış bilgiler ile hastalardan veri toplamak için kullanılmaktadır. Ayrıca formun tanılama aşamasında NANDA'nın hemşirelik tanıları yer almakta ve öğrencilerden bu hemşirelik tanılarının öncelik sırasına göre sıralanması istenmektedir (Erden ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2015).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanlığı'na ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgiler verilerek hem sözlü hem de yazılı izinler alınmıştır

Verilerin Toplanması

Çalışmanın yapıldığı Bir Vakıf Üniversitesi'nde Cerrahi Hemşireliği dersi kapsamında, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından öğrencilere, Cerrahi Hemşireliği Dersi' nin ilk dersinden sonra iki ders saati süresinde, "Hasta Veri Toplama" ve "Hemşirelik Bakım Planı" formlarını nasıl doldurması gerektiği hakkında teorik ve uygulamaya yönelik ders verilmektedir. Klinik uygulamaların başlangıç haftasından son uygulama haftasına kadar, kliniklerde öğrencilere rehberlik edilerek formları doldurmaları sağlanmakta ve hastalarına uyguladıkları bakımlar süresince danışmanlık yapılmaktadır. Dönemin bitmesiyle, öğrencilerin hazırlamış oldukları hemşirelik bakım planları teslim alınmakta, değerlendirme sonrası arşive kaldırılmaktadır.

Çalışmada, 2018-2019 ve 2019-2020 eğitim öğretim yıllarında Cerrahi Hemşireliği klinik uygulamasını tamamlamış ve hemşirelik bakım planını teslim etmiş olan öğrencilerin bakım planları Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün arşivinden gerekli izinler alındıktan sonra retrospektif olarak incelendi. Öğretim elemanları tarafından arşive kaldırılan hemşirelik bakım planları araştırmacılara teslim edildi ve araştırmacılar tarafından öğrencilerin hazırladıkları hemşirelik bakım planlarından hasta tanıları ve öncelik sıraları belirlendi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların; yaş, cinsiyet, okudukları yıl ve öncelikli olarak belirledikleri hemşirelik tanıları araştırmanın verilerini oluşturdu. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanıldı. Araştırmada tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden; ortalama, standart

sapma, yüzde ve frekans dağılımı kullanıldı (Erden ark., 2018).

Bulgular

Çalışmaya cerrahi kliniklerinde uygulama yapan ve hemşirelik bakım planlarını teslim eden 156 öğrenci dahil edildi. Öğrencilerin %55,1'sinin (n:86) kadın, %44,9'inin (n:70) erkek olduğu; %52,6'sinin (n:82) 2018-2019 eğitim öğretim yılında hemşirelik bakım planlarını hazırladıkları belirlendi (Tablo 1).

Öğrencilerin %44,2'sinin (n:69) genel cerrahi kliniğinde olmak üzere 7 ayrı klinikte uygulama yaptıkları görüldü (Tablo 1).

Tablo 1: Bireysel Özellikler

| Değişkenler | Sayı | % |
|--------------------|------|------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 86 | 55,1 |
| Kadın | 70 | 44,9 |
| Eğitim yılı | | |
| 2018-2019 | 82 | 52,6 |
| 2019-2020 | 74 | 47,4 |
| Servis | | |
| Genel Cerrahi | 69 | 44,2 |
| Çocuk Cerrahi | 2 | 1,3 |
| Kalp Damar Cerrahi | 39 | 25 |
| Transplantasyon | 13 | 8,3 |
| Ortopedi | 6 | 3,8 |
| Yoğun Bakım | 24 | 15,4 |
| Plastik Cerrahi | 3 | 1,9 |
| Toplam | 156 | 100 |

Öğrencilerin hazırladıkları hemşirelik bakım planlarındaki tanıları öncelik sırasına göre incelendiğinde; ilk sırada %26,9 (n:42) ile kanama riski, ikinci sırada %30,1 (n:47) ile enfeksiyon riski, üçüncü sırada ise %21,2 ile (n:33) akut ağrının yer aldığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2: Hemşirelik Tanılarının Öncelik Sırası

| Hemşirelik Tanıları | 1.Tanı | | 2.Tanı | | 3.Tanı | |
|---------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Kanama riski | 42 | 26,9 | 26 | 16,7 | 23 | 14,7 |
| Enfeksiyon riski | 34 | 21,8 | 47 | 30,1 | 20 | 12,8 |
| Akut Ağrı | 29 | 18,6 | 19 | 12,2 | 33 | 21,2 |

Cerrahi hemşireliği dersi klinik uygulamasında; genel cerrahi, kalp damar cerrahisi ve yoğun bakım kliniklerinde daha fazla öğrencinin hemşirelik bakım planı teslim ettiği belirlendi. Genel cerrahi kliniğinde uygulama yapan öğrencilerin %26,1'i (n:18) birinci tanı olarak kanama riski, %29'u (n:20) ikinci tanı olarak enfeksiyon riski, %18,8'i (n:13) üçüncü tanı olarak akut ağrı tanısını öncelikli tanı olarak belirledikleri görüldü (Tablo 3).

Kalp damar cerrahisi kliniğinde uygulama yapan öğrencilerin %33,3'ünün (n:13) birinci tanı olarak kanama riski,

Tablo 3: Kliniklere Göre Hemşirelik Tanılarının Öncelik Sırası

| Klinikler | 1.Tanı | | 2.Tanı | | 3.Tanı | |
|---------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Genel Cerrahi | | | | | | |
| Kanama Riski | 18 | 26,1 | | | | |
| Enfeksiyon Riski | | | 20 | 29 | | |
| Akut Ağrı | | | | | 13 | 18,8 |
| Kalp Damar Cerrahisi | | | | | | |
| Kanama Riski | 13 | 33,3 | | | | |
| Enfeksiyon Riski | | | 14 | 35,9 | | |
| Akut Ağrı | | | | | 10 | 25,6 |
| Yoğun Bakım | | | | | | |
| Enfeksiyon Riski | 7 | 29,2 | | | | |
| Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski | | | 5 | 20,8 | | |
| Akut Ağrı | | | | | 4 | 16,7 |

%35,9'unun (n:14)) ikinci tanı olarak enfeksiyon riski, %25,6'sının (n:10) üçüncü tanı olarak akut ağrı tanısını koydukları saptandı (Tablo 3).

Yoğun bakım kliniğinde uygulama yapan öğrencilerin ise %29,2'inin (n:7) birinci tanı olarak enfeksiyon riski, %20,8'i (n:5) ikinci tanı olarak deri bütünlüğünde bozulma riski, %16,7'si (n:4) üçüncü tanı olarak akut ağrı tanısını koydukları belirlendi (Tablo 3).

Tartışma

Cerrahi hemşireliği dersi klinik uygulamasını tamamlayan 156 öğrenci üzerinde yapılan bu çalışmada; öğrenci hemşirelerin öncelik sırasına göre inceledikleri tanıları belirlendi. Birinci tanı %26,9 ile kanama riski ikinci tanı %30,1 ile enfeksiyon riski, üçüncü tanı ise %21,2 ile akut ağrı olarak belirlendi.

Benzer şekilde Erden ve ark. (2018) cerrahi kliniklerde öğrencilerle yaptığı çalışmada; enfeksiyon riski (%71,1), akut ağrı (%66,8), anksiyete (%41,1), deri bütünlüğünde bozulma (%32,3), uyku düzeninde bozukluk (%31,2), aktivite intoleransı (%28,9), dengesiz beslenme (%28,6), konstipasyon (%22,0) ve bilgi eksikliği (%18,8) en fazla konulan hemşirelik tanıları olarak belirlemişlerdir (Erden ve ark., 2018).

Uysal ve ark. (2016) hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planları üzerinde yaptığı çalışmada ise; öğrencilerin en fazla koydukları hemşirelik tanıları, "enfeksiyon riski, uyku örüntüsünde rahatsızlık, akut ağrı, anksiyete, vasküler travma riski, bilgi eksikliği, sağlığı sürdürmede etkisizlik, öz bakım eksikliği, travma riski, düşme riski, kanama riski ve aktivite intoleransı" olarak saptamışlardır (Uysal ve ark., 2016). Noh ve Lee'nin (2015) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada; bilgi eksikliği, hipertermi, konstipasyon, akut ağrı ve cilt bütünlüğünde bozulma en fazla kullanılan tanıları olduklarını belirlemişlerdir (Noh ve Lee, 2015). Yılmaz ve ark.'nın (2015) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin en fazla, enfeksiyon riski, ağrı ve uyku düzeninde bozulma tanıları seçtikleri belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2015). Tambağ ve Can (2014) dahili ve cerrahi servislerinde klinik uygulama yapan öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, en fazla "ağrı, anksiyete ve enfeksiyon riski" tanıları seçtikleri saptanmıştır

(Tambağ ve Can, 2014). Aydın ve Akansel'in (2013) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmasında, "enfeksiyon riski, akut ağrı, anksiyete, aktivite intoleransı, dengesiz beslenme, beden gereksiniminden az beslenme ve konstipasyon" tanıları en çok kullanılmıştır (Aydın ve Akansel, 2013).

Taşdemir ve Kızılkaya (2013) dahili ve cerrahi kliniklerde uygulama yapan son sınıf hemşirelik öğrencilerinin değerlendirdiği çalışmada; öğrencilerin genellikle "enfeksiyon riski, uyku örüntüsünde rahatsızlık, anksiyete, aktivite intoleransı" tanıları kullandıkları belirlenmiştir (Taşdemir ve Kızılkaya, 2013). Palese, Silvestre, Valoppi ve Tomietto (2009) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin en sık kullandığı tanıları "hareketlilikte bozulma, banyo yapma ve bireysel hijyende yetersizlik, deri bütünlüğünde bozulma, akut ağrı, etkisiz hava yolu açıklığı, malnutrisyon, kilo kaybı, öz-bakım eksikliği sendromu, enfeksiyon riski, anksiyete ve etkisiz solunum örüntüsü" olduğunu bulmuşlardır (Palese, Silvestre, Valoppi ve Tomietto, 2009).

Bu çalışmada en sık kullanılan hemşirelik tanılarının başka çalışmalarda da saptanmış sıkça kullanılan hemşirelik tanıları ile emsal olduğu görüldü. İkinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin daha çok ani gelişen, hasta tarafından ifade edilebilen, gözlemlenebilen, fizyolojik süreçlerin yer aldığı tanıları odaklandıkları belirlendi. Sistemsel olarak hastaları net değerlendiremedikleri bunun nedeninin ise, fizyopatoloji içeren konular ve hastalıkların üçüncü sınıftan itibaren öğrenilmeye başlanması olduğu söylenebilir. Uzun vadeli sorunlara yönelik çözüm bulmada yetersiz oldukları saptandı.

Bu çalışmada öğrencilerin, cinsellik, inanç, sosyal izolasyon ve korku gibi daha soyut kavramlar ve psikososyal boyutlara yönelik daha az hemşirelik tanısı konulduğu belirlendi. Uysal ve ark. (2016) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmasında, öğrencilerin topladığı verilerin %64,2'sinde cinsellik-üreme alanıyla ilgili verilerin olmadığı ve %35,8'inde ise toplanan verilerin az olduğunu ortaya koymuşlardır (Uysal ve ark., 2016). Babadağ, Kaya ve Esen (2004) yapmış oldukları çalışmada, öğrencilerin cinsel işlev bozukluğu ile ilgili hemşirelik tanısını oluşturmadıkları görülmektedir (Babadağ, Kaya ve Esen, 2004). Paans, Sermeus, Nieweg ve Van der Schans (2010),

öğrencilerin doğru tanıyı belirlemek için bilgi kaynaklarını değerlendirmediklerini ve akıl yürütme becerilerini aktif kullanmadıklarını ortaya koymuştur. Öğrenci hemşirelerin çokça kullandığı hemşirelik tanılarını tespit etmek amacıyla yapılan farklı bir çalışmada da cinsellik, inanç ve değerler ile ilgili tanıların bulunmadığı ortaya konmuştur (Paans, Sermeus, Nieweg ve Van der Schans, 2010). Bu bilgiler ışığında, öğrencilerin veri toplamakta zorlandıkları durumlar değerlendirilerek çözüm konularına ilişkin nasıl yaklaşımda bulunacağı ve uygulama yapılacağına yönelik planlamaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, 2018-2019 ile 2019-2020 eğitim öğretim yıllarında Cerrahi Hemşireliği dersi alan öğrencilerde yapılması, çalışmaya başka bir fakülte ya da daha önceki yıllara ait hemşirelik tanılama formları dahil edilememesi nedeniyle sonuçlar tüm öğrencilere genellenemez.

Sonuç

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi almış hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik bakım planlarında, kanama riski, enfeksiyon riski, akut ağrı gibi tanıları öncelikli olarak belirlediği diğer tanıları belirlemede ve hastaları bütüncül değerlendirmede sorun yaşadıkları görülmektedir.

Eğitim, öğrenme sürecinde öğrenilen bilgiler öğrencinin meslek hayatı boyunca ona kılavuzluk edecek ve mesleğin bilimsel bilgi ışığında gerçekleştirilmesi sağlanacaktır. Buna bağlı olarak, hemşire eğitimciler, hasta bireyin kapsamlı bakımını sistematik bir yaklaşımla, daha fazla süre ayırarak, klinikte farklı vakalar üzerinde öğrencilerine aktararak uygulamalı ve klinikteki hemşireler ile iş birliği içinde olmalıdırlar. Ayrıca eğitimin, dinamik, yeni bilgiler ışığında, teknolojiye uygun olarak yapılması önerilmektedir. Bu çalışmanın hemşirelik eğitiminin diğer sınıf aralıkları ile yapılması da öğrencinin gelişimini değerlendirme açısından önemlidir. Hatta sınıflara göre ilk öncelikli belirlenen tanıların araştırılması önerilmektedir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik kurul onayı, Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Tarih:29.03.2019 ve Sayı No:27).

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı ÇA, HMA, NA; Veri Toplama /Literatür Tarama ÇA, HMA; Verilerin Analizi ve Yorumlanması ÇA, HMA; Makalenin Hazırlanması ÇA, HMA; Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi ÇA, HMA, NA .

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Akansel, N., Palloş, A. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2),269-275.
- Avşar, G., Ögünç, E.A., Taşkın, M., Burkey, F.Ö. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4),269-277.
- Aydın, N., Akansel, N. (2013). Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. *International Journal of Caring Sciences*, 6 (2),252-257.
- Babadağ, K., Kaya, N., Esen, F. (2004). Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarını belirleme durumlarının saptanması. *Hemşirelik Formu*, 7(3),37-41.
- Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2010). *Fundamentals of nursing. human health and function. fourth edition.* lippincott. Williams and Wilkins. Philadelphia, (pp:126-137).
- Erden, S., Deniz, S., Arslan, S., Yurtseven, Ş. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi hastalıkları hemşireliği dersi uygulamalarında hemşirelik tanılarını belirleme düzeylerinin incelenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 25(2),108-112.
- İlçe, A., Totur, B., Özbayır, T. (2010). Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: Bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences*, 27(2),178-184.
- Karaahmetoğlu, G.U., Softa, H.K. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(4),256-263.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (1),6-14.
- Karakovan, A., Yeşilbalkan, U.Ö. (2004). Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları Nanda hemşirelik tanılarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3),1-8.
- Keski, Ç., Karadağ, A. (2010). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 12(1), 41-52.
- Noh, H.K., Lee, E. (2015). Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical-surgical units in Korea. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(1),43-51.
- Olmaz, D., Karakurt, P. (2019). Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1),3-14.
- Özer, G.F., Kuzu, N. (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanılarını kullanma durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1),69-80.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., Van der Schans, C. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11),2481-2489.
- Palese, A., De, Silvestre, D., Valoppi, G., Tomietto, M. (2009). A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(2),64-75.

- Şendir, M., Acaroğlu, R., Aktaş, A. (2009). Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(3),166-173.
- Taşdemir, G., Kızılkaya, M. (2013). Evaluation of NANDA nursing diagnoses of health care college final year students during the clinical application of the mental health and disease nursing course. *Journal of Human Sciences*, 10(1),246-257.
- Tambağ, H., Can, R. (2014). Öğrencilerin psikiyatri hemşireliği dersi uygulamalarında Nanda hemşirelik tanılarını belirleme düzeylerinin değerlendirilmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(3),12-20.
- Uysal, N., Arslan, G.G., Yılmaz, İ., Alp, F.Y. (2016), Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(5),139-143.
- Yılmaz, A.A., Gençler, E., Seçkin, Ç., Akyüz, H.F., Güven, T.K., Gözütok, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin veri toplama aşamasına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları güçlükler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4),231-238.
- Yılmaz, T.F., Sabancıoğulları, S., Aldemir, K. (2015). The opinions of nursing students regarding the nursing process and their levels of proficiency in Turkey. *Journal of Caring Sciences*, 4(4),265-275.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, G.E., Özdemir, H. (2016). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4),269-277.

Araştırma makalesi / Research article • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1055982

Hemşirelerde İkincil Travmatik Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki^{1,2}

Relationship Between Secondary Traumatic Stress and Styles of Coping with Stress in Nurses

Şerife KELLE DİKBAŞ³ , Ayşe OKANLI⁴ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:
Ş.K.D. 0000-0001-7537-462X; A.O. 0000-0003-3266-5077

¹Araştırma Medeniyet Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Şerife Kelle Dikbaş'ın (2020) tezinden türetilmiştir.

²Araştırma 4.Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresi İstanbul 19-20 Aralık 2020 tarihinde "Sözel Bildiri" olarak sunulmuştur.

³Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

⁴T.C Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar / Corresponding author: Uzm. Hem. Şerife Kelle Dikbaş,
E-posta: serifekelle2@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 10.01.2022
Kabul tarihi / Date of acceptance: 13.04.2022

Atrf / Citation: Kelle Dikbaş, Ş., Okanlı, A. (2022). Hemşirelerde İkincil Travmatik Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 7-14. doi: 10.48071/sbuhemsirelik1055982

ÖZ

Giriş: Meslekleri dolayısıyla ikincil travmatik stres yaşayan hemşirelerin stresle başa çıkma becerileri etkilenmektedir. Hemşirelerde, ikincil travmatik stres stresle etkili başa çıkma becerilerinin kaybına neden olmaktadır. Bu durum hemşirelerin hem mesleki hem de özel yaşantılarında ciddi sorunlara neden olmaktadır.

Amaç: Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel olarak gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir devlet hastanesinde aktif olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 119 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri, "Sosyodemografik ve Mesleki Bilgi Formu", "İkincil Travmatik Stres Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplandı. Veri analizi, SPSS 25.0 programında tanımlayıcı ve ilişki arayıcı istatistikler kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Hemşirelerin "İkincil Travmatik Stres" puanı ile "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Çaresiz Yaklaşım" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde bir ilişki, "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" alt boyutlarından İyimser Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım ile negatif yönde bir ilişki belirlendi ($p < 0,05$).

Sonuç: İkincil travmatik stres yaşayan hemşirelerin stresle başa çıkma becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, hemşire, ikincil travmatik stres, stresle başa çıkma tarzları.

ABSTRACT

Introduction: Stress coping skills of nurses who experience secondary traumatic stress due to their profession are affected. Nurses experiencing secondary traumatic stress cause the loss of effective coping skills. This situation causes serious problems in both the professional and private lives of nurses.

Aim: It was aimed to examine the relationship between secondary traumatic stress levels and stress coping with styles in nurses.

Method: The research was carried out descriptively and relationally. The sample is; it created 119 nurses who consented to partake in the study. The data were gathered using the "Sociodemographic and Vocational Information Form", "Secondary Traumatic Stress Scale", and "Stress Coping Styles Scale". Data analysis was performed using descriptive and materiality analysis in SPSS 25.0 program.

Results: There is a statistically significant positive correlation between the nurses' "Secondary Traumatic Stress" score and the Desperate and Submissive Approach sub-dimension of the Stress-Coping Styles Scale and the "Stress-Coping Styles Scale" Helpless Approach sub-dimension of the Scale of Coping with Stress, and a negative correlation was determined with the Optimistic Approach and Self-Confident Approach sub-dimension ($p < 0,05$).

Conclusion: It was determined that the stress coping skills of nurses who experienced secondary traumatic stress were negatively affected.

Keywords: Health care workers, nurse, secondary traumatic stress, coping strategies.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Travmatik olaylar, bireyin hem yaşantısını hem de ruhsal ve fiziksel iyilik halini tehlikeye atan yıkıcı ve sarsıcı durumlardır. Travmatik yaşantılar ise, hayatın sona ermesi veya bu tehlikenin var olduğu, ağır yaralanma veya fiziksel sağlığı tehlikeye atan ve bireyin kendi deneyimlediği ya da tanık olduğu olaylardır (Amerikan Psikiyatri Birliği-APA,1994; İnci ve Boztepe, 2013).

Mesleği dolayısıyla travma mağdurlarıyla etkileşimde olan bireyler, travma mağdurlarının travmatik yaşantılarından dolayı yoldan etkilenmektedirler. Travmatik olayları ayrıntılarıyla dinleyen çalışanlarda, olayı yaşayan bireye karşı gösterilen empatik yaklaşımın sonucu olarak travma mağdurunun yaşadığı duygulara benzer duygular ortaya çıkarabilmektedir (Gökçe ve Yılmaz, 2018; Gürkan ve Yalçiner, 2017; Penix, Kim, Wilk ve Adler, 2018). İkincil travmatik stres olarak adlandırılan bu durumu ilk defa Figley (1995) tanımlanmıştır. Figley' e göre; ikincil travmatik stres, bireyin yaşadığı travmatik olayın öğrenilmesi sonucunda oluşan duygu ve davranışlar olduğu gibi, travma mağdurlarına yardımcı olma ya da yardımcı olma isteğinden kaynaklanan stres tepkisidir (Figley, 1995).

Travmatik uyarılara maruz kalan bireylerle etkileşimde olan hemşirelerde ikincil travmatik stres gelişebilir. İkincil travmatik stres deneyimleyen hemşirelerin, hem iş yaşantısı hem de sosyal yaşantısı olumsuz yönde etkilenmekte ve bu durum çeşitli sorunlara neden olmaktadır. İş performansında ve iş motivasyonunda azalma, iş değişikliği isteği, fiziksel ve ruhsal sağlığın olumsuz yönde etkilenmesi başlıca sorunlardır (Machado, 2018; Von Rueden ve ark., 2010).

Hemşirelerde ikincil travmatik stres ile ilgili yapılan uluslararası çalışmalarda hemşirelerin orta veya yüksek düzeyde ikincil travmatik stresi deneyimledikleri belirlenmiştir (Beck, Cusson ve Gable, 2017; Davies, 2013; Franza, Del Buono ve Pellegrino, 2015; Kim ve Choi, 2012; Machado, 2018; Meadors, Lamson, Swanson, White ve Sira, 2010; Morrison ve Joy, 2016; Zerach ve Shalev, 2015). Ülkemizde hemşirelerde; ikincil travmatik stres ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmış olup, uluslararası literatüre benzer şekilde hemşirelerin ikincil travmatik stres yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Bağrıyanık, 2019; Baysak, Zengin, Eroğlu, Utku ve Kaya, 2019; Günüşen, Üstün ve Besen 2018; Günüşen, Wilson ve Aksoy, 2018; Yasal ve Günüşen, 2019).

Stresle etkili başa çıkmak, hemşirelerde mesleki uyumun sağlanmasında, kaliteli bakım sunulmasında etkili olmaktadır. Stresle etkili başa çıkamayan hemşirelerde duygusal ve fiziksel sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar arasında kronik hastalıklarda artış, uyku sorunları, iş kazalarında artış, konsantrasyon bozuklukları, kaygı sorunları ve depresyon yer almaktadır. Bu durum hemşirelerin stresle etkili başa çıkmasının önemli olduğunu göstermektedir (Akbar, Elahi, Mohammadi ve Khoshknab, 2016; Missouriidou, 2017).

İkincil travmatik stres ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki

ilişkinin belirlenmesi, hemşirelerde bu durumun önlenmesine ve stresle başa çıkma kapasitesinin artmasına yardımcı olabilir. Bu çalışmada hemşirelerde ikincil travmatik stres ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Ulusal literatürde, hemşirelerde ikincil travmatik stres ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak, hemşirelerde ikincil travmatik stres ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. İkincil travmatik stres ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, hemşirelerde bu durumun önlenmesine ve stresle başa çıkma kapasitesinin artmasına yardımcı olabilir. Bu bakımdan bu çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmada, hemşirelerde ikincil travmatik stres ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Çalışmaya katılan hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyi nedir?
2. Çalışmaya katılan hemşirelerde stresle başa çıkma tarzları ile ikincil travmatik stres arasında bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 1 Şubat 2020-20 Mart 2020 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın uygulanacağı hastanede aktif çalışan 183 hemşire oluşturdu. Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile araştırmanın yapıldığı tarihlerde aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 119 hemşire örnekleme oluşturdu. Örneklem, evrenin %65'ini oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplamak için "Sosyodemografik ve Mesleki Bilgi Formu", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (SBÇTÖ) ve "İkincil Travmatik Stres Ölçeği" (İTSÖ) kullanıldı.

Sosyodemografik ve Mesleki Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür kapsamında geliştirilen formda hemşirelerin ikincil travmatik stres ve stresle başa çıkma tarzları açısından önemli değişkenleri kapsayan kişisel ve mesleki özelliklerini (medeni durum, çocuk sahibi olma, bireysel travma öyküsünün olması, bakım verilen hastanın durumundan etkilenme, iş yaşantısında kendini başarılı

bulma algısı, gece nöbeti tutma ve hastalarının maruz kaldığı travmadan etkilenme durumu) belirlemek üzere 8 sorudan oluşmaktadır.

İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)

Bride, Margaret, Yegidis ve Figley (2004) tarafından geliştirilen ölçek, travma deneyimleyen bireylerle çalışanların, travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla üç boyutlu olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, yeniden yaşama alt boyutu için 0,80, kaçınma alt boyutu için 0,87 ve aşırı uyarılma alt boyutu için 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin, Kahil (2016) tarafından tek boyutlu olarak geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ve Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Bride, Margaret, Yegidis ve Figley, 2004; Kahil, 2016). Bu çalışmada ise, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, 0,95 olarak bulundu.

Ölçek 17 maddeden oluşup, 5'li likert tipindedir. Travmatik olaylar yaşayan kişilerle çalışan meslek üyelerinin stres belirtilerini ölçmek amacıyla ikincil olarak geliştirmiş ve kişide son 7 gün içerisinde görülen belirtileri değerlendirmektedir. Ölçek maddeleri '(1) Hiçbir Zaman', '(2) Çok Az', '(3) Bazen', '(4) Sık Sık', '(5) Çok Sık' şeklinde ve 1-2-3-4-5 olarak puanlanmaktadır. Bir maddeden alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Ölçek toplamından ise alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. (Kahil, 2016).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından hazırlanmış ölçekte 66 madde bulunmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipinde, Şahin ve Durak (1995) tarafından madde sayıları azaltılıp Türkçeye uyarlanarak 30 madde olarak oluşturulmuştur. Ölçek "İyimser Yaklaşım (5 Madde)", "Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde)", "Çaresiz Yaklaşım (8 Madde)", "Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde)", "Sosyal Desteğe Başvurma (4 Madde)" olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte sosyal desteğe başvurma tarzı 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Alt ölçekler birbirinden bağımsız puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan hangi puan yüksek ise, stresle başa çıkma tarzlarından o alt boyutun daha çok kullanıldığı sonucuna ulaşılır. Ölçek "0 = Hiç uygun değil" ve "3 = Tamamen uygun" şeklinde puanlanmaktadır (Folkman ve Lazarus 1980; Şahin ve Durak, 1995).

Orijinal ölçek sorun odaklı başa çıkma tarzı ve duygu odaklı başa çıkma tarzı olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı dört aşamalı olarak rastgele iki alt boyut birbirinden bağımsız ölçüm yapılmıştır. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, "ilk ölçümde", 0,85-0,96, "ikinci ölçümde", "0,87-0,97", "üçüncü ölçümde" 0,90-0,97, "dördüncü ölçümde", 0,80-0,81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında beş boyutlu olarak geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ve Türkçeye çevrilmiştir. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı: "İyimser Yaklaşım" için 0,68, "Kendine Güvenli Yaklaşım" için 0,80, "Çaresiz Yaklaşım" için 0,73, "Boyun Eğici

Yaklaşım" için 0,70 ve "Sosyal Desteğe Başvurma" alt boyutu için 0,47 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı: "İyimser Yaklaşım" için 0,75, "Kendine Güvenli Yaklaşım" için 0,86, "Çaresiz Yaklaşım" için 0,68, "Boyun Eğici Yaklaşım" 0,62 ve "Sosyal Desteğe Başvurma" alt boyutu için 0,51 olarak bulundu (Folkman ve Lazarus 1980; Şahin ve Durak, 1995).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20 Kasım 2019 tarihinde 2019/0470 numaralı karar ile araştırma izni ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma uygulama izni alındı. Ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren araştırmacılardan gerekli izin alındı. Araştırmayı kabul eden katılımcılardan çevrimiçi onam alındı. Araştırmanın her aşaması etik kurallara uygun şekilde yürütüldü.

Verilerin Toplanması

Veri toplama formları katılımcılara Google Form aracılığı ile ulaştırılmıştır.

Covid-19 Dünyada ilk defa 29 Aralık 2019'da tespit edilmiştir. Türkiye'de ise, ilk vaka 11 Martta tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 11 Mart 2020 tarihinde COVID-19 hastalığını "Pandemi" olarak ilan etmiştir. Pandemi dönemi bu araştırmanın veri toplama sürecini etkilemiştir. Veri toplama 1 Şubat- 1 Nisan tarihleri arasında olması planlanmışken Covid-19 pandemisi nedeniyle araştırma sonuçlarının etkilenmemesi için 20 Mart tarihinde veri toplama sonlandırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 paket programı kullanıldı. Kolmogorov Simirnov normallik testi sonucunda verilerin normal dağıldığı belirlendi. Anlamlılık seviyesi, $p < 0,05$ ve r değeri $-1 \leq r \leq 1$ düzeyinde: $r = 0,00$ ilişki yok, $0,01 < r < 0,29$ düşük düzeyde ilişki, $0,30 < r < 0,70$ orta düzeyde ilişki $0,71 < r < 0,99$ yüksek düzeyde ilişki $r = 1,00$ çok yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edildi. Verilerin tanımlayıcı bilgileri ortalama, frekans ve standart sapma kullanılarak sunuldu. Parametrik veriler için One Way Anova testi ve t testi kullanıldı. Post Hoc testlerinden TUKEY Testi, anlamlı farklılık oluşturan grupları belirlemek için kullanıldı. Pearson Korelasyon analizi kullanılarak iki ölçek (İTSÖ ve SBÇTÖ) arasındaki ilişki analiz edildi.

Bulgular

Hemşirelerin %56,3'ü evli, %81,5'i hastaların maruz kaldığı travmadan etkilenmiştir. Hemşirelerin %83,2'i bakım verdiği hastaların durumundan etkilenmiştir. İş yaşantısında profesyonel desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen hemşirelerinin oranı %73,9'dur (Tablo 1).

Hemşirelerin İTSÖ puan ortalaması $40,6 \pm 14,7$ olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri (n=119)

| | n | % |
|---|----|------|
| Medeni Durum | | |
| Evli | 67 | 56,3 |
| Bekar | 52 | 43,7 |
| Çocuk Sahibi Olma | | |
| Hayır | 78 | 65,5 |
| Evet | 41 | 34,5 |
| Bireysel Travma Öyküsünün Olma Durumu | | |
| Evet | 57 | 47,9 |
| Hayır | 62 | 52,1 |
| Bakım Verilen Hastanın Durumundan Etkilenme | | |
| Evet | 99 | 83,2 |
| Hayır | 20 | 16,8 |
| İş Yaşantısında Psikososyal Desteğe İhtiyacı Olma Durumu | | |
| Evet | 88 | 73,9 |
| Hayır | 31 | 26,1 |
| İş Yaşantısında Kendini Başarılı Bulma Algısı | | |
| Nadiren | 3 | 2,5 |
| Zaman zaman | 23 | 19,3 |
| Sık sık | 65 | 54,6 |
| Her zaman | 28 | 23,5 |
| Gece Nöbeti Tutma Durumu | | |
| Evet | 83 | 69,7 |
| Hayır | 36 | 30,3 |
| Hastaların Maruz Kaldığı Travmadan Etkilenme Durumu | | |
| Evet | 97 | 81,5 |
| Hayır | 22 | 18,5 |

Tablo 2: Hemşirelerin İTÖ ve SBÇTÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları

| | Ort. | SS. | Min. | Max. |
|--|------|------|------|------|
| İkincil Travmatik Stres Ölçeği | 40,6 | 14,7 | 17 | 79 |
| Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutları | | | | |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 12,6 | 2,6 | 2 | 18 |
| İyimser Yaklaşım | 9,86 | 2,21 | 1 | 15 |
| Çaresiz Yaklaşım | 12,1 | 4,28 | 2 | 24 |
| Boyun Eğici Yaklaşım | 7,99 | 2,93 | 1 | 15 |
| Sosyal Desteğe Başvurma | 7,04 | 2,40 | 0 | 12 |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hemşirelerin SBTÖ alt boyutlarından en yüksek puan kendine güvenli yaklaşım (ort=12,6 ± 2,6), en düşük puan ise sosyal desteğe başvurma olduğu belirlenmiştir (ort=7,04 ± 2,40) (Tablo 2).

Bireysel travması olan hemşirelerin İTÖ toplam puanı bireysel travması olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak

Tablo 3: Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile İTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | n | Ort | SS | Test |
|---|----|------|------|------------------|
| Medeni Durum | | | | |
| Evli | 67 | 42 | 15,6 | t=1,235 |
| Bekar | 52 | 38,7 | 13,4 | p=0,0219 |
| Çocuk Sahibi Olma | | | | |
| Hayır | 78 | 39,8 | 13,9 | t=-0,751 |
| Evet | 41 | 42 | 16,2 | p=0,454 |
| Bireysel Travma Öyküsünün Olma Durumu | | | | |
| Evet | 57 | 46,2 | 13,8 | t= 4,27 |
| Hayır | 62 | 35,4 | 13,7 | **p=0,00 |
| Bakım Verilen Hastanın Durumundan Etkilenme | | | | |
| Evet | 99 | 42,6 | 14,3 | t=3,563 |
| Hayır | 20 | 30,4 | 12,3 | **p=0,001 |
| İş Yaşantısında Psikososyal Desteğe İhtiyacı Olma Durumu | | | | |
| Evet | 88 | 44,3 | 13,9 | t =5,18 |
| Hayır | 31 | 29,9 | 11,5 | **p=0,00 |
| İş Yaşantısında Kendini Başarılı Bulma Algısı | | | | |
| Nadiren | 3 | 51,6 | 10,2 | F=1,46 |
| Zaman zaman | 23 | 44 | 11,8 | p=0,229 |
| Sık sık | 65 | 40,2 | 14,5 | |
| Her zaman | 28 | 37,3 | 17,1 | |
| Gece Nöbeti Tutma Durumu | | | | |
| Evet | 83 | 43,1 | 14,8 | t=2,878 |
| Hayır | 36 | 34,9 | 13,1 | **p=0,005 |
| Hastaların Maruz Kaldığı Travmadan Etkilenme Durumu | | | | |
| Evet | 97 | 42,9 | 14,6 | t= 3,702 |
| Hayır | 22 | 30,6 | 11,2 | **p=0,00 |

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma t: T- Testi, F: One Way Anova Testi, ** p<0,05

anamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Gece nöbeti tutan hemşirelerin İTÖ toplam puanı gece nöbeti tutmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 3).

Bekar hemşirelerin iyimser yaklaşım ve kendine güven yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının, evli hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bireysel travma öyküsü olan hemşirelerin çaresiz yaklaşım alt boyut puanı bireysel travma yaşamayan hemşirelere göre, bireysel travma öyküsü olmayan hemşirelerin iyimser yaklaşım alt boyut puanı, bireysel travması olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bakım verdikleri

Tablo 4: Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile SBÇTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | n | Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu | | | İyimser Yaklaşım Alt Boyutu | | | Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu | | | Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu | | | Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı Alt Boyutu | | |
|---|----|-------------------------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|---------------------------------|------|-----------------|--|------|------------------|
| | | Ort. | SS | Test-p | Ort. | SS | Test-p | Ort. | SS | Test-p | Ort. | SS | Test-p | Ort. | SS | Test-p |
| Medeni Durum | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evli | 67 | 11,9 | 2,4 | t=-3,323 | 9,4 | 2,08 | t=-2,649 | 12 | 4,26 | t=-0,032 | 8,31 | 2,77 | t=1,362 | 7,16 | 2,19 | t=0,627 |
| Bekar | 52 | 13,5 | 2,6 | **p=0,001 | 10,4 | 2,25 | **p=0,009 | 12,1 | 4,36 | p=0,974 | 7,57 | 3,11 | p=0,176 | 6,88 | 2,66 | p=0,0532 |
| Çocuk Sahibi Olma | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hayır | 78 | 13 | 2,48 | t=1,941 | 10,2 | 2,15 | t=2,164 | 11,8 | 3,96 | t=-0,893 | 7,8 | 2,79 | t=-0,876 | 6,9 | 2,47 | t=-0,984 |
| Evet | 41 | 12 | 2,73 | p=0,055 | 9,3 | 2,24 | **p=0,033 | 12,6 | 4,87 | p=0,374 | 8,3 | 3,21 | p=0,383 | 7,3 | 2,29 | p=0,327 |
| Bireysel Travma Öyküsünün Olma Durumu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 57 | 12,5 | 2,35 | t=-0,236 | 9,4 | 1,93 | t=-2,216 | 12,9 | 4,2 | t=2,094 | 8,14 | 2,72 | t=0,528 | 7,31 | 2,08 | t=1,193 |
| Hayır | 62 | 12,7 | 2,82 | p=0,814 | 10,2 | 2,38 | **p=0,029 | 11,3 | 4,24 | **p=0,038 | 7,85 | 3,15 | p=0,598 | 6,79 | 2,65 | p=0,235 |
| Bakım Verilen Hastanın Durumundan Etkilenme | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 99 | 12,5 | 2,33 | t=-0,648 | 9,68 | 1,98 | t=-1,98 | 12,5 | 4,16 | t=2,452 | 8,18 | 2,73 | t=1,583 | 7,05 | 2,18 | t=0,085 |
| Hayır | 20 | 13 | 3,69 | p=0,518 | 10,7 | 3,04 | p=0,5 | 10 | 4,38 | **p=0,016 | 7,05 | 3,7 | p=0,116 | 7 | 3,37 | p=0,932 |
| İş Yaşantısında Psikososyal Desteğe İhtiyacı Olma Durumu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 88 | 12,1 | 2,17 | t=-3,409 | 9,56 | 1,93 | t=-2,521 | 12,8 | 4,16 | t=3,191 | 8,37 | 2,75 | t=2,451 | 6,92 | 2,09 | t=-0,928 |
| Hayır | 31 | 13,9 | 3,25 | **p=0,001 | 10,7 | 2,73 | **p=0,013 | 10 | 4,03 | **p=0,002 | 6,9 | 3,19 | **p=0,16 | 7,38 | 3,13 | **p=0,018 |
| İş Yaşantısında Kendini Başarılı Bulma Algısı | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nadiren | 3 | 12 | 4 | F=3,206 | 8,33 | 5,5 | F=0,828 | 18,3 | 4,93 | F=3,631 | 10,3 | 4,16 | F=1,108 | 5 | 1,73 | F=0,81 |
| Zaman zaman | 23 | 11,8 | 1,6 | **p=0,026 | 9,52 | 1,44 | p=0,481 | 13,4 | 3,97 | **p=0,015 | 8,6 | 2,65 | p=0,349 | 7,3 | 1,81 | p=0,491 |
| Sık sık | 65 | 12,4 | 2,59 | | 9,93 | 2,17 | | 11,6 | 3,71 | | 7,8 | 2,82 | | 7,03 | 2,28 | |
| Her zaman | 28 | 13,8 | 2,83 | | 10,1 | 2,42 | | 11,4 | 5,1 | | 7,71 | 3,25 | | 7,7 | 3,07 | |
| Gece Nöbeti Tutma Durumu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 83 | 12,7 | 2,45 | t=0,275 | 9,94 | 2,26 | t=0,553 | 12,48 | 4,13 | t=1,479 | 8,06 | 2,91 | t=0,386 | 7,06 | 2,51 | t=0,0125 |
| Hayır | 36 | 12,56 | 2,95 | p=0,784 | 9,69 | 2,14 | p=0,0581 | 11,22 | 4,58 | p=0,142 | 7,83 | 3,02 | p=0,7 | 7 | 2,19 | p=0,901 |
| Hastaların Maruz Kaldığı Travmadan Etkilenme Durumu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 97 | 12,69 | 2,41 | t=0,309 | 9,95 | 1,95 | t=0,856 | 12,39 | 4,42 | t=1,563 | 8,11 | 2,89 | t=0,95 | 7,2 | 2,26 | t=1,472 |
| Hayır | 22 | 12,5 | 3,38 | p=0,758 | 9,5 | 3,16 | p=0,394 | 10,82 | 3,43 | p=0,121 | 7,45 | 3,16 | p=0,344 | 6,36 | 2,92 | p=0,144 |

n:Sayı, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, t:T Testi, F:One Way Anova Testi, **p<0,05

hastanın durumundan etkilenen hemşirelerin, çaresiz yaklaşım alt boyut puanı, etkilenmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin İTSÖ toplam puanının SBÇTÖ alt boyutlarından; iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı, çaresiz yaklaşım ile arasında pozitif yönde anlamlı, düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 5).

Tartışma

Hemşirelerde ikincil travmatik stres ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulusal literatürde rastlanılmamıştır. Bu bakımdan çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucunda, hemşirelerin ikincil travmatik stres puanı (ort = 40,6 ± 14,7) olarak bulunmuştur. Bağrıyanık (2019) hemşirelerle yaptığı çalışmada ikincil travmatik stres

Tablo 5: Hemşirelerin İTSÖ Toplam Puanı ile SBÇTÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

| Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutları | İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı | | |
|---|---|----------|--------------|
| | n | r | p |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 119 | -0,254** | 0,005 |
| İyimser Yaklaşım | 119 | -0,230** | 0,012 |
| Çaresiz Yaklaşım | 119 | 0,294** | 0,001 |
| Boyun Eğici Yaklaşım | 119 | 0,180 | 0,050 |
| Sosyal Desteğe Başvurma | 119 | -0,190 | 0,329 |

n: Sayı, r: Korelasyon Analizi, ** p<0,05

puanı, (31,59±10,22) olarak belirlenmiş, Beck ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise, (38±11,63) olarak bulunmuş ve literatür ile uyumlu olarak, ikincil travmatik stres yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Bu araştırma sonucuna göre hemşireler stresle başa çıkma

tarzlarından en fazla kendine güvenli yaklaşımı ($ort=12,6 \pm 2,6$) ikinci olarak çaresiz yaklaşımı ($ort= 12,1 \pm 4,28$) kullanmaktadır. Benzer şekilde Adanır'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin en fazla kendine güvenli yaklaşımı ($ort= 12,76 \pm 3,63$) ikinci olarak ise, çaresiz yaklaşımı ($ort=8,41 \pm 4,36$) kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Akbar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin stresle hem etkili başa çıkma tarzlarını hem de etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları bildirilmiştir.

Bu araştırma bulgularına göre bekar hemşireler evli hemşirelere göre stresle etkili başa çıkma tarzlarını anlamlı olarak fazla kullanmıştır. Evlilikle birlikte hemşirelerin sorumlulukların artması ile daha fazla stresle karşılaşabilecekleri ve bu durumun stresle etkili başa çıkma becerilerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Penix ve arkadaşları'nın (2018) araştırma sonuçları bu araştırmanın bulgularıyla uyumlu olup medeni durumun stresle başa çıkmada önemli bir faktör olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada, çocuk sahibi olmayan hemşireler stresle etkili başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşıma daha fazla başvurduğu belirlendi. Göçmen Avcı, Öztürk, Azaklı ve Çekinmez'in (2018) çalışma sonuçları da bulgularımıza benzer şekilde çocuk sahibi hemşirelerin stresle etkisiz başa çıktıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk sahibi olan hemşirelerin olmayan hemşirelere göre daha fazla stresle karşılaşmış olabileceği ve daha fazla sorumluluğa sahip olması sebebiyle stresle başa çıkma tarzlarının etkilenebileceği düşünülmüştür.

Bu araştırma bulgularına göre bireysel travma öyküsü olan hemşirelerin ikincil travmatik stres puanı yüksek ve stresle etkisiz başa çıkma tarzlarını anlamlı olarak daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Travma yaşayan hemşirelerin hem stresle başa çıkma becerilerinin etkilenmiş olabileceği hem de empatik yaklaşım sergileyerek ikincil travmatik stres yaşayabilecekleri düşünülmüştür. Konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçları geçmişte travma öyküsünün olmasının ikincil travmatik stres üzerinde etkili olduğunu vurgulamaktadır (Baysak ve ark., 2019; Birinci ve Erden, 2016; Lepnurm ve ark., 2016; Özcan ve Mercan, 2016; Yasal ve Günüşen, 2019; Zara ve İçöz, 2015).

Bu araştırma bulgularına göre, bakım verdikleri hastaların durumundan etkilenen hemşireler stresle etkili başa çıkamadığı gibi, ikincil travmatik stres de yaşamaktadır. Hemşirelerin uzun süreli bakım ihtiyacı olan hastalara bakması, bu hastaların özellikle genç yaşta olması ve genel durumunun kötüleşmesi ile hemşireler üzüntü ve stresi derinden yaşamaktadırlar (Üstün ve Günüşen, 2018). Baysak ve arkadaşları'nın (2019) yaptığı çalışmada acil hekimleri, genç yaşta olan hastaların ani ölümünün kendilerinde travmatik bir etki yarattığını belirtmişlerdir.

Bu araştırma bulgularına göre, psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen hemşireler stresle etkili başa çıkamadığı gibi, ikincil travmatik stres yaşamaktadırlar. Psikososyal desteğe ihtiyacı olan hemşireler yüksek düzeyde

anksiyete yaşamaktadırlar (Güngör, 2019). Bu hemşirelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olması ile hem başa çıkma becerilerinin etkilendiği hem de ikincil travmatik stres yaşadığı düşünülmektedir. Psikolog, psikiyatr ve sosyal hizmet uzmanları gibi ruh sağlığı çalışanları ile yapılan çalışmalar bulgularımıza benzer sonuçlara ulaşmışlardır (Büyükbodur, 2018; Özkul, 2019)

Bu araştırma bulgularına göre işinde kendini başarılı bulan hemşirelerin stresle etkili başa çıktığı sonucuna ulaşılmış ancak mesleki başarı algısı, ikincil travmatik stres düzeyini etkilememiştir. Yapılan çalışmalarda araştırmamızı desteklemekte, mesleki başarı algısı düşük olan bireyler stresle etkili başa çıkamamaktadırlar (Ding ve ark., 2015; Hamid ve Musa, 2017; Nehir ve Güngör, 2019).

Bu araştırma bulgularına göre gece nöbeti tutan hemşirelerin tutmayanlara göre ikincil travmatik stres puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda gece nöbeti tutmak stresle başa çıkma tarzlarını etkilememiş olsa da vardiyalı çalışanlar çalışmayanlara göre daha stresli çalışma koşulları, iritabilite, sinirlilik ve kaygı yaşamaktadır (Güzel, Ökmen ve Yılmaz, 2018). Gece nöbeti tutmanın ikincil travmatik stresi arttıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu araştırma bulgularına göre; bakım verdikleri hastanın travmaya maruz kalması hemşirelerde ikincil travmatik stresi arttıran bir başka faktördür. Ludick ve Figley (2016) travma mağdurunun travmatik deneyimine ve acısına tanık olan çalışanlarının, bireye empati ve şefkat göstermesi ile ikincil travmatik stresi deneyimleyebileceklerini bildirmiştir. Literatürde travmaya maruz kalan hastalara bakım vermek veya hastaların maruz kaldıkları travmatik materyallere tanık olmanın hemşirelerde ikincil travmatik stresi arttığını bildirmişlerdir. (Davies, 2013; Nyagaya, 2015; Von Rueden ve ark., 2010).

Bu araştırma sonucuna göre, kendine güvenli yaklaşıma başvuran hemşireler ikincil travmatik stresi daha az deneyimlerken, çaresiz yaklaşım tarzına başvuran hemşirelerde ikincil travmatik stres daha fazla görülmektedir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Yasal ve Günüşen'in (2019) çalışmasında travma sonrası stres bozukluğu yaşayan hemşireler, stresle etkili başa çıkamamakta mesleklerinin olumsuz yanları düşünüp farklı kliniklerde çalışmayı veya mesleğini değiştirmeyi planlamaktadırlar. Literatürde çalışma bulgularımıza benzer şekilde ikincil travmatik stres yaşayan hemşirelerin etkisiz başa çıkma tarzlarını daha sık kullandığı bildirilmiştir (Baysak ve ark., 2019; Hamid ve Musa, 2017; Von Rueden ve ark., 2010). Bulgularımız literatürle uyumlu olup stresle başa çıkmanın ikincil travmatik stres ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid-19 pandemisi dolayısıyla araştırma süresinin planlanandan daha kısa tutulması katılımcı sayısını sınırlandırmıştır. Çalışma tek merkezli yapılmış olduğundan evrenin tümüne genellenemez.

Sonuç

Bu çalışmada, hemşirelerin bireysel travmatik deneyiminin olması ve travmatik deneyimi olan hastalara bakım vermesinin ikincil travmatik stresi arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. İkincil travmatik stresi deneyimleyen hemşirelerin ise, stresle etkili olmayan başa çıkma tarzlarını kullandıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin ikincil travmatik stres ile başa çıkması için stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi önemlidir. Bu anlamda hemşirelerin psikolojik açıdan güçlendirilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Psikolojik açıdan güçlenen hemşirelerin hem özel mesleki yaşantısının olumlu yönde etkileeneceği ve bu sayede bakım kalitesine olumlu yansımalarının olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda ikincil travmatik stresin hemşireler üzerindeki etkisini farklı değişkenlerle inceleyen araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışmanın etik kurul onayı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Tarih:20.12.2019, Karar No: 2019/0470)

Yazarların Katkı Düzeyleri: Fikir – Ş.KD ; Tasarım – Ş.KD,A.O; Denetleme – A.O; Kaynaklar – Ş.KD; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – Ş.KD ; Analiz ve/veya Yorum – Ş.KD, A.O; Literatür Taraması – Ş.KD; Yazıyı Yazan – Ş.KD, A.O.; Eleştirel İnceleme – Ş.KD,A.O.; Diğer – Ş.KD, A.O.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Adanır, A. (2019). Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Akbar, R.E., Elahi, N., Mohammadi, E., Khoshknab, M.F. (2016). What strategies do the nurses apply to cope with job stress?: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 55-64, doi:10.5539/gjhs.v8n6p55
- Amerikan Psikiyatri Birliği.(1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (Dördüncü baskı). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC' den çeviren Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Avcı, G. G., Öztürk, G., Azaklı, N., & Çekinmez, S. T. (2018). Özel Bir Grup Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 1-7.

- Bağrıyanık, Y. (2019). Psikiyatri yataklı servisinde çalışan hemşirelerin iş stresi ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eş duyum yorgunluğu arasındaki ilişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Baysak, E., Zengin, Eroğlu, M., Utku, Ç., Kaya, B. (2019). Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 36-47. doi:10.5505/kpd.2018.55707
- Beck, C.T., Cusson, R. M., Gable, R. K. (2017). Secondary traumatic stress in NICU nurses. *The National Association of Neonatal Nurses*, 17(6), 478-488. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000428> adresinden erişildi.
- Birinci, G.G., Erden, E. (2016). Yardım çalışanlarında üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31 (77), 10-26
- Bride, B.R., Margaret, M., Yegidis, B., Figley, C.R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.
- Büyükbodur, Ç.A. (2018). Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi, Doktora tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Davies, K. (2013). Predictors of secondary traumatic stress (STS) and burnout in paediatric nurses. Doctoral Thesis, University of Southampton, Faculty of Social and Human Sciences
- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X.,...Sui, H. (2015). The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among Chinese nurses. *Plos One*, 10(4). 122-128 doi:10.1371/journal.pone.0122128
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In *Compassion fatigue coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized*, 1-20. New York, NY: Routledge
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal Health Social Behavior*, 219-239.
- Franza, F., Del Buono, G., Pellegrino, F. (2015). Psychiatric caregiver stress: Clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 321-327
- Göçmen Avcı, G., Öztürk, G., Ataklı, N., Türker Çekinmez, S.(2018). Özel bir grup hastanesinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 1-7.
- Gökçe, G., Yılmaz, B. (2018). Afetlerde yardım çalışanları: İkincil travmatik stres ve başa çıkma. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(3), 198-204
- Güngör, N. (2019). Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Manisa.
- Günüşen, N., Üstün, B., Besen, D.B. (2018). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patient. *International Journal of Nursing Practice*, 25(12717), 1-8.
- Günüşen, N., Wilson, M., Aksoy, B. (2018). Secondary traumatic stress

- and burnout among Muslim nurses caring for chronically ill children in a Turkish hospital. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(2).
- Gürkan, A., Yalçın, N. (2017). Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 90 - 95
- Güzel, P.Ö., Ökmen, A.C., Yılmaz, O. (2018). Vardiyalı çalışma bozukluğu ve vardiyalı çalışmanın ruhsal ve bedensel etkileri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 71-83. doi:10.18863/pgy.336513
- Hamid, A.A. R. M., Musa, S. A. (2017). The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. *Journal of Mental Health*, 26(1), 28–35.
- İnci, F., Boztepe, H. (2013). Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi?. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 80-84. doi: 10.5505/phd.2013.29392
- Kahil, A. (2016). Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonellerin ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeyinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kim, H.J., Chooi, H. (2012). Emergency nurses' professional quality of Life: Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal Korean Academy Nursing Administration*. 18(3), 320-328.
- Lepnum, R., Nesdole, R., Dobson, R.T., Sánchez, C.N.P. (2016). The effects of distress and the dimensions of coping strategies on physicians' satisfaction with competence. *SAGE Open Medicine*, 4, 1-14 doi: 10.1177/2050312116643907
- Ludick, M., Figley, C.R. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Journal of Traumatology*, 23(1), 112–123.
- Machado, M. (2018). Secondary traumatic stress among emergency department nurses. Published Master Dissertation. Rhode Island College
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., Sira, N. (2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal of Death and Dying*, 60(2), 103-28. doi: 10.2190/om.6a.
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115 doi:10.1097/JTN.0000000000000274
- Morrison, L.E., Joy, J.P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11) , 2894–2906. doi:10.1111/jan.13030
- Nehir, S., Güngör, N. (2019). Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 174-180. doi: 10.34087/cbusbed.548466
- Nyagaya, L.A. (2015). Relevance of secondary traumatic stress, It 's predictive factors and coping strategies among psychotherapists in Nairobi and Nakuru counties of Kenya. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Özcan, C.T., Mercan, N. (2016). Hemşirelerin travma ile karşılaşma durumlarına ve kişilik özelliklerine göre empati ve tükenmişlik düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 11-17 doi: 10.5455/gulhane.182344
- Özkul, M. (2019). Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik Stres düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Penix, E., Kim, P. Y., Wilk, J. E., Adler, A. B. (2018). Secondary traumatic stress in deployed healthcare staff psychological trauma : Theory, research, practice, and policy. *APA PsycNet*. 11(1), 1–9.
- Şahin, N.H, Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Üstün, B., Günüşen, P.N. (2018). Terminal Hastalıklı Hastaların Hemşiresi Olmak: Güçlü Kalabilir miyiz? Cimete G. (Ed.), *Çocuklarda palyatif bakım; Terminal dönemdeki çocuk ve aileye yaklaşım* (s. 127-132). Ankara.
- Von Rueden, K.T., Hinderer, K.A., McQuillan, K.A., Murray, M., Logan, T.,..., Friedmann, E. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristic. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 191-200. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181ff2607
- Yasal, D., Günüşen, N.P. (2019). Acil serviste çalışan hemşirelerin travma sonrası stres belirtilerini etkileyen faktörler ve hemşirelerin baş etme yollarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 74-81.
- Zara, A., İçöz, F.J. (2015). Türkiye' de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 15–23.
- Zerach, G., Shalev, T. B. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 135–137. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.002

Araştırma makalesi / Research article • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1059689

Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Kullanımlarının Zaman ve Hasta Bakım Uygulamaları Yönünden Değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği

Evaluation of the Nurses Electronic Care Plan Uses in Terms of Time and Patient Care Practices: A Special Hospital Example

İlknur ÖZTÜRK¹ , Gamze VARLI¹ , Saliha KOÇ ASLAN² 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

İ.Ö. 0000-0001-6359-5273; G.V. 0000-0002-7000-1936;
S.K.A. 0000-0003-3348-8519

¹Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi, İstanbul

²Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul

Sorumlu yazar / Corresponding author: Uzm. Hem. İlknur Öztürk,
E-posta: ilknur.topal@acibadem.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 18.01.2022

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12.04.2022

Atıf / Citation: Öztürk İ., Varlı, G., Koç Aslan, S. (2022). Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Kullanımlarının Zaman ve Hasta Bakım Uygulamaları Yönünden Değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği. SBÜ Hemşirelik Dergisi, 4(1), 15-20. doi:10.48071/sbuhemsirelik.1059689

ÖZ

Giriş: Hemşirelik süreci yaklaşımı kullanılarak oluşturulan "hemşirelik bakım planı" sağlıklı ya da hasta bireyin sağlıklıla ilgili bireysel gereksinimlerinin tanımlanması ve tanımlanan bu gereksinimleri karşılamaya yönelik öz bakım verilmesini destekleyen, uygulamalara yön veren yazılı rehberlerdir.

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımları ile ilgili görüşlerini almak ve elektronik bakım planının zaman ve hasta bakım uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma 11 Şubat-29 Mayıs 2019 tarihleri arasında özel bir sağlık grubunun İstanbul, Kocaeli ve Bodrum'da bulunan dokuz farklı hastanesinde, 357 yatan hasta dosyası üzerinden hastanın primer hemşiresiyle yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür, prosedür ve talimatlardan yararlanılarak hazırlanan "Elektronik Hemşirelik Bakım Planı Kayıt İnceleme Formu" kullanılarak toplanmıştır. Veriler Microsoft Office Excel 2010 programında sayı ve yüzdelik dağılımlarına bakılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada toplam 357 hasta dosyası ve 1066 hemşirelik tanısı incelenmiş, 168 hemşire ile görüşülmüştür. Elektronik bakım planının sistem üzerinden değerlendirilmesi, hemşirelerin elektronik bakım planı ile ilgili görüşleri ve sistemin gelişmesi gereken yönleri ve yaşanan güçlükler saptanmıştır.

Sonuç: Elektronik bakım planlarının sisteme entegre edilmesi ile kurum içinde standart bakım uygulamaları oluşturduğu, yeni işe başlayan hemşirelere rehberlik ettiği, kayıt için harcanan zamanı azalttığı, güncel uygulamaların yayılımını hızlandırdığı, hemşireler için güvenilir bir veri tabanı oluşturduğu gibi olumlu görüşlerin yanı sıra sistemin sürekli güncellenmesi ve alt yapısının iyi olması gerektiği bununla birlikte sisteme ilişkin teknik sorunlar oluşabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta bakım planı; tıbbi kayıt sistemleri; bilgisayar; hemşirelik tanısı; hemşirelik bilişimi.

ABSTRACT

Introduction: The "nursing care plan" created by using the nursing process approach is the written guide that defines the individual health-related needs of the healthy or sick individual and supports self-care to meet these defined needs and guide the practices.

Aim: This study aimed to get the opinions of nurses about the use of electronic care plan and to evaluate the effect of the electronic care plans on time and patient care practices.

Method: The descriptive study was conducted between February 11 and May 29, 2019, in nine different hospitals of a private health group in İstanbul, Kocaeli, and Bodrum, by interviewing the primary nurse face-to-face over 357 inpatient files. The research data were collected by using the "Electronic Nursing Care Plan Record Review Form" prepared by the researchers using the literature, procedures, and instructions. The data were evaluated by looking at the number and percentage distributions in Microsoft Office Excel 2010 program.

Results: In the study, a total of 357 patient files and 1066 nursing diagnoses were examined, and 168 nurses were interviewed. Evaluation of the electronic care plan through the system, the views of the nurses about the electronic care plan, the aspects of the system to be developed, and the difficulties experienced were determined.

Conclusion: In addition to positive opinions such as integrating electronic care plans into the system, it creates standard care practices within the institution, guides newly recruited nurses, reduces the time spent on registration, accelerates the spread of current practices, creates a reliable database for nurses, as well as the continuous updating of the system and its infrastructure. However, it was concluded that there may be technical problems related to the system.

Keywords: Patient care planning; medical records systems; computer; nursing informatics; nursing diagnosis.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Hemşirelik süreci yaklaşımı kullanılarak oluşturulan "hemşirelik bakım planı" sağlıklı ya da hasta bireyin sağlıklı ilgili bireysel gereksinimlerinin tanımlanması ve tanımlanan bu gereksinimleri karşılamaya yönelik öz bakım verilmesini destekleyen, uygulamalara yön veren yazılı rehberlerdir (Yılmaz 2014; Çakırlar ve Mendi 2016; Eriş 2016).

Hemşirelik tanılarını, bireyin var olana da olası sağlık problemlerini önlemek, hafifletmek veya çözümlenmek için hemşirenin yasal olarak uygulamaya yetkili olduğu klinik kararlarıdır (Dikmen, Ak ve Yorgun 2015, Mendi 2016). Hemşirelik tanılamasının amacı; bireye, ailesi/yakınlarına ve topluma hemşirelik tanısı koyabilmek, hedefler ve bakımın sonuçlarını belirleyebilmek, hemşirelik girişimlerini planlayabilmek, planlanan girişimleri uygulayabilmek için gerekli bilgiyi toplamaktır (Korhan, Hakverdioğlu, Demiray, Akça ve Eker, 2015).

Sağlık hizmetleri alanında kullanılan bilgi ve verilerin oluşturulduğu, girildiği, paylaşıldığı ve sonuçlarının değerlendirildiği bilişim teknolojileri, sağlık bilişim sistemleri olarak adlandırılır. Bu sistemler sağlıklı veya hasta bireyin sağlık sorunlarının tanımlanması, bakım ve tedavisinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi ile birlikte sağlık bakım kalitesini geliştirmede önemli bir yere sahiptir (Bilgiç ve Şendir 2014). Literatürde hemşirelerin %59,4'ü ile %86'sı elektronik hasta bakım planlarının hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir (Demiray ve Babaoğlu 2021, Tsai, Eghdam, Davoody, Wright, Flowerday ve Koch 2020).

Elektronik tıbbi kayıtlar, sağlık bakımında kalite ve etkililiği geliştirmek için önemli bir yönetsel araçtır. Amerikan Hemşireler Birliği hemşirelik bilişimini, "hemşirelik bakımını sağlamak ve uygulamaları desteklemek için verilerin, bilgilerin ve enformasyonun kayıt altına alınması, yönetilmesi ve geliştirilmesi sürecine yardımcı olmak amacıyla bilgisayar, bilgi ve hemşirelik biliminin bir kombinasyonudur" şeklinde açıklamıştır (Buçan, Kırkbir ve Kurt, 2020). Hastane bilgi yönetim sistemi tarafından, hemşirelerin hastaya yönelik yaptığı uygulamaların ve hemşirelik bakım planlarının kayıt altına alınması, kayıtların güvenliği, zaman yönetimi ve iş yükünün azalması açısından oldukça önem taşımaktadır (Biral 2007; Hernandez ve ark. 2015; Kaya 2013).

Hemşirelikte bilişim teknolojilerinin, hemşirelik bakım uygulamalarındaki en temel yararı hastanın bakım ve tedavilerinin elektronik olarak kayıt altına alınması, hastaların sistem değerlendirmelerinin ve durum değişikliklerinin izlenmesi, sunulan bakım uygulamalarının sonuçlarının istatistiksel olarak değerlendirilerek diğer sağlık çalışanlarına aktarılmasını sağlamaktır (Ay 2009; Mendi 2016).

Hemşirelik bakım planının oluşturulmasında elektronik hasta kaydının kullanımının getirdiği yararlar açıktır. Bu sistemin en büyük avantajı, bakım planının yazılması için harcanan zamanı ve kırtasiyecilikle ilgili iş ve maliyet yükünü azaltıp hastaya ayrılan zamanı artırmasıdır. Ayrıca kayıt kaynaklı oluşabilecek hataları en aza indirerek veya önleyerek veri kaybını engellemektedir. Elektronik hasta kaydı, klinik alanlarda karar vermeyi ve hasta verilerini girerek problemin isimlendirilmesini kolaylaştırır (Büyükyılmaz ve Kaya, 2016; Lee, Mills ve Lu, 2009). Hemşirelik

bakım uygulamaları ve planlarında bir standart oluşturur, bakım planlarının bilgisayar ortamına uyarlanması ile gelişimlerine katkı sağlar. Hemşireler arasındaki etkin yazılı iletişimi geliştirir. Hasta ve ailesi için uygulanan bakımın tümüyle eksiksiz kaydedilmesini sağlar. Hasta kayıtlarının tam ve düzenli olarak tutulmasına yardımcı olur. Çalışmalar için veri tabanı oluşturur. Bu kayıtlar aynı zamanda dijital imzalı olduğu için hemşirenin herhangi bir hukuki durumda korunmasında yasal belge oluşturur ve hemşirenin sorumluluğunu artırır (Bilgiç ve Şendir 2014).

Oluşturulan elektronik bakım planlarına ait girişimler, hasta kartına girildiğinde ilgili hemşireye uyarı vererek zorunlu olarak hemşirelik uygulamalarına ilişkin hatırlatma yapar ve bunun sonucunda bakıma yönelik gözlem sayısı artar. Böylece gözlemlerin güvenilirliğinde ve doğruluğunda artış sağlanırken olası hataların göz ardı edilmesi azalır. Dolayısıyla verilen hemşirelik bakımının kalitesi artar (Büyükyılmaz ve Kaya, 2016). Elektronik bakım planları ve girişimleri aynı zamanda uygulamalara rehberlik ederek öğrenme aracı olarak kullanılır. Yönetici hemşirelerin hastaya verilen bakımı daha objektif değerlendirmelerine imkan sunar. Hastaya ait tüm kayıtların düzenli ve bir bütün halinde kolay ulaşılabilir olmasını sağlayarak hemşirelerin hasta değerlendirmeleri ve ihtiyaçlarına yönelik daha kapsamlı bakım planı hazırlayabilmelerine olanak sunar (Yılmaz, 2014).

Bu araştırma hemşirelerin elektronik bakım planlarının zaman yönetimine ve hasta bakım uygulamasına katkısı ile ilgili görüşlerinin alınması ve yaşadığı güçlüklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Amaç

Bu çalışma, hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımları ile ilgili görüşlerini almak, elektronik bakım planının zaman ve hasta bakım uygulamalarına etkisini değerlendirilmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Elektronik bakım planı kullanımının prosedüre ve talimata uygunluğu nedir?
2. Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımının zaman ve uygulamaya etkisi nedir?
3. Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımı konusundaki düşünceleri nelerdir?
4. Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanırken yaşadığı güçlükler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma özel bir sağlık grubunun İstanbul, Kocaeli ve Bodrum'da bulunan dokuz farklı hastanesinde, 11 Şubat-29 Mayıs 2019 tarihleri arasında yatan hasta servisi ve yoğun bakım ünitelerinde; onkoloji, iç hastalıkları, diyabet, algoloji, enfeksiyon, hematoloji, kemik iliği ve transplantasyon, deri hastalıkları ve yanıklar, endoskopi, kulak burun boğaz, kadın

hastalıkları ve doğum, tüp bebek ve üreme sağlığı merkezi, kardiyovasküler cerrahi ve yoğun bakım, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, göz cerrahisi, organ nakli, estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, göğüs hastalıkları ve cerrahisi, üroloji, ağız ve çene cerrahisi, çocuk hastalıkları, yenidoğan yoğun bakım, genel yoğun bakım, koroner yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini özel bir sağlık grubunun İstanbul, Kocaeli ve Bodrum'da bulunan dokuz farklı hastanesinde 11 Şubat-29 Mayıs 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastaların tıbbi kayıtları ve çalışan hemşirelerin görüşleri oluşturmuştur.

Örneklem sayısının belirlenmesinde; bir önceki yıla ait hasta sayılarına göre hazır örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu kullanılarak hastaneler ve klinikler bazında orantılı tabakalı örneklem yöntemi ile toplam hasta sayısı içinde ana kütleli %0,05 ve üstü orana sahip klinikler alınarak örneklem sayısı 400 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmaya tıbbi kayıtların incelenmesinde, araştırmacılara gönüllü olarak eşlik eden, yatan hasta servisleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 168 hemşire ve bakım verdikleri 357 hastanın tıbbi kaydı dâhil edilmiştir. Hastaların incelenen elektronik tıbbi kaydı içerisinde; elektronik hasta değerlendirme formu, elektronik hasta bakım planları, elektronik hasta ve yakınları eğitim kayıt formları ve elektronik bakım iş listeleri yer almaktadır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) International hemşirelik tanıları, tanımları ve sınıflandırma 2015-2017 kitabı, kurumun hasta bakım planı talimatı ve prosedürlerinden yararlanılarak hazırlanan 24 soruluk "Elektronik Hemşirelik Bakım Planı Kayıt İnceleme Formu" kullanılarak toplanmıştır. İki bölümden oluşan bu formun ilk bölümü dokuz sorudan oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde hastaya ilişkin; hangi kliniğe yatışının yapıldığı, tıbbi tanısı, kronik hastalığı, kullandığı ilaçlar ve demografik özellikler bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise hemşirelerin elektronik bakım planı atamalarını ve uygulamalarını değerlendirmek için hazırlanan hemşirelik tanısı atama basamakları; hemşirelik tanısının sınıflandırılmasını, bakım planı atamalarının hastanın kliniğine göre atanma durumunu, tanının (mevcut/olası) hastaya özgü seçilme durumunu, ilk 12 saat içinde hemşirelik bakım planı yapıma durumunu, hastanın durum değişikliğinde, shift değişiminde yeniden değerlendirilmesini, hemşirelik girişimlerinin seçimini, seçilen hemşirelik girişimlerinin hastaya özgü ve yeterli olup olmamasını, hemşirelik tanılarında son değerlendirmenin yapılıp yapılmasını içeren ve ayrıca hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımına ait görüşlerinin yer aldığı sorulardan oluşmaktadır. Oluşturulan formun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik onayı Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan (Karar No:2021-15/08), çalışma izni ise Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nden alınmıştır.

Verilerin toplanması

Araştırmaya başlamadan önce servis yönetici hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş, kendilerinden sözlü izin alınmıştır. Çalışmanın verileri bilgilendirme sonrası ilgili servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların elektronik kayıtlarından ve hastalara primer bakım veren 168 hemşire ile yüz yüze görüşerek veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Microsoft Office Excel 2010 programında sayı ve yüzdelik dağılımlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, hemşirelik tanısı atama basamakları ve hemşirelerin yaşadığı güçlüklerin yüzdelik hesaplamaları yapılmış, yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilen hemşire görüşlerine ait veriler ise kategorize edilerek, aynı anlama gelenler tek bir başlık altında toplanmış ve yüzdelik oranları hesaplanmıştır.

Bulgular

Çalışma için belirlenen 400 hasta dosyasından 357 hastanın tıbbi kaydına ulaşılmış ve 168 hemşire ile görüşülerek 1066 elektronik hemşirelik tanısı, 119 hemşire görüşü incelenmiştir. Hastaların cinsiyet olarak dağılımlarına bakıldığında %51,8'i kadın hasta (n:185), %48,2'sinin erkek hasta (n:172) olduğu görülmüştür.

Hemşireler tarafından hastalara atanan hemşirelik tanılarının %94,1'inin hemşirelik girişimlerinin seçildiği, tanıların %91,6'sının hastanın olası ve mevcut problemlerine özgü seçildiği, %88,5'inin son değerlendirmesinin yapıldığı görülmüştür (Tablo-1).

Hemşireler tarafından hastalara atanan bakım planlarına ait uygulamaların içeriklerine bakıldığında kurum tarafından

Tablo 1: Hemşirelik Tanılarının Uygunluğunun İncelenmesi (n:1066)

| Hemşirelik Tanılarının Uygunluğu | Evet | | Hayır | |
|---|------|-------|-------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Etiyolojisi hastaya özgü seçilme durumu | 976 | 91,60 | 90 | 8,4 |
| İlk 12 saat içinde hemşirelik bakım planı yapıma durumu | 916 | 85,90 | 150 | 14,1 |
| Hemşirelik bakım planı hastanın klinik durumu değiştiğinde değerlendirilmiş mi? | 698 | 65,50 | 368 | 34,5 |
| Hemşirelik bakım planı her shift değişiminde değerlendirilmesi | 550 | 51,60 | 516 | 48,4 |
| Hemşirelik girişimleri seçilme durumu | 1003 | 94,10 | 63 | 5,9 |
| Seçilen hemşirelik girişimlerinin yeterlilik durumu | 913 | 85,60 | 153 | 14,4 |
| Seçilen girişimler hastaya özgü olma durumu | 690 | 64,70 | 376 | 35,3 |
| Hemşirelik tanılarında değerlendirme durumu | 943 | 88,50 | 123 | 11,5 |

yazılım sırasında gruplara ayrılmış başlıklardan en çok seçilen hemşirelik girişim ve uygulama türünün %77,6'sının tanılama başlığında (n:5071), %9,6'sının eğitim (n:620), %8,3'ünün takip (n:538), %4,6'sının bakım (n:297) olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımı ile ilgili görüşlerini incelediğimizde; hemşirelerin %31,1'i (n:37) elektronik bakım planlarının, hasta bakımını planlama ve uygulamada kişileri yönlendirdiğini ve yeni başlayan hemşireler için kılavuz olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin %24,4'ü (n:29) bakım planlarının manuel yazma yerine sistemde kayıtlı olan tanımlar ve girişimler arasından seçilmesinin kayıt için harcanan süreyi azalttığını yani zaman yönetimini sağladığını, %11,8'si (n:14) kaliteli hasta bakımı verilmesini sağladığını belirtmiştir. Hemşirelerin %8,4'ü (n:13), elektronik bakım planı uygulamasının, hasta güvenliği kültürüne hizmet ettiğini ve hasta güvenliğini sağladığını, %14,3'ü (n:17) hasta bakımını standart hale getirdiğini, %5,9'u (n:7) hasta bakımına ayrılan süreyi artırdığını, %10,9'i (n:13) hasta ve araştırmalar için güvenli veri depolama alanı oluşturduğunu belirtmiştir (Tablo-2).

Hemşirelik tanıları oluşturulurken yaşanan güçlükler baktığımızda ise %18,8'i teknik veya sistemsel sorunları (n:174), %16,6'sı uygulanacak girişimin kullanılan program içinde yer almadığını (n:154), %16,1'i aynı tanının farklı bölümde tekrar yazılmadığını (n:149) hemşire tarafından bir tanı atandığında ve değerlendirildiğinde tekrar aynı sorun ile karşılaşıldığı takdirde sistemin hemşirelik tanısı atamasına

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hemşire Görüşleri (n:119)

| Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Görüşleri | Sayı | % |
|---|------|------|
| Hasta bakımını yönlendirerek hemşirelere rehberlik ediyor, bakımın planlanması ve uygulanması için hemşireyi yönlendiriyor. | 37 | 31,1 |
| Zaman yönetimine yarar sağlıyor | 29 | 24,4 |
| Hastalar için standart bakımı sağlıyor | 17 | 14,3 |
| Kaliteli bakım verilmesi sağlıyor | 14 | 11,8 |
| Hasta ve araştırmalar için güvenli veri depolama alanı oluşturuyor | 13 | 10,9 |
| Hasta güvenliğini kültürüne hizmet ediyor ve hasta güvenliğini koruyor | 10 | 8,4 |
| Standart girişimler ile bakımı planlamayı kolaylaştırıyor | 8 | 6,7 |
| Hasta bakımına ayrılan süreyi artırıyor | 7 | 5,9 |
| Etkili iletişimi sağlıyor, yanlış bilgi aktarımı ve yorumları önüyor | 7 | 5,9 |
| Yazım yanlışlıkları ve okunmama gibi sorunlarını ortadan kaldırıyor | 4 | 3,4 |
| Hemşirelere hastaları değerlendirme becerisi kazandırıyor | 4 | 3,4 |
| Hemşirelik girişimlerinden seçilen uygulamaların sistemde yer alan hemşire iş listesine yansımaları sağlıyor | 4 | 3,4 |
| Hastalara ait değerlendirme, bakım, tedavi gibi tüm uygulamalara bütün halinde ulaşılmasını sağlıyor | 3 | 2,5 |
| Kayıtların düzenli ve standart tutulmasını sağlıyor | 3 | 2,5 |
| Standart bakım ile hasta memnuniyetini artırıyor | 1 | 0,8 |

*Çalışmaya 168 hemşire katılmış olup 119 hemşire görüş bildirmiştir.

Tablo 3: Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Atarken Yaşadığı Güçlükler*

| Yaşanan Güçlükler | Sayı | % |
|--|------------|------------|
| Teknik veya sistemsel sorunlar | 174 | 18,8 |
| Girişimlerin revize edilememesi | 96 | 10,3 |
| Aynı tanının farklı bölümde tekrar yazılmaması | 149 | 16,1 |
| Uygun branşın olmaması | 137 | 14,8 |
| Uygulanacak girişimin olmaması | 154 | 16,6 |
| *Diğer | 218 | 23,5 |
| Toplam | 928 | 100 |

*Branşlarda tanıların ve girişimlerin yetersiz olması, tanıları seçerken tek tek seçilmesi ve, sayfanın her tanıda yenileme olması, tüm girişimler aynı anda çıkıyor olması, bazı bakım planlarının sistemsel sorun nedeniyle içeriğinin olmaması, bazı tanıların "risk" olarak olmadığı için "mevcut" tanı olarak atanması, sistemin yavaş olması, seçilen girişimler revize edilememesi (ekleme/çıkartma) yapılamaması, mükerrer girişimlerin olması, iş listesine birden fazla aynı girişimin düşmesi, uygun branşta tanı yetersizliği nedeniyle başka branş kategorisinde tanı aranması, yatış değişikliklerinde bakım planlarının eski yatışta kalması, arama motoruna tek kelime yazılması, tanıların sekonder olarak yazılmış olması şeklinde ifade edilmiştir.

izin vermediğini ve %23,5'i diğer yaşanan güçlükler (n:218) olarak değerlendirilmiştir (Tablo-3). Sisteme ilişkin yaşanan diğer güçlükler başlığı incelendiğinde ise çalışanların; %60,1'i tanıların ve girişimlerin yetersiz olduğunu (n:131), %11,5'i tanıların tek tek seçildiğini (n:25), %7,3'ü ise tanıları içerisindeki girişimlerin aynı anda çıktığını (n:16) belirtmiştir.

Sistemin gelişmesi gereken taraflarına yönelik çalışanların; %27,6'sı kliniğe özgü içeriğin yeterli hale getirilmesini ve güncellemeler yapılmasını (n:34), hemşirelik tanı alanında nadir görülen hastalıklar için hastaya özel tanı girilememesi nedeniyle %16,3'ü manuel bölüm eklenmesini (n:20), %15,4'ü tanıların uygun girişimlerin artırılmasını (n:19), %13'ü tanıları için sık kullanılanlar bölümü oluşturulmasını (n:16), %8,9'u çoklu seçim özelliğinin olmasını, sayfalar arası geçişlerde yenileme özelliğinin olmasını böylece seçilen tanıların silinmesinin önlenilebileceğini (n:11) belirtmiştir.

Tartışma

Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerinde bilginin üretimi, kullanımı, değerlendirilmesi, saklanması, yönetimi ve paylaşımı elektronik kayıt sistemleri üzerinde yapılmaya başlanmıştır. Sağlık sektöründe birçok hizmetin sunumunda kurumlar bu sistemin yararlarından faydalanmaktadır (Peker, Van Giersbergen ve Biçersoy, 2018). Çalışmamızda hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımı ve elektronik bakım planı hakkındaki düşünceleri ile ilgili bilgi vermek hedeflenmiş ve elektronik bakım planı kullanımının zaman ve hasta bakım uygulamalarına etkisi değerlendirilmiştir.

Hemşirelik tanılarının sınıflandırılarak elektronik sisteme entegre edilmesinin, hemşirelik kayıtlarının yapılandırılmasında temel oluşturduğu düşünülmektedir. Bu çalışmamızda da görüldüğü gibi elektronik hasta kaydı, verilerin toplanması aşamasında bilgiye ulaşımı kolaylaştırdığı ve güvenli bir depolama alanı (%10,9) oluşturduğu için iyi bir kayıt sistemi olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada manuel yazılı olarak tutulan hemşirelik verilerinde veri kaybının fazla olması, eksik

ve okunaksız olması nedeniyle var olan bilginin kullanımında kanıta dayalı araştırmalara veri sunmakta yetersiz kaldığı düşünülmektedir (Nakate, Dahl, Drake ve Petrucka, 2015). Lee ve Lee (2021) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelik kayıtlarının kâğıt üzerinden yapılan kayıttan dijital ortama taşınmasının dahi kaliteyi artırdığı, hemşirelik belgelerini standart hale getirdiği, bilgi gizliliğini sağladığı, bilgi eksiklerini azalttığı, hastaya özgü uygulamaları geliştirdiği, hemşirelik sürecinin kullanımını artırdığı, yanlış yorumlama ile ilgili riskleri azalttığı ve hemşireliğe ait verilere erişebilirliği artırdığı ifade edilmiştir.

Çakırlar ve Mendi (2016) yaptığı çalışmada katılımcıların %59,4'ünün elektronik hasta kayıtlarının hasta bakım kalitesine ve uygulamalarına olumlu yönde etki ettiğini belirtmiştir. Çalışmamızda da elektronik bakım planlarının kayıtları incelendiğinde %91,6'sının hastaya özgü seçildiği, %94,1'inin uygulanacak hemşirelik girişimlerinin hastaya uygun olduğu, %88,5'inin yapılan uygulamalar ile hedefe ulaşım ulaşılmadığının değerlendirildiği görülmüştür. Ayrıca çalışmamıza katılan hemşirelerin %31,1'i yeni başlayan hemşireler için rehberlik ederek bakım uygulamalarını yönlendirdiğini ve kılavuz olduğunu, %11,8'si elektronik bakım planı uygulamalarının hasta bakım kalitesini artırdığını, %6,7'si standart girişimlerle bakımı planlamayı kolaylaştırdığını ifade etmiştir.

Adereti ve Olaogun (2019) tarafından yapılan çalışmada manuel doldurulan kayıtların tıbbi hatalara ve zaman kaybına sebep olduğu yazım için gösterilen çabanın hemşirelerin iş yükünü artırdığı, hasta güvenliğini tehlikeye attığı ve verilerin eksik olmasına neden olabileceğine yönelik sonuçlara ulaşılmıştır. Koç (2006) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %79,7'sinin bilgisayar kullanımının zamanlarını almadığını ve iş yüklerini azalttığını, %84,4'ü bilgisayarların kayıt tutmak için harcanan zamanı azaltarak, hastaya ayrılan zamanı artırdığını, %82,8'i de bilgisayarların iş tekrarlarını önlediğini ifade etmiştir. Çakırlar ve Mendi (2016) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %57,5'i elektronik hasta kaydı kullanımının hasta bakımında güvenliği artırdığını belirtmiştir. Çalışmamızda da hemşirelerin %24,4'ü zaman yönetimi açısından elektronik bakım planlarının önemli olduğunu, kayıt için ayrılan sürenin azaldığını ve %5,9'u bakım için ayrılan süreyi arttırdığını ifade etmiştir.

Yapılan bir çalışmada ise; hemşirelerin %57,5'i personel yetersizliği nedeniyle planlamaların uygulamaya yansımada eksiklik olduğunu ve %54,9'u kayıt yapmak için yeterli zamanın olmamasını sistemin kullanılmasına ilişkin yaşadıkları güçlükler olarak belirtmiştir (Zaybak, İsmailoğlu ve Özdemir, 2016). Bizim çalışmamızda ise yeterli hemşire kadrosunun olması ve kayıt için yeterli bilgisayar sayısının planlanması nedeniyle hemşirelerin %18,8'i yaşadığı güçlüklerin başında teknik veya sistemsel sorunlar olduğunu, %16,6'sı uygulanacak girişimin olmamasını, %16,1'i aynı tanının farklı bölümde tekrar yazılamamasını ve %23,5'i tanılarının ve girişimlerin yetersiz olması, tanılar içerisindeki girişimlerin aynı anda çıkması, tanılarının tek tek seçilmesi, ilgili branşta tanı olmadığına tüm branş içerisinde uygun hemşirelik tanısının aranması gibi diğer yaşanan güçlükler olduğunu belirtmiş olup iki çalışmanın sonuçları farklılık göstermiştir.

Yapılan bir çalışmada elektronik sistemde yer alan hemşirelik sürecinin kaliteli ve verimli çalışabilmesi için sistemdeki hemşirelik tanılarının değerlendirilmesini, eksikliklerin giderilmesini, değişen bilgilerin güncellenmesini ve hasta bakımına olan etkisinin araştırılması gerektiğini vurgulamıştır (Häyriinen, Lammintakanen ve Saranto, 2010). Demiray ve Babaoğlu (2021) çalışmasında sistemde yer alan hemşirelik tanılarının hastaların durumlarında farklılıklar geliştiğinde yetersiz kalabildiğini ve bu durumu çözümlenmede manuel girişimlerin yapılabilmesi için bir sistem kurulmasının kişiye özel bakımın sağlanmasında etkili olabileceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda da tıbbi kayıtlardan yapılan incelemede seçilen hemşirelik girişimlerinin hastaya özgü olma durumu %85,6 olarak belirlenmiş ve hemşireler, sistemde gelişmesini istedikleri ve revizyon ihtiyacı duydukları alanları bildirmiştir. Sistemde gelişmesi gereken konulara yönelik çalışanların %27,6'sı klinik içeriğinin yeterli hale getirilmesini ve güncellemeler yapılmasını, %16,3'ü hemşirelik tanı alanına hastaya özel tanı girilememesi nedeniyle manuel bölüm eklenmesini, %15,4'ü tanılara uygun girişimlerin artırılmasını belirtmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından kurumun yalnızca İstanbul'da bulunan hastanelerine gidilerek yürütülmesi, Kocaeli ve Bodrum hastaneleri için bu hastanelerin eğitim hemşirelerinden destek alınması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Sonuç

Bu çalışmada, hemşirelerin elektronik bakım planını aktif kullanıldığı, seçilen hemşirelik tanılarının ve girişimlerin hastaya özgü seçildiği, uygulandığı ve değerlendirildiği görülmüş olup hemşirelerin ifadelerinden elektronik ortamda yapılan bakım planlarının zaman yönetiminde etkin olduğu, yeni başlayan hemşirelere uygulamalarda rehberlik ettiği, bakımı standart hale getirdiği, değerlendirme becerisi kazandırdığı, hasta güvenliğini koruduğu, kaliteyi artırdığı ve güvenli veri depolama alanı oluşturduğuna dair sonuçlara ulaşıldı.

Bu nedenle elektronik bakım planlarının etkin ve etkili kullanımı için hastanelerde bilişim hemşirelerinin görevlendirilmesi önerilebilir. Bu sayede, hemşirelere rehberlik etmesi, yaşanabilecek aksaklık veya sistem gelişimi açısından hastane bilgi sistemleri ile entegre çalışılması, kullanıcılara hasta bakım kalitesi ve veri güvenliğini arttırmak için düzenli aralıklarla eğitim verilmesi ve eğitimlerin güncellenmesi ile etkin kullanımı artıracığı düşünülmektedir.

Elektronik bakım planlarının sağlık sisteminde hemşireliğin katkısını görünür ve ölçülebilir kılmaya, standartlaştırılmış belgelerin geliştirilmesini sağlama ve sağlık kayıt sisteminde yer alan bakım uygulamalarına ait verilerin yeniden değerlendirilmesini kolaylaştırma gibi hemşirelik sürecine katkılar sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle, elektronik bakım planlarının etkili kullanılması amacıyla sistemin eğitim ve uygulamalarla sürekli geliştirilmesi, yaşayan bir sistem olarak kullanılması, belirlenen periyotlarda denetlenmesi ve revizyon ihtiyaçlarının ve yeni tanılarının oluşturulması da önerilmektedir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışmanın etik kurul onayı Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan alınmıştır. (Tarih:12.02.2018, Karar No:2018-19/9) , (Başlık revizyonu sonrası etik kurul onayı Tarih:12.08.2021,Karar No:2021-15/08)

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı - SKA; Veri Toplama / Literatür Tarama - İÖ, GV; Verilerin Analizi ve Yorumlanması - İÖ, GV; Makalenin Hazırlanması - İÖ, GV; ve Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi - SKA.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Adereti, C. S., & Olaogun, A. A. (2019). Use of Electronic and Paper-based Standardized Nursing Care Plans to Improve Nurses' Documentation Quality in a Nigerian Teaching Hospital. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(4), 219-227.
- Ay, F. (2009). Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(2), 131-136.
- Bilgiç, Ş., ve Şendir, M. (2014). Hemşirelik bilişimi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 24-28.
- Bırol, L. (2014). Hemşirelik süreci. İzmir; Etki Matbaacılık ve Yayıncılık. s.97-241.
- Buçan Kırkbir, İ. (2020). Kurt T, Hemşirelik bilişimi ve karar verme sürecinde klinik karar destek sistemlerinin önemi, hemşirelik bilimi dergisi; 3 (3), 28-31.
- Büyükyılmaz F., ve Kaya H. (2016). Elektronik hemşirelik kayıtlarının yapılandırılması: sistematik literatür incelemesi. *F.N. Hem. Derg.* 24(2), 106-117.
- Çakırlar A., ve Mendi B. (2016). Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2(1), 32-39.
- Demiray T., ve Babaoğlu E. (2021). Hemşirelerin elektronik ortamda uygulanan bakım planlarına yönelik görüşlerinin incelenmesi: Nitel bir çalışma, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(1), 11-17.
- Dikmen, Y., Ak, B., ve Yorgun, S. (2015). Teorikten pratiğe: Bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulaması. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 162-167.
- Hüseyin, E. R. İ. Ş. (2016). Hemşirelerin hastanelerde kullandıkları elektronik tıbbi kayıtlar hakkındaki görüşleri: Şanlıurfa örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(3), 93-99.
- Häyrynen, K., Lammintakanen, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*. 79(8), 554-564.
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., ... & CUISAM GROUP. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92-98.
- Kaya, N. (2013). Hemşirelik süreci. İç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 47-77.

- Koç, Z. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında bilgisayar kullanımı konusundaki görüşlerinin belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 10, 29-40.
- Korhan, EA., Hakverdioğlu, Yönt G., Demiray, A., Akça, A., ve Eker, A. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(1), 16-21.
- Lee, M., & Lee, S. (2021). Implementation of an electronic nursing record for nursing documentation and communication of patient care information in a tertiary teaching hospital, computers, Informatics, Nursing. 39(3), 136-144.
- Lee, T. T., Mills, M. E. E., & Lu, M. H. (2009). The multimethod evaluation of a nursing information system in Taiwan. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 27(4), 245-253.
- Mendi B. (2016). Sağlık bilişimi ve güncel uygulamalar. Nobel Tıp Kitapevi. 128-139.
- Nakate, G., Dahl, D., Drake, K. B., & Petrucka, P. (2015). Knowledge and attitudes of select Ugandan nurses towards documentation of patient care. *African Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 056.
- NANDA. (2017). International hemşirelik tanıları, tanımlar ve sınıflandırma 2015-2017, Nobel Tıp Kitapevi.
- Peker, S., Van Giersbergen, M., ve Biçersoy, G. (2018). Sağlık bilişimi ve Türkiye'de hastanelerin dijitalleşmesi, *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 3(3), 81-121.
- Tsai, C. H., Eghdam, A., Davoody, N., Wright, G., Flowerday, S., & Koch, S. (2020). Effects of electronic health record implementation and barriers to adoption and use: a scoping review and qualitative analysis of the content. *Life*. 10(12), 327.
- Yılmaz, A. (2014). Kanser hastalarının bakımına yönelik klinik karar destek sisteminin uygulanması ve hemşirelerin görüşleri. Erişim adresi (17.05.2018.): <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/1512>.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, GE., ve Özdemir, H. (2016). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasındaki güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4).

Araştırma makalesi / Research article • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1011258

Prematüre Bebeklerde Cilt Hasarını Azaltmada Şeffaf Cilt Örtüsü Kullanmanın Etkisi¹

The Effect of Using Transparent Skin Cover on Reducing Skin Damage in Prematured Infants

Cansu ARSLAN² , Nuran AYDIN ATEŞ³ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:
C.A: 0000-0002-4250-6929; N.A: 0000-0003-0582-1484

¹Bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik alanında yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

²İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı), İstanbul

³İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.

Sorumlu yazar / Corresponding author: Cansu ARSLAN,
E-posta: msc.cansuarslan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 18.10.2021
Kabul tarihi / Date of acceptance: 15.04.2022

Atıf / Citation: Arslan C., ve Aydın Ateş N. (2022). Prematüre bebeklerde cilt hasarını azaltmada şeffaf cilt örtüsü kullanmanın etkisi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 21-26. doi:10.48071/sbuhemsirelik.1011258

ÖZ

Giriş: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin gereksinimleri doğrultusunda ciltlerine tespit/sabitlenme gerektiren entübasyon, orogastrik sonda, damar yolu katateri gibi çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. Farklı yapışkan özellikte malzemeler ile cilde yapılan sabitlemeler prematüre bebeklerin yerince gelişmemiş olan cildinin hasar görmesine neden olabilmektedir. Tespite bağlı ciltte oluşan hasarın azaltılması ya da önlenmesine yönelik uygulamalar hemşirelik bakımında önemli yer tutar.

Amaç: Bu çalışmada, bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ), prematüre bebeklerin ciltlerinin tespite bağlı hasarlardan korunması için amprik olarak başlamış ve rutin haline gelmiş olan şeffaf cilt örtüsünün kullanımının etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan prematüre bebekler çalışma ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış, her iki gruptaki bebeklerin cildi tüp tespit işleminden önce ve tespitten 24 sonra Yenidoğan Cilt Durum Skalası (Neonatal Skin Condition Scale-NSCS) ile değerlendirilmiş, sadece çalışma grubunda yer alan bebeklerin ciltlerine şeffaf koruyucu uygulanmıştır.

Bulgular: Şeffaf cilt koruyucu uygulanan çalışma grubundaki bebeklerin uygulama sonrası NSCS puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. ($p < 0,05$). Prematüre bebeğin doğum haftası azaldıkça cilt hasar oranının her iki grup içinde arttığı belirlenmiştir. Cilt hasarı puanı çalışma ve kontrol gruplarında doğum kilosu, gestasyon haftası, cinsiyet ve invazif/noninvazif solunum desteği uygulanması durumuna göre değişiklik göstermemiştir ($p > 0,05$).

Sonuç: Orogastrik tüp ya da endotrakeal tüpün cilde sabitlenmesi öncesinde şeffaf cilt örtüsü uygulanması prematüre bebeklerin cildinin korunmasında etkili bir yöntem olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bebek; prematüre; cilt; hemşire.

ABSTRACT

Introduction: In line with the needs of premature babies hospitalized in the neonatal intensive care unit, various applications such as intubation, orogastric tube, vascular access catheter, which require fixation / fixation on their skin are performed. Fixings to the skin with different adhesive materials can cause damage to the skin of premature babies, which is not developed enough. Applications to reduce or prevent damage to the skin due to detection are important in terms of nursing care.

Purpose: In this study, it was aimed to determine the effect of the use of transparent skin cover, which started empirically and became routine, in order to protect the skin of premature babies from damage due to fixation in a neonatal intensive care unit (NICU).

Method: Premature babies meeting the sampling inclusion criteria were divided into intervention and control groups. The skin of the babies in both groups was evaluated with the Neonatal Skin Condition Scale (NSCS) before and 24 hours after tube fixation has been applied.

Results: It was determined that the NSCS scores of the babies in the intervention group who were applied transparent skin protector were lower than the control group after the application ($p < 0,05$). It was determined that as the birth week of the premature baby decreased, the rate of skin damage increased in both groups. The skin damage score did not differ in the intervention and control groups according to birth weight, gestational age, gender, and invasive/non-invasive respiratory support ($p > 0,05$).

Conclusion: Applying a transparent skin cover before fixing the orogastric tube or endotracheal tube to the skin is an effective method to protect the skin of premature babies.

Keywords: Baby; premature; skin; nurse.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Prematüre yenidoğan bebeklerde cilt ve cilt altı dokusu incedir. Bu nedenle, dış etkenlere karşı matür bebeklere göre daha hassastırlar (Dağoğlu ve Görak, 2008; Fluhr, Darlenski ve Taieb, 2010). Yenidoğan bebeklerde perkütan emilim oranının yüksek olması ve prematüre bebeklerde transepidermal su kaybının yüksekliğine bağlı cildin kolaylıkla dehidratasyonu gibi nedenlerle cildin hassasiyeti artar ve hasara uğraması kolaylaşır (Tatlı ve Gürel, 2002; Utaş, 2011; Akpınar ve Göçmen, 2014). Yenidoğan döneminde epidermal bariyerin gelişimini tamamlamamış olması, küvöz ortamının sıcak ve nemsiz olması, takılan damar yolu ve katater tespitleri gibi nedenlerle cilt bütünlüğü bozulabilmekte; ciltte kuruluğa, mikrobiyal kolonizasyonun hızla başlamasına ve perkutan ilaç toksisitesine sebebiyet verebilmektedir (Tatlı ve Gürel, 2002; Serdaroğlu ve Çakıl, 2008; Utaş, 2011; Akpınar ve Göçmen, 2014).

Yenidoğan yoğun bakım sürecinde prematüre bebeklerin cildi- ne tespit gerektiren entübasyon, orogastrik sonda, damar yolu katateri gibi çeşitli uygulamalar yapılmakta, bu uygulamalar prematüre bebeklerin yeterince gelişmemiş olan cildinin daha fazla hasar görmesine neden olmaktadır. Altıntaş (2016) tarafından yapılan bir çalışmada yenidoğan yoğun bakımda yatan yenidoğanların %84' ünde cilt hasarı tespit edilmiştir. Cildi bu denli hassas olan prematüre bebeklere yapılan uygulamalar sırasında hematoma, eritem, soyulma, ekimoz ve püstül gibi hasarlar oluşabilmektedir. Flasterlerin cilde direk uygulanması özellikle yüz bölgesinde kullanılması cilt hasarının bu bölgede fazla görülmesine yol açmaktadır (Altıntaş, 2016).

Prematüre bakımının önemli bir kısmını kapsayan cilt bütünlüğünün sağlanması ve korunması uygulamaları hemşirelik uygulamalarında önemli yer tutar. Yapışkan maddeler ile yapılan tespitlerin yol açtığı hasarların önlenmesi için, topikal ilaç kullanımı, yara iyileşme uygulamaları ve oklüzif sargılar (polimer filmler, polimer köpükler, hidrojel sargılar, hidrokolloid sargılar, alginat) gibi uygulamalar yapıldığı bilinmektedir (Yapucu Güneş ve Eşer, 2006; Çalısır ve Güler, 2011; Utaş, 2011; Blume-Peytavi, Hauser, Stamatias, Pathirana, Garcia, 2012; Akpınar, 2014). Hemşireler doğal yağlar gibi geçerliliği kanıtlanmış yöntemlerin yanısıra kendi çalışmalarından kaynaklı uygulamalara da başvurabilmektedir (Kusari ve ark., 2019; Çağlar Kerimoğlu, Bakoğlu ve Salihoğlu, 2020). Örneğin; bir kamu hastanesinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)' nde çalışan hemşireler, prematüre bebeklerin ciltlerini tespite bağlı hasarlardan korumak amacı ile şeffaf cilt örtüsü kullanmaya başlamışlardır. Bu uygulama zaman içerisinde rutin hale dönüşmüştür. Uygulamaya kanıt aranması amacı ile yapılan literatür taramasında konuyla ilgili bir kanıt rastlanmamıştır.

Amaç: Bu çalışma ile halihazırda rutin olarak kullanılan şeffaf örtü kullanımının prematüre bebeklerin cilt hasarını azaltmada ki etkisinin belirlenmesi ve çalışma sonuçlarına kanıt oluşturmaya katkı vermesi amaçlanmıştır.

Araştırmada şu hipotezlere yanıt aranmıştır;

H0. Prematüre bebeklere Orogastrik Sonda (OGS) veya Endotrakeal Tüp (ETT)+ Orogastrik Sonda (OGS) uygulaması sırasında kullanılan şeffaf cilt koruyucu örtüsünün cilt hasarı üzerine etkisi yoktur.

H1. OGS veya ETT + OGS uygulaması öncesi şeffaf cilt koruyucu örtü kullanılan bebeklerde cilt hasarı daha azdır.

Yöntem

Araştırmanın Türü: Bu çalışma yarı deneysel bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri: Çalışma, İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin YYBÜ de Aralık 2016- Temmuz 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma Grubu: Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Çalısır ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan Yenidoğan Cilt Durum Skalası farkına ilişkin etki büyüklüğü (effect size) 0,330 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,615 etki büyüklüğünde her bir grupta 46 kişi olmak üzere 92 kişiye ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir (F=3,947). Olası vaka kayıpları değerlendirilerek çalışma grubu için 60 ve kontrol grubu için 60 yenidoğan olmak üzere çalışmanın toplam 120 yenidoğan ile yürütülmesine karar verilmiştir.

Aralık 2016 tarihinden itibaren YYBÜ' nde yatan, 24-31 hafta (ileri derecede prematüre) ve 32- 36 hafta arası (orta derecede prematüre) olan, OGS ve ETT tespiti yapılan 120 bebek örneklem olarak alınmıştır. Örneklem, şeffaf cilt örtüsünün uygulandığı çalışma grubu (60 bebek) ve şeffaf cilt örtüsü uygulanmayan kontrol grubu (60 bebek) olarak ayrılmıştır. Araştırma süresi kısıtlılığı nedeni ile her iki gruba da sadece OGS uygulanan ya da OGS+ ETT birlikte uygulanan bebekler alınmıştır.

Örneklem dahil edilme kriterleri; Bebekler örneklem alınırken, doğum haftasına (gestasyon haftasına göre, 24-31 hafta ve 32-36 hafta) dikkat edilmiştir. Çalışmaya sadece orta derece ya da sadece ileri derecede prematüre alınması planlanmış ancak veri toplama süresinde yatışı yapılan hasta sayısı yeterli olmadığından her iki gruptan bebek dahil edilmiştir. Vücut ağırlıkları, aynı numarada OGS ve ETT uygulanması, küvöz içi nem ve ısı ayarlarının aynı olması örneklem dahil edilme kriterlerindedir. Cinsiyet farkı gözlemlenmemiş, her iki gruba da doğumdan itibaren 24 saatini geçirmiş olan bebekler alınmıştır. Aynı zamanda her iki grupta da ETT ve OGS ler için küvöz içine tüplerin ağırlıktan kaynaklanan baskısını azaltan sabit askılar kullanılarak şeffaf örtüye olan etkisinin izole edildiğinden emin olunmuştur.

Örneklem dışı bırakılma kriterleri: Doğuştan cilt hasarı olan (ik-tiyozis gibi), metabolik hastalığı olan, hidrops vb cilt koruyucunun etkisinin ayırt edilmesini güçleştirecek sorunu olan bebekler, fototerapi alan, küvöz içi nemi yüksek tutulan ya da cilde farmakolojik uygulamalar yapılan bebekler alınmamıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırma verilerinin toplanmasında,

araştırmacı tarafından oluşturulan, prematüre yenidoğan hasta bilgi formu ve Yenidoğan Cilt Durum Skalası (NSCS) kullanılmıştır.

Prematüre Yenidoğan Hasta Bilgi Formu, hastanın gestasyonel doğum haftası, doğum tarih ve saati, doğum kilosu, post-natal yaş, doğum şekli, cinsiyeti gibi demografik veriler ile birlikte; apgar skoru, OGS, ETT, umbilikal katater varlığı, damar yolu varlığı, invaziv/noninvaziv solunum desteği, ciltte ödem varlığı, hastanede yatış nedeni gibi bilgileri içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

Yenidoğan Cilt Durum Skalası (NSCS), yenidoğanın cildindeki kuruluk, kızarıklık, soyulma/bozulmayı değerlendiren üçlü likert tipi bir ölçektir. Araştırmada kullanılan NSCS'nin geçerliği (uyum geçerliği); Pearson Korelasyon katsayıları dikkate alınmış, gözlemciler arasında görülen toplam puan korelasyonlarının 0,72 ile 0,88 arasında değişmekte olduğu ve istatistiki bakımdan bunun önemli olduğu Çalışır, Karabudak, Güler, Aydın ve Kaynak Türkmen (2016) tarafından yapılan çalışma sonucu ortaya konmuştur. Ölçek puanının değerlendirilmesinde her kriter; 1 en iyi 3 ise en kötü olacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 9 iken en düşük puan ise 3'tür. Ölçek puanının yükselmesi cildin durumunun kötü olduğu anlamına gelmektedir (Çalışır, Karabudak, Güler, Aydın ve Kaynak, 2016).

Araştırmanın Etik Yönü: Bu çalışma için etik kurul onayı İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınmıştır (Tarih: 20/10/2016 ve Sayı No: 10840098-604.01.01-E.20903). Araştırmada kullanılan ölçek için ölçeği geliştiren araştırmacılardan mail yolu ile izin alınmıştır. Araştırmaya seçilen örneklemde gönüllülük esas alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kapsamına alınan bebeklerin aileleri yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Ön Uygulama: Ön uygulama, sekiz preterm bebek ile gerçekleştirilmiş, yarısına şeffaf örtü uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda herhangi bir düzenlemeye gidilmemiş, ön uygulamadaki vakalar çalışma ve kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Uygulama: YYBÜ'ne yatırılan ve örneklem kriterlerini sağlayan yenidoğanların aileleri ile görüşülmüş ve çalışma anlatılmıştır. Çalışma izni alınan bebekler sırası ile bir çalışma bir kontrol grubu olarak alınmıştır. Her iki grup içinde 24 saatini dolduran bebeklerin NSCS ile cilt değerlendirmeleri yapıлып, veri toplama formları doldurulmuştur. Çalışma grubundaki bebeklerin OGS ve ETT tespiti öncesinde şeffaf cilt örtüsü yapıştırılırken, kontrol grubundaki bebeklerin cildine yapıştırılmamıştır. Her iki grubun OGS ve ETT tüpleri küvöz içi askı ile küvöz tavanına sabitlenerek ağırlık etkisi bertaraf edilmiştir. Çalışma grubundaki bebeklerin cildinden şeffaf cilt örtüsü tespit işleminden 24 saat sonra çıkarılmıştır ve sonrasında NSCS ile cilt değerlendirmesi yapılmıştır. Kontrol grubundaki bebeklerden ise flasterler çıkarılarak NSCS ile cilt değerlendirmesi yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. (IBM Corp. Armonk, NY: USA. Released 2012) programı kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Çalışma- kontrol grubunun demografik gözlemler ve diğer nominal (kategorik) değişkenler ile karşılaştırılmasında çapraz tablolar, Ki-kare istatistiği ve Fisher kesin testi kullanılmıştır. İki grulu kategorik veriler ile niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametlerin gruplar arası karşılaştırmalarında parametrik testlerin varsayımları sağlandığı durumlarda bağımsız örneklem 't' testi, parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U (MW) testi kullanılmıştır. Nicelik ifade eden veriler ile ikiden çok grulu verilerin karşılaştırılmasında parametrik testlerin varsayımları sağlandığı durumlarda, tek yönlü varyans analizi (ANOVA); parametrik testlerin varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise, Kruskal Wallis H (KW) testi uygulanmıştır. Sonuçlar 95'li güven aralığı içinde, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyi bağlamında değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan grupların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p \leq 0,001$). Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin bilgilerinin karşılaştırıldığı Tablo 1'de, çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin doğum kilosu, cinsiyet, umbilikal katater varlığı, invazif/ noninvazif solunum desteği türü, OGS bulunma durumu arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Bebeklerin gruplara göre NSCS son test puanları (Tablo 2) anlamlı farklılık göstermektedir ($Z=8,000$; $p < 0,001$). Kontrol grubunun NSCS son test puanları, çalışma grubunun NSCS son test puanlarından yüksek bulunmuştur. Bebeklerin NSCS ön test puanları oluşan cilt hasarı bakımından gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Çalışma grubunun puan ortalaması ($Z=8,000$; $p < 0,001$), kontrol grubunun puan ortalamasından ($Z= 570,5$; $p > 0,290$) anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır.

Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin uygulama öncesi ve uygulama sonrası NSCS puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 3 incelendiğinde, her iki grupta anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Analiz H1 hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4'te çalışma ile kontrol gruplarında doğum haftası grupları arasında, uygulama öncesi ve sonrası NSCS puanında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Çalışma ve kontrol gruplarında NSCS puanı doğum haftasına göre değişmemektedir. Doğum haftasına (Tablo 4) göre ve solunum desteği alma durumuna (Tablo 5) göre NSCS puanları açısından her iki grup arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar H0 hipotezini desteklemektedir.

Tartışma

Araştırmada yer alan çalışma ve kontrol gruplarının homojenlik testinin ve normallik testlerinin olumlu çıkması araştırma örnekleminin uygulamayı test etmeye yeterli ve uygun olduğunu

göstermektedir. Her iki gruba yerleştirilen yenidoğanların değişkenler açısından farklılık göstermemesi aynı şekilde yorumlanabilir (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma ve Kontrol Grubu Bebeklerinin Bilgilerinin Karşılaştırılması

| | | Grup | | χ^2 | P |
|-------------------------------------|-----------------|-----------|-----------|----------|-------|
| | | Çalışma % | Kontrol % | | |
| Doğum kilosu | 1000 gr altı | 23,3 | 28,3 | 2,191 | 0,333 |
| | 1000-2000 gr | 53,3 | 40 | | |
| | 2000-2500 gr | 23,3 | 31,7 | | |
| Cinsiyet | Kız | 48,3 | 51,7 | 0,133 | 0,715 |
| | Erkek | 51,7 | 48,3 | | |
| Umbilikal Katater | Var | 60 | 53,3 | 0,543 | 0,461 |
| | Yok | 40 | 46,7 | | |
| İnvazif/ Noninvazif solunum desteği | Entübe | 48,3 | 51,7 | 0,710 | 0,701 |
| | Cpap | 21,7 | 25 | | |
| | Kio2 ve Spontan | 30,0 | 23,3 | | |
| OGS | Var | 78,3 | 100 | | |

χ^2 : Ki-kare testi

Araştırmada, prematüre bebeklere uygulamaların yapıldığı alan olarak orogastrik sonda (OGS) ve orogastrik sonda (OGS) + endotrakeal tüp (ETT)'ün sabitlendiği bölge olan yüz bölgesi tercih edilmiştir. Bunun nedeni, literatürde YYBÜ de yatan yenidoğanların %84'ünde cilt hasarı geliştiği, bu hasarın en çok cilt lezyonlarının %74 oranında yüz bölgesinde olduğu, burun bölgesinde %36, ön gövde bölgesinde %34, arkada gövdede %10, ekstremelerde %30 oranında cilt hasarı olduğunun bildirilmiş olmasıdır (Lund, Osborne, Kuller, Lane, Lott ve Raines, 2001; Hidano, Ratna ve Kumiko, 2008; Visscher MO, 2009; Canbulat, 2015; Altıntaş 2016, Çalışır ve ark., 2016). Bu çalışmada da yüz bölgesinde tespitte bağlı hasarın değerlendirildiği NSCS puanı her iki grupta artmakla beraber, kontrol grubunda anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Çalışma ve kontrol gruplarının NSCS ön test sonuçları değişirken, kontrol grubunun son testinin daha yüksek çıkmış olması (Tablo 2), çalışma grubundaki bebeklere uygulanan şeffaf cilt örtüsünün cilt hasarını azaltmada etkin olduğunu göstermektedir. NSCS'den elde edilen puanlar sıklıkla bebeklerin cilt durumlarının değerlendirilmesinde etkinliği kanıtlanmış

Tablo 2: Çalışma ve Kontrol Grubu Bebeklerinin NSCS Puanları

| | | Ort | SS | Minimum | Maksimum |
|-----------------------|---------|-------------|------|---------|----------|
| Uygulama öncesi NSCS | Çalışma | 3,02 | 0,13 | 3,00 | 4,00 |
| | Kontrol | 3,00 | 0,00 | 3,00 | 3,00 |
| | Z/p | 570,5/0,290 | | | |
| Uygulama sonrası NSCS | Çalışma | 3,50 | 0,60 | 3,00 | 5,00 |
| | Kontrol | 4,03 | 1,13 | 3,00 | 7,00 |
| | Z/p | 8,0/0,001 | | | |

Z: Mann Whitney U testi

bir yöntem (Baker, Smith, Donohue ve Gleason, 1999; Lund ve Osborne, 2004; Karabulut, 2011; Çiğdem, 2015; Doğantürk, 2016; Çalışır ve ark., 2016) ile yapılmış olan değerlendirmeye göre çalışma grubu bebeklerin ciltlerine kısa süreli de olsa şeffaf örtü uygulanmasının tespitte bağlı hasarlar oluşmasında etkili olduğu söylenebilir.

Doğum ağırlığının NSCS puanlarına etkisine bakıldığında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Altıntaş'ın (2016) çalışmasında araştırmamız ile benzer bulgular yer alırken, Lund ve Osborne (2004) tarafından yapılan bir çalışmada doğum ağırlığı NSCS skoru ile ilişkisine bakılmış ve doğum ağırlığı düşük olan yenidoğanlarda yüksek olanlara kıyasla eritem bulgusunun altı kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Epiderminin koruma işlevini yapmasında önemli olan epidermal kalınlık ve epidermin lipit içeriği gestasyon haftası düşüktüce azalmaktadır. Gestasyon haftası azaldıkça yenidoğan cildinin dış etkenlere karşı hassasiyeti artmaktadır (Tatlı ve Gürel, 2002; Yapucu Güneş ve Eşer, 2006; Utaş, 2011; Akpınar ve Göçmen, 2014). Prematüre bebeklerin ciltleri zamanında doğan bebeklere göre karakteristik olarak tam olgunlaşmamış ve daha ince olduğu için çabuk kurumakta ve geçirgenlik artışı görülmektedir. Cilt altı yağ dokularının yetersiz oluşu, su ve sodyum dengesizliğine bağlı olarak meydana gelen ödem, ciltteki kan dolaşımını engelleyerek basınca maruz kalan yerlerde bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır. Stratum korneumdaki katman sayısı preterm bebeklerde daha az olduğu için cilt travmaya ve toksisiteye daha kolay maruz kalmakta, cilt yoluyla gelişebilecek ısı ve sıvı kaybı daha fazla olmaktadır. Canpolat ve Yiğit (2008) tarafından yapılan çalışmada, çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin solunum desteği ve hastanede yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir. Bu bebeklerin solunumlarını ve beslenmelerini desteklemek amacıyla yapılan uygulamalar sırasında cilde tespit sayısı, sıklığı ve süresinde artmaktadır (Aktaş, 2015; Dursun ve Bülbül, 2014). Araştırma sonuçlarına göre; çalışma ve kontrol gruplarında NSCS puanı, doğum haftasına göre Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre fark göstermemekle birlikte, çalışma ve kontrol grupları için doğum kilosu açısından da uygulama öncesi ve sonrası NSCS puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışma ve kontrol gruplarında NSCS puanı toplam doğum kilosuna göre değişmemektedir. Doğum haftasının artması doğum kilosunda artması ve cilt altı katmanların oluşmasında etkilidir (Yapucu Güneş ve Eşer, 2006; Akpınar ve Göçmen, 2011; Doğantürk, 2016). Çalışmada doğum haftasına göre NSCS sonuçları arasında gruplar arası farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada uygulanan şeffaf örtünün etkinliğinin diğer değişkenlerden izole edilebilmesi için grupların homojenleştirilmiş olması fark çıkmamasına neden olabilir.

Preterm bebekler için yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatışın en sık nedeni solunum ile ilgili nedenlerdir. Prematüre bebeklere bu dönemde entübasyon, NCPAP, küvöz içi oksijen gibi solunum desteği verilmektedir (Yücesoy ve Duman, 2017;

Tablo 3: Çalışma ve Kontrol Grubu Bebeklerinin Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası NSCS Puanlarının Karşılaştırılması

| | | Çalışma | | | Kontrol | | | | |
|---|---------------------|---------|---------------|--------|---------|----|---------------|--------|--------|
| | | n | Ortalama Fark | Z | P | n | Ortalama Fark | Z | P |
| Uygulama sonrası NSCS - Uygulama öncesi NSCS | Negatif Sıralar | 0 | | | | 0 | | | |
| | Pozitif Sıralar | 28 | 0,483 | -5,038 | ≤0.001 | 31 | 1,033 | -4,987 | ≤0.001 |
| | Eşit | 32 | | | | 29 | | | |
| | Toplam hasta sayısı | 60 | | | | 60 | | | |

Z: Mann Whitney U testi

Tablo 4: Çalışma ve Kontrol Grubu Bebeklerinin Doğum Haftası ile NSCS Puanı Arasındaki İlişki

| | | | Çalışma | | Z | p | Kontrol | | Z | p |
|-----------------------|---------------|-------|---------|------|-------|-------|---------|------|-----|-------|
| | | | Ort | SS | | | Ort | SS | | |
| Uygulama öncesi NSCS | Doğum haftası | 24-31 | 3,03 | 0,18 | 435 | 0,317 | 3 | 0,00 | 450 | 0,999 |
| | | 32-36 | 3,00 | 0,00 | | | 3 | 0,00 | | |
| Uygulama sonrası NSCS | Doğum haftası | 24-31 | 3,57 | 0,63 | 400,5 | 0,404 | 4,27 | 1,26 | 361 | 0,155 |
| | | 32-36 | 3,43 | 0,57 | | | 3,8 | 0,96 | | |

Z: Mann Whitney U testi

Tablo 5. Çalışma ve Kontrol Grubu Bebeklerinin Solunum Desteği ile NSCS Puanı Arasındaki İlişki

| | | | Çalışma | | X ² | p | Kontrol | | X ² | p |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|---------|------|----------------|-------|---------|------|----------------|-------|
| | | | Ort | SS | | | Ort | SS | | |
| Uygulama öncesi NSCS | İnvazif/Noninvazif solunum desteği | Entübe | 3,03 | 0,19 | 1,069 | 0,786 | 3,00 | 0,00 | 0,001 | 0,999 |
| | | Cpap | 3,00 | 0,00 | | | 3,00 | 0,00 | | |
| | | Kio2 ve Spontan | 3,00 | 0,00 | | | 3,00 | 0,00 | | |
| | | Entübe | 3,52 | 0,69 | | | 4,03 | 1,3 | | |
| Uygulama sonrası NSCS | İnvazif/Noninvazif solunum desteği | Cpap | 3,38 | 0,51 | 0,586 | 0,675 | 4,13 | 0,92 | 0,426 | 0,808 |
| | | Kio2 ve Spontan | 3,56 | 0,51 | | | 3,93 | 1,00 | | |

X²: Kruskal Wallis Testi

Dağoğlu ve Görak, 2008). İnvazif/noninvazif olan bu girişimler, oksijen destek tüplerinin cilde tespit edilmesini gerektirmektedir (Akpınar ve Göçmen, 2014; Utaş, 2011; Yapucu Güneş ve Eşer, 2006). Bu nedenle prematüre bebeklerde invazif/noninvazif solunum desteğinin cilt üzerine etkisi olup olmadığının etkisine bakılmış, verilen solunum desteğine göre çalışma ve kontrol gruplarında NSCS puanının fark göstermediği belirlenmiştir (Tablo 5). Şeffaf örtü uygulamasının etkinliğinin izole edilmesi açısından grupların homojen olmasından kaynaklanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma süresinde aynı doğum haftasında yeterli sayı olmadığından tek doğum aralığı ile çalışılmamış iki farklı doğum haftası aralığı alınmıştır. Entübasyon

süresi 24 saatten fazla olan yenidoğan sayısının az olmasına bağlı uygulama sadece 24 saat yapılabilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerin OGS ve ETT uygulama öncesi şeffaf örtü uygulandığında NSCS puanları daha düşük çıkmaktadır. Bu sonuca göre şeffaf örtü kullanılmasının tespitte bağlı cilt hasarını önlemede etkili olduğu söylenebilir. Araştırma sonuçları H1 hipotezini desteklemektedir.

Şeffaf cilt örtüsünün, bebeğin cildine yapılacak tespitler öncesi kullanılması, kullanımının yaygınlaştırılarak farklı yaş aralığında ve farklı örneklem gruplarında çalışılması önerilmektedir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik kurul onayı İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınmıştır. (Tarih: 20/10/2016 ve Sayı No:10840098-604.01.01-E.20903)

Yazarların Katkı Düzeyleri: CA ve NAA çalışma fikri, konu seçimi, tasarımı, literatür taraması; CA, verilerin toplanması, istatistiksel analiz, verilerin yorumlanması, makalenin hazırlanması; NAA istatistiksel kontrol, verilerin yorumlanması, uzman katkısı, yazımın son kontrollerinin yapılması ve makalenin yayınlanacak son halinin onaylanması.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Akpınar, F., ve Göçmen, İ. (2014). Yenidoğanlarda cilt bakımı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(2), 1-3.
- Aktaş, E. (2015). Flaster kullanımı. *Türkiye Klinikleri*, 1(2), 34-38.
- Altıntaş, M. (2016). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerde cilt sorunlarının incelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Baker, S.F., Smith, B.J., Donohue, P.K., & Gleason, C.A. (1999). Skin care management practices for premature infants. *J Perinatol*, 19(6), 426-431.
- Blume- Peytavi U., Hauser M., Stamatas G.N., Pathirana D., & Garcia Bartels N. (2012). Skin care practices for newborn and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*, 29(1), 1-14.
- Çağlar, S., Kerimoğlu Y.G., Bakoğlu, İ., ve Salihoglu, Ö. (2020). The effect of sunflower seed and almond oil on preterm infant skin: A randomized controlled trial. *Advances In Skin & Wound Care*, 33,1-6. doi: 10.1097/01.asw.0000672500.18525.2e
- Çalışır, H., ve Güler, F. (2011). Riskli yenidoğanların cilt bakımında kanıta dayalı uygulamalar, *Türkiye Klinikleri J NursSci*, 3(2), 100-110.
- Çalışır, H., Karabudak, S., Güler, F., Aydın, N., ve Kaynak, T.M. (2016). Yenidoğan cilt durum skoru Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 9-11.
- Canbulat, Ş.N. (2015). Göbek ve sünnet bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs- Special Topics*, 1(2), 23-28.
- Canpolat, E., ve Yiğit, F. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ölüm nedenleri: hastane kökenli infeksiyonlar ve korunma yolları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 39, 194-198.
- Çiğdem, Z. (2015). Yenidoğan cildinin özellikleri ve değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Pediatri Hemşireliği*, 1(2), 1-5.
- Dağoğlu, T., ve Görak, G. (2008). *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Doğantürk, Ç. (2016). Yenidoğan cilt risk değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dursun, M., ve Bülbül, A. (2014). Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğin bakımı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2), 67-78, doi: 10.5350/SEMB.20140331061031
- Fluhr, J.W., Darlenski, R., & Taieb, A. (2010). Functional skin adaptation in infancy. *Exp Dermatol*, 19, 483-492.
- Hidano, A., Ratna, P., & Kumiko, J. (2008). Version of recordonline, *Pediatric Dermatology* 3 (2), 140-144. doi: 10.1111/j.1525-1470.1986.tb00505.
- Karabulut, A. (2011). Yenidoğanda cilt fizyolojisi ve topical ilaç kullanımı, *Türk Derm*, 45(2), 60-67. doi: 10.4274/turkderm
- Kusari, A., Han, A.M., Virgen, C.A., Matiz, C., Rasmussen, M., Friedlander, S.F., & Eichenfield, D.W. (2019). Evidence-based skin care in preterm infants, *Pediatric Dermatology*, 36, 16-23. doi:10.1111/pde.13725
- Lund, C., Osborne, J., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., & Raines, D. (2001). Neonatal skin care: clinical outcomes of the awhonn/nann evidence-based clinical practice guideline. *JOGNN*, 30, 41-51.
- Lund, C., & Osborne, J.W. (2004). Validity and reliability of the neonatal skin condition score. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33(3), 320-327.
- Serdaroğlu S., & Çakıl B. (2008). Psysiologic skin findings of newborn. *Journal Of The Turkish American Of Dermatology*, 2(4), 82401r.
- Tatlı, M.M., ve Gürel, M.S. (2002). Yenidoğanın cilt bakımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri*, 11, 108-112.
- Utaş, S. (2011). Yenidoğanlarda cilt bakımı, *Türk Derm*, 45, 123-126.
- Visscher, M.O. (2009). Update on the use of topical agents in neonates. *Newborn Infant Nurs Rev*, 9, 31-47.
- Yapucu Güneş, Ü., ve Eşer, İ. (2006). Nemli yara iyileşmesi ve oklusif pansumanların nemli yara iyileşmesindeki önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 57-65.
- Yücesoy, E., ve Duman, N. (2017). Prematürde solunum problemleri ve yönetimi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9 (4), 17-32

Derleme makale / Review • DOI:10.48071/sbuhemsirelik.1006427

Fiziksel Tespit Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler¹ Interventions Applied in the Scope of Reducing Physical Restraints

Ahmet Göktaş² , Kadriye Buldukoğlu³ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

AG: 0000-0002-6337-0389, KB: 0000-0002-1699-6151

¹Bu çalışma II. INES'te (International Academic Research Congress) sözel bildiri olarak sunulmuştur (18-21 Ekim 2017, Antalya/Alanya, Türkiye).

²Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bitlis

³Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

Sorumlu yazar / Corresponding author: Ahmet Göktaş,

E-posta: agoktas.85@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 08.10.2021

Kabul tarihi / Date of acceptance: 05.03.2022

Atrif / Citation: Göktaş, A., ve Buldukoğlu K. (2022). Fiziksel tespit azaltma kapsamında uygulanan müdahaleler, *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 27-32. doi: 10.48071/sbuhemsirelik1006427

ÖZ

Fiziksel tespit, saldırgan hastaları kontrol etmek için ilkel toplumlardan beri uygulanmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde hastayı ve diğerlerini korumak amacıyla yapılan fiziksel tespit uygulamaları hasta yararına bir uygulama olmasına rağmen, kullanımına bağlı olarak birçok olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle 20. yüzyılın sonlarına doğru fiziksel tespit kullanımında kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Yaklaşık 30-40 yıldır fiziksel tespit kullanımının azaltılması için birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda fiziksel tespit azaltma kapsamında bazı müdahaleler kullanılarak fiziksel tespit kullanımı azaltılmaya çalışılmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu derleme çalışmasının amacı, fiziksel tespit azaltma kapsamında yapılan müdahaleleri belirlemek ve bu müdahalelerin etkilerini sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel sınırlama; psikiyatri hemşireliği; ruhsal hastalıklar.

ABSTRACT

Physical restraint has been applied since primitive societies to control aggressive patients. Although physical restraint applications in psychiatric settings to protect the patient and others are an application for the benefit of the patient, it also brings many disadvantages depending on its use. Therefore, towards the end of the 20th century, restrictions on the use of physical restraints came to the fore. Many studies have been conducted to reduce the use of physical restraints for about 30-40 years. In these studies, some interventions were used to reduce the use of physical restraints within the scope of physical restraint reduction. In line with this information, the purpose of this review is to identify the interventions applied within the scope of reducing physical restraint and to present the effects of these interventions.

Keywords: Physical restraint; psychiatric nursing; mental disorders.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Tespit, bir bireyin hareketlerini kısıtlamak için bir insan gücü, mekanik bir alet ya da bunların birleşimi ile yapılan fiziksel güç kullanımınıdır (Videbeck, 2020). Fiziksel tespit ise, bir kişinin kol, bacak, gövde ya da baş kısmının hareket etme yeteneğini azaltmak için herhangi bir manuel metot, fiziksel ya da mekanik aracın kullanılması olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Nurses Association [APNA], 2014). Fiziksel tespit, psikiyatri kliniklerinde hasta davranışlarının fiziksel olarak zararlı olduğu ve alternatif yöntemlerin hastayı ve diğerlerini korumada yetersiz kaldığı durumlarda hastanın şiddet içeren davranışlarını kontrol etmek, hastanın ve diğerlerinin güvenliğini sağlamak amacıyla hemşireler tarafından uygulanmaktadır (Stewart, Merwe, Bowers, Simpson ve Jones, 2010; Brooke, 2013). Fiziksel tespit kullanımı hasta yararına bir uygulama olmasına rağmen, kullanımına bağlı olarak hastada fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutta istenmeyen etkiler görülmekte olup, hastalar duygusal ve bilişsel olarak da olumsuz etkilenmektedirler (Tel ve Beyaztaş, 2002; Hamers ve Huizing, 2005). Bazı durumlarda hasta ve bakım verenler için yararlı olan tespit uygulamasının hastalarda düşmeye ve yaralanmalara sebep olması, hatta tespit nedeniyle ölümlerin meydana gelmesi gibi nedenlerle 1980'li yıllarda kullanımında kısıtlamalar gündeme gelmiştir (Tel ve Beyaztaş, 2002). Bu doğrultuda psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespit uygulamalarını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Literatürde fiziksel tespit uygulamalarını azaltma ile ilgili birçok çalışma yer almaktadır (McCue, Urcuyo, Tobias ve Chambers, 2004; Sullivan ve ark., 2005; Damen, 2009; Wale, Belkin ve Moon, 2011; Lai, Chow, Suen ve Wong, 2013; Goulet, Larue ve Dumais, 2017; Duxbury ve ark., 2019; Ye ve ark., 2021). Bu bilgiler doğrultusunda bu derleme çalışmasının amacı, fiziksel tespit azaltma kapsamında yapılan müdahaleleri belirlemek ve bu müdahalelerin etkilerini sunmaktır.

Fiziksel Tespit Azaltma

Fiziksel tespit uygulamalarının azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması ulaşılamayan bir hedef olarak görünebilir. Ancak başarılı girişimler ile en azından tespit uygulamaları büyük ölçüde azaltılabilir (Bilici, Sercan ve Tufan, 2013). Bazı girişimler ile tespit uygulamalarının başarılı bir şekilde azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (McCue ve ark., 2004; Damen, 2009; Wale ve ark., 2011; Duxbury ve ark., 2019; Ye ve ark., 2021). McCue ve arkadaşları (2004) tespit uygulamalarını azaltmak için öncelikle multidisipliner bir ekip oluşturulması gerektiğini belirtmektedir. Bu ekip psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, yaratıcı sanatlar terapisti, sosyal çalışmacı ve yönetim kadrosundan oluşmalıdır. Bu ekip psikiyatri kliniklerinde tespit uygulamalarının azaltılması için belirlenen temel müdahalelerin planlanması ve uygulanması üzerinde durmalıdır (McCue ve ark., 2004). Tespit uygulamaların azaltılmasına yönelik temel müdahalelerin başarıya ulaşmasında kurum yönetiminin rolü çok önemlidir. Çünkü hastane yönetiminin tutumunun tespit uygulamaları oranı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Bilici ve ark., 2013).

Fiziksel Tespit Azaltma Müdahaleleri

Fiziksel tespit uygulamalarını azaltmak için yapılan en önemli organizasyon bütün ekip üyelerini kapsayan multidisipliner

bir ekip oluşturmaktır. Bu ekip, yönetim liderliğinde psikiyatri, hemşirelik, psikoloji, yaratıcı sanatlar terapisi, sosyal çalışma alanlarından oluşmalıdır. Bu ekibin misyonu, psikiyatri kliniğinde tespit kullanımını azaltmak için bir proje geliştirmektir. Bu projede yapılacak olan bütün müdahalelerle ilgili planlamalar yer almalıdır (McCue ve ark., 2004). Fiziksel tespit azaltma kapsamında uygulanan müdahaleler şunlardır:

1. Fiziksel Tespite Yatkın Hastaların Belirlenmesi

Fiziksel tespit uygulamalarını azaltan en önemli müdahalelerden biri, tespit edilmeye yatkın olan hastaların belirlenmesidir. Yatışı yapılan bütün hastalara ilk psikiyatrik değerlendirme yapılarak hastanın saldırgan davranışları değerlendirilmelidir (McCue ve ark., 2004). Bu değerlendirmenin hasta yatışının ilk gününde yapılması çok önemlidir. Çünkü yapılan bir çalışmaya göre tespit uygulamalarının en fazla (%48) yatışın ilk günü uygulandığı bulunmuştur (Uzun, Sancak, Özer ve Özen, 2015).

Fiziksel tespit kullanımı hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, hastanede yatış süresine, hastanın aldığı tıbbi tanıya göre değişiklik gösterebilir. Fiziksel tespit uygulamalarını azaltma kapsamında, tespite yatkın hastaların belirlenmesinde bu değişkenler dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda, hangi hastaların tespit açısından risk oluşturduğunu belirlemek için yapılan çalışma sonuçları dikkate alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada tespit edilen erkek hastaları oranının (%25,7) kadınlardan (%6,2) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Uzun ve ark., 2015). Sercan ve Bilici'nin (2008) çalışmasında, hastaların tespit edilme ve uzun süre tespit altında kalma riski, hastanın kadın olmasına, ileri yaşta olmasına, psikotik belirtilerinin şiddetine bağlı olarak yükseldiği belirtilmektedir. Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila ve Lehtinen'in (2003) yaptığı çalışmada ise, tespit edilen hastaların %57,1'nin (n=482) erkek olduğu bulunmuştur. Ayrıca tespit edilen hastaların hemen hemen yarısının (%49,8) tıbbi tanısı şizofrenidir. Diğer bozukluklar tespit edilme sıklığına göre, duygulanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu ve organik bozukluklar şeklinde sıralanmıştır. Coşkun, Avlamaz ve Genç'in (2010) yaptığı çalışmada tespit edilen erkek hastaların çoğunluğu şizofreni hastası iken, tespit edilen kadın hastaların çoğunluğunun bipolar duygudurum bozukluğu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar tespit kullanımının hastaların içinde buldukları duruma göre değişebildiğini göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin tespit açısından risk oluşturan hasta özelliklerini bilmeleri ve girişimlerini buna yönelik planlamaları hem hasta açısından hem de hemşirelik bakımı açısından daha olumlu sonuçlar ortaya çıkmasına katkı sağlayabilmektedir. Psikiyatri kliniğine yatışı yapılan hastaların bu bilgiler doğrultusunda değerlendirilmesinin fiziksel tespit uygulamalarını önemli ölçüde azaltacağı öngörülmektedir.

Tespit azaltma kapsamında yapılan en önemli girişimlerden biri de hasta eğitimidir. Bu eğitimlerle psikiyatri kliniğindeki hastalara stres/öfke yönetimi becerileri kazandırılmalıdır. Hasta eğitimi gruplar halinde birer saatlik süre ile haftada dört oturum şeklinde yapılır. Bu oturumlar Tablo 1'de gösterilmiştir (McCue ve ark., 2004). Visalli, McNasser, Johnstone ve Lazzaro (1997) tarafından yapılan bir çalışmada, bir psikiyatri hastanesinde 10 ay boyunca tespit süresi ile ilgili veri toplanmıştır. Müdahale olarak, hastalara öfke yönetimi ve öfke yönetimi ile ilgili stratejileri geliştirmeye yönelik eğitimler verilmiştir.

2. Hasta Eğitimi

Tablo 1. Hasta Eğitiminde Stres/Öfke Yönetimi Programı İçeriği

| | |
|------------------------|---|
| Birinci Oturum | |
| ✓ | Öfke ile ilgili duyguları tanımlama |
| ✓ | Bireyin ve grubun öfke hakkındaki tutumunu keşfetme |
| ✓ | Öfke davranışları ve sonuçları açıklama |
| İkinci Oturum | |
| ✓ | Agresif davranışların nereden kaynaklandığını anlama |
| ✓ | Öfkenin tetikleyicilerini ve bu tetikleyicilere nasıl tepki verildiğini belirleme |
| ✓ | Bireyin kişisel inançları ve öfke hakkındaki yanlış kanıları arasındaki ilişkiyi keşfetme |
| ✓ | Öfke durumunda seçim sunma: Öfke durumunda otomatik tepki vermek yerine “harekete geçmeden önce düşün” |
| Üçüncü Oturum | |
| ✓ | İnanç, tutum ve algılarını değiştirme yoluyla bireyin öfke deneyimini değiştirme |
| ✓ | Klinikte öfke duygularını uygun bir şekilde iletme |
| ✓ | Evde ve toplumda öfke duygularını uygun bir şekilde iletme |
| Dördüncü Oturum | |
| ✓ | Öfke döngüsünü değiştirme |
| ✓ | Öfke ile ilgili duygu ve davranışları azaltmak için baş etme becerileri ve stratejileri geliştirme |
| ✓ | Problem çözme becerileri geliştirme |
| ✓ | Dinleme becerileri geliştirme |
| ✓ | Önleme becerileri geliştirme: Öfkeye neden olan durumlara karşı yeni kazanılan tutum ve tepkileri sürdürme |

Bu çalışmanın sonunda tespit sayısında azalma olduğu ve %90 oranında daha az kısıtlayıcı yöntemlerin kullanıldığı saptanmıştır. Benzer şekilde Lai ve arkadaşları (2013) tespit azaltma kapsamında yaptığı personel eğitimi sonucunda, personelin daha az kısıtlayıcı yöntemleri kullanma eğiliminde artış olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların fiziksel tespite neden olan davranışlarının ve fiziksel tespit kullanımının azaltılması için kullanılan en önemli yöntemlerden biri de hasta eğitimi kapsamında uygulanan Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) olduğu belirtilmektedir (Bilici ve ark., 2013). Verheul ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada DDT eğitimi kullanılmıştır. Bu çalışmada hastaların kendine zarar verme ve dürtüsel davranışlarının anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Hasta eğitimi kapsamında yapılan davranış terapi eğitimleri de fiziksel tespit kullanımının azalmasında etkili bir müdahaledir. Snellgrove ve Flaherty (1975) tarafından psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada hiçbir müdahale yapmadan bir aylık tespit sayısı ile ilgili veriler elde edilmiştir. Daha sonra yedi ay boyunca kliniğe gelen hastalara davranış terapisi yapılmıştır. Davranış terapisinden önceki bir aylık süre içindeki tespit sayısının 28 olduğu saptanmıştır. Terapiden sonraki yedi ayda tespit sayısı sırasıyla 10, bir, yedi, iki, sıfır, bir ve sıfır olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar fiziksel tespit kullanımının azaltılmasında hasta eğitiminin önemini ortaya koymaktadır.

3. Personel Eğitimi

Psikiyatri kliniklerinde çalışan personel eğitimi kapsamında

kazandırılan krizi önleme teknikleri fiziksel tespite alternatif olarak kullanılabilir. Eğitim, krizi önleme ve şiddet göstermeden krize müdahale becerilerinin geliştirilmesine yönelik video kayıtlarını içermektedir. Video kayıtları hasta ve personeli de kapsayan, multidisipliner bir ekip tarafından seçilen kayıtlardır. Bu kayıtlar krizin evreleri, her evrede hangi müdahalelerin kullanılacağı, terapötik ve terapötik olmayan iletişim teknikleri, aktif dinleme hakkında bilgilendirmeyi içermektedir (McCue ve ark., 2004).

Fiziksel tespit azaltma kapsamında personel eğitimi, yeni becerilerin geliştirilmesi ve tutumların değiştirilmesinde son derece önemli bir faktördür (Taxis, 2002; Bilici ve ark., 2013). Personel eğitimi, fiziksel tespitin hastalar üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olma, ortaya çıkabilecek şiddet davranışlarının erken tespit edilmesi, olası şiddet durumlarının önlenmesi için zorlayıcı olmayan teknikler, personelin korkusunu ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan kısıtlayıcı önlemlere sıkça başvurmayı azaltmak için şiddet içermeyen meşru müdafaa eğitimini içermektedir. Bireyler arası saygıyı vurgulayan eğitimlerin de fiziksel tespit azaltma programında yer alması önerilmektedir. Tespit oranlarında azalma sağlamak için deneyimli eğitim ve danışmanın gerekli olduğu vurgulanmaktadır. (Bilici ve ark., 2013). Personel eğitimi ile tespit kullanımını öngörebilme ve önleyebilme becerilerinin kazandırılmasının, uygun olmayan fiziksel tespit kullanımı ve personel hasta yaralanmalarını azalttığı belirtilmektedir (Bower, McCullough ve Timmons, 2003).

Forster, Canvess ve Phelps (1999) tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel tespit uygulamalarını azaltmada personel eğitiminin etkinliği ölçülmüştür. Bu çalışmada, personel eğitimi programı ile üç temel hedef belirlenmiş ve bunlara yönelik eğitim verilmiştir. Bu üç temel hedef:

- ✓ Hastayı öfkeliendiren ve şiddete başvurmasını kolaylaştıran faktörler hakkında hemşirelerin farkındalığını artırmak.
- ✓ Hastalar açısından daha az kısıtlayıcı olan alternatif yöntemler hakkında çalışanların bilgi düzeyini yükseltmek.
- ✓ Şiddete karşı personelin güvenli bir şekilde vereceği tepkileri artırmak.

Yukarıda bahsedilen üç temel hedef doğrultusunda yapılan çalışmada bir yılın sonunda fiziksel tespit uygulamalarının toplamda %13,8 oranında azaldığı saptanmıştır. Tespit edilen hastaların tespit altında kalma süresi ise %54,6 oranında azalmıştır. Çalışma yapılmadan önceki yıl hastalar ortalama 13,6 saat tespit altında kalırken, çalışmadan sonraki yıl hastaların ortalama 6,3 saat tespit altında kaldığı belirlenmiştir. Personel açısından ise, hasta tarafından saldırıya uğrayıp yaralanan personel sayısı %18,8 oranında azalmıştır (Forster, Canvess ve Phelps, 1999). Personel eğitimi kapsamında davranış-tutum terapileri eğitimi de fiziksel tespit kullanımının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Hastaların davranışlarını-tutumlarını anlama, personel eğitim programının bir parçasıdır. Şiddet durumunda hastanın şiddet davranışlarının nasıl ele alınacağını personele göstermektedir (Bower ve ark., 2003).

4. Krize Müdahale Ekibi Geliştirme

Yatan hasta kliniğindeki çalışanlara genellikle yetkili bir hemşire liderlik eder ve bu hemşire kriz yönetiminden sorumludur. Ancak, bazı vakalarda ekstra çalışan desteğine gereksinim duyulabilir. Saldırgan hastaya müdahale etmede klinikteki çalışanlara yardım etmek için krize müdahale ekibi oluşturulur. Bu ekip üç hemşirelik personeli ve iki hastane güvenlik görevlisinden oluşturulur. Gerekli durumlarda hastane operatörü tarafından "gri kod" ile bu ekip çağrılır. Bu ekip yedi gün 24 saat (7/24) ulaşılabilir durumda olmalıdır. Krize müdahale ekibinin bütün üyelerinin krize müdahale teknikleri hakkında eğitim almaları gereklidir (McCue ve ark., 2004). Craig, Ray ve Hix'in (1989) yaptığı bir çalışmada tespit için özel odalar hazırlandıktan sonra personel sayısı artırılmıştır. Personelden multidisipliner krize müdahale ekibi oluşturularak eğitim verilmiştir. Bir yıllık süre sonunda aylık ortalama tespit süresi 1030 saatten 408 saate indirilmiştir. Tecrit süresinin ise başlangıçta 231 saatten 260 saate yükseldiği, ancak daha sonra 107 saate kadar indiği saptanmıştır. Jonikas, Cook, Rosen, Laris ve Kim'in (2004) bir genel hastanenin psikiyatri kliniğinde yaptığı bir çalışmada ise, krizi yönetme planları hazırlanarak krize müdahalede şiddet gösterilmeden nasıl müdahale edileceği konusunda eğitim verilmiştir. Bir yıllık süre sonunda hastalara uygulanan tespit oranı çok önemli ölçüde azaltılmıştır.

5. Bütün Fiziksel Tespit Uygulamalarını Günlük Olarak Değerlendirme-Gözden Geçirme ve Veritabanı Oluşturma

Klinik çalışanları her sabah bir lider eşliğinde kliniklerdeki önemli olayları ve konuları görüşmek üzere toplanır. Bu

toplantıda uygulanan fiziksel tespit uygulamaları rapor edilerek bu uygulamalar üzerinde tartışma yapılır. Tartışmada hastanın tespit edilmesine yol açan olaylar, uygulanabilecek alternatif yöntemler-stratejiler ve fiziksel tespiti önleme konuları üzerinde durulur. Sonraki günlerde, toplantı lideri tespit edilen hastalar hakkında bilgilendirilir. Özellikle fiziksel tespit uygulamalarını önlemeye yönelik alınan önlemler hakkında bilgi verilir (McCue ve ark., 2004).

Fiziksel tespit uygulamalarını azaltma programları kapsamında, hastanelerde her fiziksel tespit uygulamasının ardından fiziksel tespit ile ilgili bilgilerin veritabanına girilmesi ve verilerin analizi ile saptanan sorunlara yönelik önlem alınması sonucu fiziksel tespit azaltılabilmektedir. Her tespit uygulaması sonrası yapılan analiz ile olay henüz akıllarda taze iken durum tartışılmalı ve müdahalenin tekrarını önlemek için kısa ve uzun vadeli planlar yapılmalıdır (Bilici ve ark., 2013). Belanger'in (2001) yaptığı çalışmada 18 ay boyunca fiziksel tespit ile ilgili verileri toplanmıştır. Bu verilerden veri tabanı oluşturduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili yeni politika ve prosedürler oluşturulmuştur. Yeni vakalar ile ilgili kayıt tutma prosedürleri gözden geçirilerek planlamalar yapılmıştır. On sekiz ayın sonunda tespit oranında %90 azalma sağlanmıştır. Ortalama tespit süresi ise 17,6'dan 3,5 saate indirilmiştir.

6. Personel için Teşvik Sistemi Oluşturma

Fiziksel tespit azaltmada kapsamında klinikler arasında teşvik sistemi oluşturma çok önemli uygulamalardan biridir. Bu sistemde tespit uygulamalarını takip eden bir komisyon kurulur. Aylık olarak en az tespit uygulayan klinik belirlendikten sonra "Kriz Önleme Ödülü" verilir. Plaket şeklinde verilen bu ödül klinikte sergilenir. Bu uygulama çalışanlar arasında son derece teşvik edici olmaktadır. Ayrıca, ödülü alan klinik bütün toplantılarda ilan edilir ve uygulanan süreç canlı tutulmaya çalışılır. Böylece çalışanların zihninde olumlu bir biçimde ve maddi anlam taşıyan bir uygulama olarak kalır (McCue ve ark., 2004). McCue ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada tespit ile ilgili üç yıllık veri toplanmıştır. Bu çalışmada personel için teşvik sistemi oluşturmanın yanı sıra tespite yatkın hastaları belirleme, öfke yönetimi, krize müdahale eğitimi, kriz ekibi oluşturma ve uygulanan tespit uygulamalarının günlük olarak görüşülmesi gibi müdahaleler uygulanmıştır. İki yıllık çalışmanın sonunda 1000 hastada ortalama 7,99 gün olan tespit ortalaması 3,70 güne indirilmiştir. Bu sonuç, personel için teşvik sistemi oluşturmanın kliniklerdeki personelin "daha az tespit" uygulamasında rekabete girerek gerekli ve zorunlu durumlar dışında tespit uygulamayacağını göstermektedir. Böylece kliniklerde uygulanan fiziksel tespit süre ve sıklığının azalacağı öngörülmektedir.

7. Çevresel Düzenlemeler

Personel ve hasta eğitimi ile beklenen değişikliklerin olabilmesi için çevresel düzenlemelerin de yapılması gerekir. Bu değişiklikler terapötik bir ortamın oluşması için gerekli olan düzenlemeleri içermelidir. Örneğin, dinlenme ve stresi yönetme becerilerinin kullanılmasını kolaylaştırmak için steril, sessiz-sakin bir oda düzenlenmeli ve bu odada rahat edilebilecek şekilde ayarlanmış mobilya ve kitap gibi okuma materyalleri bulundurulmalıdır. Bu oda aynı zamanda, hastanın duygusal epizodlar süresince hastaya sessiz bir çevre sağlayacak bir

konumda olmalı ve hastayı rahatsız edici bir çevre ve gürültüden uzaklaştırmalıdır (Taxis, 2002).

İngiltere’de bir psikiyatri hastanesinde yapılan bir çalışmada terapötik hedefler belirlenerek çevre düzenlemesinin yanı sıra, günlük personel-hasta toplantıları, personel eğitimi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Çalışmada daha önce ayda ortalama üç defa uygulanan tecrit sayısının ayda bire düştüğü bulunmuştur (Mistral, Hall ve McKee, 2002). Taxis (2002) tarafından yapılan bir çalışmada ise, 86 yataklı bir psikiyatri kliniğinde tespit ile ilgili 42 aylık veriler toplanmıştır. Müdahale olarak çevresel düzenlemeler, personel eğitimi, hasta eğitimi ve bireyselleştirilmiş bakım planı uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda tespit uygulamalarında %94 oranında azalma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda fiziksel tespit uygulamaları azaltma kapsamında birden fazla müdahale kullanılmıştır. Birden fazla müdahalenin birlikte kullanılması tespit uygulamalarını azaltmada daha etkili olabilmektedir.

Fiziksel tespit uygulamalarının azaltılmasında genel olarak yukarıda bahsedilen yedi temel müdahale uygulanmaktadır. Ancak, fiziksel tespit azaltma uygulamaları sadece bunlarla sınırlı değildir. Kurumlarda uygulanan tespit prosedürleri, liderlik (takım liderliği), kültürel önyargılardan uzak durma ve personelin uygun istihdam edilmesi de önemli faktörlerdir. Ayrıca, tespit azaltma müdahalelerinin başarılı olabilmesi için kurum idarecilerinin tutumu ve destek vermesi de “*kilit rol*” oynamaktadır (Bilici ve ark., 2013). Damen’in (2009) tespit azaltma politikası (policy) oluşturarak yaptığı tez çalışmasında fiziksel tespit uygulama oranında %70 azalma olduğu belirtilmektedir. Amerika’da yapılan bir çalışmada New York City Sağlık ve Hastaneler Şirketi’nin oluşturduğu sağlık bakım sistemi uygulanmıştır. Bu sistem kapsamında, uygulanan tespit uygulamalarını azaltma girişimi sonucu iki yıllık süreçte tespit uygulama oranı, tespit süre ve sıklığı ve tespit kullanımından dolayı oluşan hasta yaralanmalarının azaldığı görülmüştür (Wale ve ark., 2011). Benzer şekilde fiziksel tespit uygulamalarını azaltmak için Amerika’da geliştirilen ve 2004 yılından beri farklı kültürlerle uyarlanarak kullanılan “Altı Temel Strateji” (Six Core Strategies), İngiltere’de bu altı stratejiden uyarlanarak oluşturulan “ReSTRAIN YOURSELF” ve Çin’de bu iki programdan uyarlanan CRSCE (Communication, Response, Solution-Focused Technique, Care, Environment) eğitim programları tespit uygulamalarını azaltmada etkili olmaktadır (Goulet, 2017; Duxbury ve ark., 2019; Ye ve ark., 2021). Bu sonuçlar tespit azaltma programlarının ve kurumlarda uygun politika-prosedürlerin oluşturulmasının tespit azaltmada ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç

Bu makalede fiziksel tespit kullanımının azaltılması kapsamında yapılan müdahaleler ve bu müdahalelerin etkinliği hakkında genel bir bilgi sunulmuştur. Fiziksel tespit azaltma kapsamında uygulanan bazı müdahaleler ile fiziksel tespit kullanımının önemli ölçüde azaltıldığı görülmektedir. Bu müdahaleler; fiziksel tespite yatkın hastaların belirlenmesi, hasta eğitimi, personel eğitimi, krize müdahale ekibi oluşturma, tespit uygulamalarını değerlendirerek veri tabanı oluşturma, teşvik sistemi oluşturma ve çevresel düzenlemelerdir.

Birçok ülkede fiziksel tespit azaltılması yönünde çalışmalar

yapılmıştır. Ülkemizde ise son yıllarda fiziksel tespit ile ilgili çalışmaların sayısı artmasına rağmen, fiziksel tespit azaltılmasına yönelik yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan personel eğitimi ve hasta eğitimi başta olmak üzere fiziksel tespit uygulamalarının azaltılması kapsamında yapılan müdahalelerin uygulandığı kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması, içinde bulunduğumuz durumun belirlenmesi, duruma uygun prosedürlerin geliştirilmesi ve uygun fiziksel tespit azaltma programlarının hazırlanması ya da diğer ülkelerden uyarlanması önerilmektedir.

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı: AG, KB

Veri Toplama / Literatür Tarama: AG

Verilerin Analizi ve Yorumlanması: AG, KB

Makalenin Hazırlanması: AG

Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi: AG, KB

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- American Psychiatric Nurses Association (APNA). (2014). Standards of Practice: Seclusion and Restraint. Retrieved from (09.02.2016): <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3730>
- Belanger, S. (2001). The “S&R Challenge”: Reducing the use of seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Journal for Healthcare Quality*, 23, 19-24. doi: 10.1111/j.1945-1474.2001.tb00319.x
- Bilici, R., Sercan, M., ve Tufan, E. (2013). Psikiyatri kliniklerinde yalıtım ve bağlama uygulamaları. *Düşünen Adam*, 26, 80-88. doi:10.5350/DAJPN2013260109
- Bower, F.L., McCullough, C.S., & Timmons, M.E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patient in psychiatric an acute care settings: 2003 update. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10, 1-29. doi: 10.1111/j.1524-475x.2003.00001.x
- Brooke, P.S. (2013). Legal and Ethical Basis for Practice. In EM. Varcariolis, (Ed). *Essentials Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care* (pp: 81-95). 2nd ed. China: Elsevier Saunders.
- Coşkun, S., Avlamaz, F., ve Genç, H. (2010). Akut psikoz kliniklerinde mekanik tespit uygulamasında cinsiyete özgü farklılıklar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 108-114.
- Craig, C., Ray, F., & Hix, C. (1989). Seclusion and restraint: Decreasing

- the discomfort. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27, 16-19. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19890701-10>
- Damen, I.M. (2009). The effectiveness of a restraint reduction policy implemented to reduce the use of physical restraint with children and adolescents in a residential care facility (Doctoral dissertation, University of Tennessee). Retrieved from (25.06.2021): https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1062&context=utk_graddiss.
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., ... Whittington, R. (2019). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('RESTRRAIN YOURSELF'). *International Journal Of Nursing Studies*, 95, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>
- Forster, P.L., Canvess, C., & Phelps, M. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 269-271. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(99\)80037-5](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(99)80037-5)
- Goulet, M.H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Hamers, J.P., & Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
- Jonikas, J.A., Cook, J.A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J.B. (2004). A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.818>
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimaki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 139-149.
- Lai, C.K.Y., Chow, S.K.Y., Suen, L.K.P., & Wong, I.Y.C. (2013). Reduction of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial. *Asian J Gerontol Geriatr*, 8, 38-43.
- McCue, R.E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., & Chambers, M.J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 217-224.
- Mistral, W., Hall, A., & McKee, P. (2002). Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 10-17. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00220.x>
- Sercan, M., ve Bilici, R. (2008). Türkiye'de bir ruh sağlığı bölgesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20, 37-48.
- Snellgrove, C.E., & Flaherty, E.L. (1975). An Attitude therapy program helps reduce the use of physical restraint. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 137-138. <https://doi.org/10.1176/ps.26.3.137>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 413-424. <https://doi.org/10.3109/01612840903484113>
- Sullivan, A.M., Bezmen, J., Barron, C.T., Rivera, J., Curley-Casey, L., & Marino, D. (2005). Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service—utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric quarterly*, 76(1), 51-65.
- Taxis, J.C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157-170. <https://doi.org/10.1080/016128402753542785>
- Tel, H., ve Beyaztaş, F.Y. (2002). Hastalara fiziksel tespit uygulaması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11, 184-185.
- Uzun, U., Sancak, B., Özer, Ü., ve Özen, Ş. (2015). Tespit uygulamalarını etkileyen değişkenler: Bir ruh sağlığı hastanesi örneği. *Yeni Symposium*, 53, 16-21. doi: 10.5455/NYS.20151221025259
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal Of Psychiatry*, 182(2), 135-140. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Videbeck, S.L. (2020). Legal and Ethical Issues. In: Videbeck S.L. (Ed). *Psychiatric-mental health nursing*. (pp. 338-360) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Visalli, H., McNasser, G., Johnstone, L., & Lazzaro, C.A. (1997). Reducing high-risk interventions for managing aggression in psychiatric settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(3), 54-61. doi: 10.1097/00001786-199702000-00009
- Wale, J. B., Belkin, G. S., & Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services—improving patient-centered care. *The Permanente Journal*, 15(2), 57. doi: 10.7812/tpp/10-159
- Ye, J., Xia, Z., Nie, S., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., ... Xiao, A. (2021). Effectiveness of CRSCE-based de-escalation training on reducing physical restraint in psychiatric hospitals: a cluster randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 87. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576662>

Derleme makale / Review • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1078482

Doğum Korkusunda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları Midwifery and Nursing Approaches in Fear of Birth

Sevgi Zeybek Yılmaz¹ , Zekiye Turan² 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

S.Z.Y: 0000-0002-0163-8642; Z.T: 0000-0002-2763-2820

¹Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya

Sorumlu yazar / Corresponding author: Sevgi Zeybek Yılmaz,
E-posta: sevgi.zeybek1@ogr.sakarya.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 24.02.2022

Kabul tarihi / Date of acceptance: 25.03.2022

Atf / Citation: Zeybek Yılmaz S., ve Turan Z. (2022). Doğum korkusunda ebelik ve hemşirelik yaklaşımları, *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 33-38. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1078482

ÖZ

Doğum korkusu, günümüzde kadınlar arasında en sık tartışılan konuların başında gelmektedir. Doğum korkusu; gebelikten, doğum sancısından, doğurmaktan korkmak olarak tanımlanabilir. Kadınlar bu korku ile başa çıkamayıp bu korkuya yenik düştüklerinde birbirini takip eden sorunlar ile karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlara baktığımızda; sezaryen doğumu tercih eden kadınların dünya genelinde ve ülkemizde hızlı bir şekilde artması, buna bağlı anne bebek etkileşiminde azalma, anne sütünün geç gelmesine bağlı yeni doğan beslenme problemleri, doğum maliyetlerinde artma, kadının annelik rolüne geçişinin aksaması ve aile içi iletişimde problemlere neden olmaktadır. Ebe ve hemşireler bu süreçte doğum korkusu nedir, neden oluşur, nasıl tespit edilir sorularının cevaplarına hakim olup, tespit edilen sorunlara yönelik girişimlerde bulunmalıdırlar. Bu derlemenin amacı; doğum korkusu nedir, bu korkunun anne ve bebeğe etkileri nelerdir, nasıl tespit edilmelidir ve hangi girişimler ile bu korku giderilir sorularına cevap aramaktır.

Anahtar Kelimeler: Korku; ebelik; hemşirelik

ABSTRACT

Fear of childbirth is one of the most frequently discussed issues among women today. Fear of childbirth can be defined as the fear of pregnancy, labor pains, and giving birth. When women cannot not struggle with this fear and succumb to this fear, they face successive problems. When we look at these problems, the rapid increase in women who prefer cesarean delivery throughout the world and in our country, accordingly, it causes a decrease in mother-infant interaction, newborn feeding problems due to delayed delivery of breast milk, an increase in birth costs, disruption of the transition of women to the role of motherhood and problems in family communication. In this process, midwives and nurses should know the answers to the questions of what the fear of childbirth is, why it occurs, and how it is determined, and they should take initiatives for the identified problems. Midwives and ladies have a good grasp of the answers to the questions of how this development happens when it is born, why it occurs, how it is determined, and what is targeted for the detected ones. The purpose of this review is to look for the answers to the questions: what is the fear of childbirth? What are the effects of this fear on the mother and the baby? How should it be determined? And with what interventions this fear can be eliminated?

Keywords: Fear; midwifery; nursing.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Gebelik, kadınların fizyolojik ve psikolojik olarak en çok değişime uğradıkları bir dönemdir. Bu dönemde kadınlar birden çok korkuyla karşı karşıya gelirler. Bunlardan en sık karşılaşılanı doğum korkusudur. Doğum korkusu; doğumdan önce, doğumda ve doğumdan sonra yaşanan korku olarak belirtilmektedir. Son zamanlarda ise "doğum korkusu" doğum yapabilme yeterliliğine ruhen ve bedenen kendini hazır hissetmeme ve anneliğe geçiş yapamayacağına inanma olarak tanımlanmaktadır. Bazı kaynaklarda "doğum korkusu" doğuma düşünce olarak da eylem olarak da negatif bakma, doğuma korku ve endişe ile yaklaşma olarak da tanımlanmaktadır (Eriksoon, Jansson ve Hamberg, 2006; Fenwick, Toohill, Creedy, Smith ve Gamble, 2015; Dencker ve ark., 2019).

Bazı kadınlar gebelik ve doğuma pozitif yaklaşırken, bazıları ise sorunsuz bir doğum yaşayamayacağına inanmaktadır. Önceki gebeliklerinde ve doğumlarında yaşanmış olumsuzluklar doğum korkusunu oluşturan en önemli sebeplerden biridir (Alessandra ve Roberta, 2013; Creedy, Cantrill ve Cooke, 2008). Gebelerin doğum sırasında yabancı bir ortamda bulunma, engelli bir bebeğe sahip olma ya da doğum esnasında bebeğin zarar görmesi ve gebenin yalnız olması düşüncesi doğum korkusunu arttırmaktadır.

Doğum korkusunun tarihine baktığımızda, doğum yapmaktan korkma ilk olarak 1858 yılında Fransız psikiyatrist Louis Victor Marcé tarafından ortaya atılmıştır (Nilsson ve ark., 2018). Sonrasında 1990' lı yıllarda Finlandiya da yapılan çalışmalar doğum korkusunu fobik korku ve anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirmiştir (Saisto ve Halmesmaki, 2003).

Doğum korkusu; hafif, orta ve şiddetli olarak gruplandırılmaktadır (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Kaya ve Güler, 2021). Gebelerin büyük bir kısmı doğum korkusunu hafif ve orta şekilde yaşarken yapılan çalışmalar az bir kısmının daha ağır yaşadığını göstermektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Primipar gebelerde ki doğum korkusunun, yapılan çalışmalarda multipar gebelerden daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur (Wijma, Wijma ve Zar, 1998; Nieminen, Stephansson ve Ryding, 2009; Körükçü, Ziya ve Kukul, 2010). Yapılan bir çalışmada anksiyete yaratan 43 olay içinde, gebeliğin 12. sırada olduğu, diğer bir çalışmada ise 116 olay içerisinde 15. sırada olduğu bulunmuştur (Akbaş, Vırt, Kalenderoğlu, Savaş ve Sertbaş, 2008; Daştan, Deniz ve Şahin, 2015).

Bazı çalışmalarda, doğum korkusu görülme oranları bölgesel farklılıklar, gebelik süresi ve doğum korkusunu belirleme metodundaki farklılıklar nedeni ile farklı oranlarda tespit edilse de ortalama olarak %15 ile %22 arasında bildirilmektedir (Hall ve ark., 2009; Fenwick ve ark., 2015). Hildingsson, Nilsson, Karlstrom ve Lundgreen (2011) yılında doğum korkusunu gebelik dönemine ve doğum sonu döneme göre görülme durumlarını inceledikleri çalışmalarında; ikinci trimesterde %12,4 üçüncü trimester de %13,5 doğumdan bir yıl sonra ise %15,1 olarak tespit etmişlerdir etmişlerdir. Doğum korkusunu global perspektifte inceleyen Haines, doğum korkusunun oluşumunda kadının kültürü, etnik kökenin ve sosyo-ekonomik düzeyinin etkili olduğunu belirtmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip, geleneksel özelliklerin baskın olduğu ülkelerdeki

gebeler, refah düzeyi yüksek ülkelerde yaşayan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşamaktadır (Haines, 2020). Arslantaş, Çoban, Derboy, Sarı, Şahbaz ve Kurnaz (2020) yaptıkları çalışmada doğum korkusunun artması ile, gebeliğe bağlı şikayetlerin arttığı ve doğum sonu ruh sağlığının daha fazla bozulduğunu tespit etmişlerdir.

Bu derlemenin amacı; doğum korkusunun dünyada ve ülkemizdeki durumu, doğum korkusunun nedenleri, doğum korkusunun sonuçları ve doğum korkusunu önlemede önemli rolü olan ebe ve hemşirelerin yaklaşımları ve girişimleri hakkında bilgi vererek literatüre katkı sağlamaktır.

Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusu gebelerde farklı nedenlerden kaynaklanmaktadır. Gebelerin bu korkuyu farklı sebeplerden dolayı yaşadıkları kanıtlanmıştır (Şahin, Güler, Özdemir ve Ünsal, 2019). Bu faktörler; psikolojik, gebelik ve doğum ile ilgili, sosyo-demografik özellikler ile ilgili ve çevresel etkenler olarak ele alınabilir (Çiçek ve Mete, 2015; Körükçü ve ark., 2010; Öztürk, 2020; Buran, 2021).

Psikolojik etkenler

- Gebenin, gebelik öncesinde bulunan anksiyete ve depresyon öyküsünün olması,
- Gebeliğinin sorunsuz geçmesi ve sorunsuz doğum yapma ile ilgili endişe ve kaygı yaşamaması,
- Gebenin doğum ile ilgili bilgi eksikliği,
- Doğum yapabilecek yeterliliği olduğuna inanmaması,
- Doğum salonunda yalnız kalma düşüncesi,
- Doğum sırasında sağlık çalışanları ile etkili iletişime geçemeyeceği korkusu,
- Doğum yapılacak kuruma ve kurumdaki sağlık çalışanlarına güvenmeme,
- Ebeveynliğe kendini hazır hissetmemesi, bebeğin bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması veya kendine güvenmemesi,
- Bebeğin ve kendinin doğum anında ve sonrasında zarar göreceğini düşünmesi,
- Çocukluk döneminde yaşanmış cinsel istismar olarak sıralanabilir (Öztürk, 2020; Buran, 2021).

Gebelik ve doğum ile ilgili etkenler

- Planlanmamış gebelik,
- Daha önceki yaşadığı doğum ağrısı, doğum sonu epizyotomi ağrısı,
- Doğum sonrası dönemde cinsel yaşantısında sorun yaşayacağını düşünmesi,
- Gebelik sürecinde düşük tehdidine bağlı mobilizasyon kısıtlaması,
- Gebelik hipertansiyonu ve gestasyonel diabetes mellitus,
- Fazla kilo alımı,
- Önceki abortus deneyimi,

- Gebelik haftası,
- Gebenin ailesinde ölü doğum yapmış ve doğum sırasında ölmüş yakınının olması (Körükçü ve ark., 2010; Öztürk, 2020; Buran, 2021).

Sosyo-demografik özellikler ile ilgili etkenler

- İleri yaş veya adölesan gebelik,
- Düşük eğitim düzeyi,
- Gebenin resmi nikahının olmaması veya boşanmış olmak,
- Ekonomik özgürlüğünü sağlayamamak (Büyükbayrak ve ark., 2010; Çiçek ve Mete, 2015).

Çevresel etkenler

- Medyadan veya çevreden duyulan olumsuz doğum deneyimleri,
- Doğum ağrısı ile ilgili abartı ifadelerin söylenmesi,
- Aile, eş ve sosyal destek eksikliği,
- Sağlık çalışanlarının gebeye doğum öncesi ve doğum sırasında yeterli bilgi vermemesi (Bülbül, Özen, Çopur ve Kayacık, 2016; Karabekir, 2016; Ergöl ve Kürtüncü, 2014).

Doğum Korkusunun Olumsuz Etkileri

Doğum korkusuna neden olan birçok etken, gebelik ve doğum sürecini olumsuz etkilemektedir. Doğum korkusu arttıkça kanama, fetal distres, uzamış ya da hızlı doğum, ikinci evrenin uzun sürmesi, müdahaleli doğum ve acil sezaryene alınma durumunun artırdığı bildirilmiştir (Akın, Yeşil, Yücel ve Boyacı, 2018). Gebeler, doğum korkusuna neden olan bu faktörlerle karşılaştıkça daha da korkmakta ve elektif sezaryene yönelmektedirler. Dünyada giderek artan sezaryen oranları doğum korkusuna daha fazla önem verip gerekli önlemleri almamız gerektiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının %10-15 arasında olmasını önermektedir (WHO, 2015). Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü [Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)]'nin 2017 raporuna bakıldığında Türkiye'de sezaryen doğum oranı %53,1 Avrupa Birliği ülkelerinde %28 olarak ölçülmüştür. Bu oranlar DSÖ'nün önerdiği oranın çok üstündedir (WHO, 2015; OECD, 2019). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine bakıldığında ülkemizde doğumların büyük çoğunluğunun (%52) sezaryen olarak yapıldığı görülmektedir. Bu oran incelendiğinde, 1993 yılında %7, 2003'de %21 ve 2013 yılında ise %48 olarak yıllar içinde hızlı bir şekilde yükseldiği görülebilmektedir (TNSA, 2018).

Elektif sezaryenin büyük çoğunluğunu doğum korkusu yaşayanlar ve olumsuz doğum algısı olanlar oluşturmaktadır (Güleç, 2020). Çakmak, Arslan ve Nacar (2014) yaptığı çalışmada, kadınların %42,2'si vajinal doğumdan korktukları için, %31,6'sı sezaryen doğumda ağrı hissetmeyeceğini düşündüğü ve %10,5'i vajinal doğum yaptıklarında risk faktörlerinin artacağına inandıkları için kendi istekleri ile sezaryen doğumu tercih etmişlerdir. Karabulutlu (2012)'nin araştırmasında ise kadınların vajinal doğum korkularının olması ve sezaryen doğumu daha sağlıklı buldukları için tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu oranların giderek yükselmesinin olumsuz

sonuçlar doğurduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Olumsuz sonuçlar, aşağıdaki gibi sıralanabilir (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2013; Dahlgren ve ark., 2009; Begum ve ark., 2018).

1. Sezaryen doğuma bağlı anne- bebek iletişimde gecikme,
2. Anne sütünün geç gelmesine bağlı bebeğin anne sütü almasının gecikmesi,
3. Emzirmeyi sağlayamayan annenin kendini psikolojik olarak yetersiz hissetmesi,
4. Sezaryen doğum sonrasında oluşacak olan gebeliklerin de sezaryen doğum ile sonuçlanması,
5. Annenin evdeki rol ve sorumluluklarını hemen yerine getirememesi,
6. Yenidoğanda solunum fonksiyonu ile ilgili hastalıklar ve yoğun bakıma yatışlarda artma,
7. Sezaryen doğumun ülke ekonomisine ciddi yük getirmesi.

Doğum Korkusunda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Doğum korkusu kadınların gebeliği istememe, gebeliği erteleme hatta gebe olduklarını öğrendiklerinde gebeliği sonlandırma kararı almalarına neden olan bir korkudur. Doğum korkusu yaşayan kadınların %13'ü gebeliğini ertelemekte, gebe kalmaktan korkmakta ya da gebeliğini sonlandırma kararı almaktadırlar (Sezen ve Ünsalver, 2018). Ülkemizde gebelerin %47,4'ü zorunluluk olmaksızın, doğum korkusu yüzünden sezaryen doğumu tercih etmektedir (Ergül ve Kürtüncü, 2015). Kadınlardaki bu korkuyu azaltmada ve önlemede önemli rol ve sorumluluk ebe ve hemşirelerdedir.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunu oluşturan ebe ve hemşirelerin verdikleri eğitim, danışmanlık ve desteğin niteliği kadının doğum deneyiminin şekillenmesinde etkili bir rol oynamaktadır (Karabulutlu, 2012). Kadınlar gebelik planladıkları andan itibaren doğum korkusunu önlemeye yönelik eğitim almalıdırlar. Sağlık profesyonelleri arasında gebeye danışmanlık ve eğitim verecek olan ebeler ile kadın sağlığı hemşireleri iyi bir gözlemci olmalıdırlar. Kadınların anamnezi dikkatlice alınmalı ve doğum korkusu olup olmadığını ortaya çıkaracak sorular sorulmalıdır. Doğum korkusu kadınlarda çocukluğundan beri duyulan olumsuz doğum hikayeleri, yanlış inanışlar ve bilinçaltı korkularından oluşmaktadır. Doğum korkusunu ortaya çıkartmak için Vizuel Analog Skala (VAS) gibi kolay ve hızlı uygulanabilir ya da Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği gibi ayrıntılı ölçekler kullanılabilir.

Doğum öncesi danışmanlık veren gebelik okulları doğum korkusunu azaltmada ve gebenin kendine güvenmesinde çok etkilidir. Bu eğitimler de gebeye bütüncül yaklaşım gebelik doğum ve doğum sonu dönemde karşılaşılabilecek zorluklar hakkında bilgi verilip gebenin korkularına ve bilgi eksikliği olduğu konulara özel eğitim verilmeli ve kendine güvenmesi gerektiği öğretilmelidir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Gebelik ve doğum öncesi iyi bir danışmanlık alan gebeler normal fizyolojik bir süreç olan bu süreci daha sorunsuz yaşarlar, doğuma hazırlıklı olurlar, doğumu yönetirler ve daha az müdahaleli doğum gerçekleştirirler (Yalçınsoy, 2019).

Gebelik, doğum öncesi ve doğum sonu dönemde ebe ve hemşirelerin eğitim-danışmanlık, psikolojik destek, savunuculuk ve doğum desteği gibi görev ve sorumlulukları vardır.

Eğitim – danışmanlık

Ebe ve hemşireler kadınların gebe olmaya karar verdikleri andan itibaren gebelik, doğum ve doğum sonu dönem de dahil olmak üzere her zaman iletişim halinde oldukları en sık danışmanlık ve eğitim aldıkları sağlık çalışanlarıdır. Kadınlar gebelik öncesi dönemden itibaren doğum ile ilgili eğitimlere katılarak bilgi eksikliklerini gidermelidirler. Bireye özel danışmanlık ve eğitim kişinin ihtiyaç duyduğu konulara odaklanma, her türlü bilgi eksikliğini giderilmesi, yanlış bilinenler ve eksik bilgilerinin tamamlanması ve korkuların giderilmesinde önemli bir aşamadır. Koruyucu sağlık hizmetlerin de (Aile Hekimliği, Toplum Sağlığı Merkezleri) çalışan ebe ve hemşireler doğum korkusu ile ilgili eğitim düzenleyerek toplumda sık karşılaşılan bu sorunu çözmeye yönelik girişimde bulunmalıdırlar.

Psikolojik destek

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili şiddetli korku yaşayan kadınlara verilen psikososyal desteğin doğum korkusunu azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca anne bebek bağlanma problemi yaşanmasını ve doğum sonu depresyon görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir (Akın ve ark., 2018). Sosyal destek ve eş desteği alan gebelerde doğum korkusu yaşama durumu olmayan gebelere göre daha az görülmektedir (Arslantaş ve ark., 2020).

Savunuculuk

Savunuculuk kadının yanında olma, isteklerini dikkate alma, sağlığı ile ilgili karar vermesine yardım etme ve destek olmayı içermektedir. Savunuculuk kadın yabancı bir ortamda bulunduğu, kendisi için konuşmadığında ya da hassas bir durumda olduğunda onu temsil edip onun yerine konuşabilmeyi gerektirir. Gebe tıbbi terimleri bilmeyip endişelenebilir ve sağlık çalışanları ile iletişime geçmekte zorlanabilir. Bu aşamada yine gebenin yanında olunmalıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %66'sı doğum sırasında kendisi hakkında karar verilirken fikrini ifade etme fırsatı tanınmadığını belirtmiştir (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Doğum desteği

Doğum desteği sağlık profesyonelleri tarafından verilen ve doğum sonuçlarını olumlu yönde geliştiren bakım olarak tanımlanır (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2011). Doğum desteği, doğum yapan kadına sağlanan önemli bakımları kapsar. Doğum desteğinin amaçlarına baktığımızda; doğum yapan kadının yanında olma, duygusal destek verme, isteklerini karşılama, konforunu sağlama, doğuma olumlu bakmasını sağlama, kendine güvenmesini, kadının gücüne inanmasını ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmadır (Miltner, 2000). Bu süreçte ebe ve hemşireler gebeye destekleyici bakım aktiviteleri sağlamalıdır.

Bu aktivitelere bakıldığında;

- Güvenli alan yaratma,
- Gebenin kendini ifade etmesini ve açıklamasına izin verme,
- Gebenin mahremiyetini koruma,
- Gebeyi ihtiyaçları ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirme,
- Gebenin ağrı ya da herhangi bir endişesi olduğunda yanında olma,
- Doğum için önemli olan doğru nefes alıp vermeyi, ıkmıyarak bebeği itmeyi ve doğru pozisyon almayı öğretme,
- Masaj, hipnoz vb. nonfarmakolojik yöntemleri uygulama ve gebeye öğretme,
- Doğumun her aşamasında gebeye yol gösterici, yönlendirici olma ve
- Gebenin çabalarını destekleme ve bilgi vermeyi içermektedir (Uludağ, 2017).

Sonuç

Doğum korkusunu tespit etmek için gebelere uygun ortamda uygun ölçekler kullanılarak veri toplanmalı ve doğum korkuları ortaya çıkarılmalıdır. Doğum korkusu tespit edilen gebelere gebe polikliniklerinde doğum öncesi bakım, gebelik ve doğum korkusu ile ilgili eğitim verilmeli korkularının azaltılması sağlanmalıdır. Her iki doğum şeklinin de olumlu ve olumsuz yönleri anlatılmalı ve gebenin kendisinin karar vermesi sağlanmalıdır. Hekim tarafından zorunluluk olmaksızın sezaryen doğum önerilen kadınlara, sezaryen doğum hakkında bilgilendirme yapılarak doğum ve doğum sonu dönemde yaşayacağı zorluklar anlatılmalı ve normal doğuma teşvik edilmelidir.

Kadın doğum kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler gebelik, doğum ve doğum sonu bakım ile ilgili güncel yayınları takip etmeli ve bu alana özel eğitimler almalıdırlar. Sağlık kurum yöneticileri ve kurumda çalışan akademisyenler, doğum korkusunu azaltma ve önlemeye yönelik toplum bilgilendirme eğitimleri, çalışanlara hizmet içi eğitimler düzenlemeli, gebelere özel danışmanlık ve destek sağlamalıdırlar. Bu eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Kadınlarda doğum korkusunun azalmasıyla vajinal doğum oranları artar, müdahaleli doğum oranları azalır, doğuma bakış açısı pozitif yönde artar, anne bebek etkileşimi hızlanır, yenidoğanda gelişebilecek sorunlar azalır, lohusalık dönemi psikolojik sorunlar yaşanma durumu azalır. Doğum korkusu göz ardı edilmemesi gereken bir sorun olarak gebelerin sık karşılaştıkları, ebe ve hemşireler tarafından tespit edilip gerekli girişimler ile azaltılabilen bir sorundur.

Son derece önemli olan "doğum korkusu" ile ilgili yapılan çalışmalar yetersizdir. Doğum korkusunda ebe ve hemşire yaklaşımlarının doğum korkusu ve tercihinin etkilerinin incelenmesine yönelik çalışmalar yapılmasının uygulama alanı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri Konsepti ve Tasarımı: S.ZY, Veri Toplama / Literatür Tarama: S.ZY, Verilerin Analizi ve Yorumlanması: S.ZY, Z.T, Makalenin Hazırlanması: S.ZY, Z.T, Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi: S.ZY, Z.T

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Akbaş, E., Virit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H.A., ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 9-13. doi:10.24998/maeusabed.518546
- Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U., ve Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences*, 13(2), 11-20. doi: 10.12739/NWSA.2018.13.2.4C0016
- Alessandra, S., & Roberta, L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr. J. Clin.Psychol*, 1(1), 1-18. doi:10.6092/2282-1619/2013.1.893
- Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., Şahbaz, M., ve Kernaz, D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250. doi: 10.17826/cumj.647253
- Begum, T., Ellis, C., Sarker, M., Rostoker, J.F., Rahman, A., Anwar, I., & Reichenbach, L. (2018). A qualitative study to explore the attitudes of women and obstetricians towards caesarean delivery in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 368. doi:10.1186/s12884-018-1993-9
- Buran, G. (2021). *Hypnobirthing* eğitiminin doğuma ilişkin korku ağrı ve memnuniyete etkisi. (Doktora tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., ve Kayacık, F. (2016). Investigation the fear of labor and decision making about delivery type in pregnant. *Erciyes University Journal of Health Sciences*, 25(1), 126-130. doi: 10.34108/eujhs.552894
- Büyükbayrak, E. E., Kaymaz, O., Kars, B., Karşıdağ, A. Y., Bektaş, E., Ünal, O., ve Turan, C. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(2), 155-158. doi: 10.3109/01443610903461436
- Creedy, D.K., Cantrill, R.M., & Cooke, M. (2008). Assessing midwives breastfeeding knowledge: properties of the newborn feeding ability questionnaire and breastfeeding initiation practices scale. *International Breastfeeding Journal*, 3(7), 1-12.
- Çakmak, B., Arslan, S., ve Nacar, M.C. (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 9(3), 22-25.
- Çiçek, Ö., ve Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
- Daştan, B.N., Deniz, N., ve Şahin, B. (2015). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 71-78. doi: 10.5505/phd.2015.91885
- Dahlgren, L.S., Dadelszen, P.V., Christilaw, J., Janssen, A.P., Lisonkova, S., Marquette, G.P., ... Liston, R.M. (2009). Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *J Obstet Gynaecol Can*, 31(9): 808-817. doi:10.1016/S1701-2163(16)34299-2
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., ... Sparud Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32, 99-111.
- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD). (2019). Sağlık İstatistiği. Erişim Adresi: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fa1f7281>. doi: 10.1787/888934017918.
- Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22, 240-248. doi: 10.1016/j.midw.2005.10.002
- Ergöl, Ş., ve Kürtüncü, M. (2014). Factors affecting women's preferences for cesarean birth in a university hospital. *Journal of Hacettep University Faculty of Nursing*, 1(3), 26-34.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31, 239-246. doi: 10.1016/j.midw.2014.09.003
- Güleç, D. (2020). Hemşirelik öğrencilerinde doğum ve ebeveynliğe hazırlık dersinin doğum korkusu ve travmatik doğum algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/ Journal of Higher Education and Science*, 10(3), 423-428. doi:10.5961/jhes.2020.402
- Haines, H. (2020). Global perspectives of childbirth fear including the relevant evidence. In: Gutteridge, K. (Eds) *Understanding anxiety, worry and fear in childbearing* (pp. 19-29). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21063-2_2
- Hall, W., Hauck, Y., Carty, E., Hutton, E., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN*, 38, 567-576. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlstrom, A., & Lundgren, I. (2011). A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *JOGNN*, 40, 532-543. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(3), 210-218.
- Karabekir, N. (2016). Using psychodrama in childbirth education and birth psychotherapy: birth with no regret. *Association for Pre-and*

- Perinatal Psychology and Health*, 30(3), 208-217.
- Karaçam, Z., ve Akyüz, E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe, hemşirenin rolü. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Kaya, N., ve Güler, H. (2021). Türk toplumunda doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 30(1), 69-75. doi: 10.17942/sted.888276.
- Körükçü, Ö., Ziya, M., ve Kukulu, K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.125.
- Miltner, R.S. (2000). Identifying labor support actions of intrapartum nurses. *JOGNN*, 29(5), 491-499. doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02770.x
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., ... Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(7), 807-813. doi: 10.1080/00016340902998436.
- Öztürk, G. (2020). *Doğum korkusuyla baş etme rehberi geliştirme ve etkinliğini değerlendirme*. (Doktora tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Sezen, C., ve Ünsalver, B. (2018). Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *Nörodavranış Bilimleri Dergisi*, 5(1), 29-36.
- Şahin, S., Güler D.S., Özdemir, K., ve Ünsal, A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy, Bakırköy Tıp Dergisi*, 15(1), 5-14. doi: 10.4274/BTDMJB.galenos.2017.20170603015031
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. *Obstet Gynecol*, 121(4), 904-907. doi: 10.1097/01.AOG.000042864767925.d3
- The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (AWHONN). (2011). Nursing support of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 40 (5), 665-666. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01288.x
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim Adresi (20.04.2021): http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Uçar, T., ve Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54-58.
- Uludağ, E. (2017). *Hypnobirthing felsefesine dayalı verilen hemşirelik bakımının doğum korkusuna, ağrısına, süresine, memnuniyetine ve maliyetine etkisi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yalçınsoy, H. (2019). *Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19(2), 84-97. doi:10.3109/01674829809048501
- World Health Organization (WHO). (2015). Statement on Caesarean Section Rates. Retrieved from (10.04.2021): <https://www.who.int/>

Derleme makale / Review • DOI:10.48071/sbuhemsirelik.988885

COVID-19 Pandemisinde Gebelik Süreci ve Doğum Korkusu¹

Pregnancy Process and Fear of Childbirth During COVID-19 Pandemic

Özlem AKIN² , Nülüfer ERBİL³ **Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:**

O.A: 0000-0001-7210-8756, N.E: 0000-0003-3586-6237

¹Bu araştırma 14-16 Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul Yeniüçyüzlü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi "Dünyada ve Ülkemizde Covid-19 Pandemisinin Hemşireliğe ve Hemşirelik Vizyonuna Etkileri" Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

³Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu

Sorumlu yazar / Corresponding author: Özlem AKIN,

E-posta: ozlem.akin@erdogan.edu.tr, akinozleem@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 31.08.2021**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 04.04.2022**Atıf / Citation:** Akin, Ö., ve Erbil, N. (2022). Covid-19 pandemisinde gebelik süreci ve doğum korkusu. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 39-44. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.988885**ÖZ**

Dünyada milyonlarca insanın hayatını dramatik bir şekilde etkileyen COVID-19 pandemisi, gebe kadınlarda her zamankinden daha fazla endişe ve belirsizliklere neden olarak psikolojik bir yük oluşturmaktadır, olağandan daha fazla korkuya neden olmaktadır. Bu derlemenin amacı, COVID-19 pandemisinde gebelerde doğum korkusuna etki eden faktörler hakkında farkındalık sağlamaktır. Literatür taraması Google Akademik, PubMed, Web of Science veri tabanlarında Türkçe ve İngilizce "COVID-19", "gebe", "gebelik", "doğum korkusu" "pandemi" anahtar kelimeleri kullanılarak yapıldı. Gebelerde, aile desteğinin yetersizliği, sağlık ekibiyle iletişim sorunları, bebeğin virüsle enfekte olma kaygısı ve kadınların doğum sonrası bebeklerinden ayrı kalma korkusunu içeren nedenlerle doğum korkusu oluşmaktadır. Kadınların büyük çoğunluğunun doğumdan korktuğu, en çok bebeklerinin sağlığı konusunda endişe duydukları, COVID-19 ile ilgili yanlış bilgilerin gebe kadınların korku ve kaygısını artırdığı, doğum tercihlerini ve doğum yerini etkilediği rapor edilmektedir. COVID-19 pandemisine bağlı sosyal izolasyonun, gebe kadınlarda sosyal destek yetersizliğine neden olduğu, doğum öncesi eğitim ve danışmanlığın gebelerin endişe ve korkusunu azaltmada olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir. COVID-19 pandemisinde, gebe kadınlara bilinçli, sürekli ve saygılı izlem ve desteğin sürdürülmesi, anne-çocuk sağlığı, aile ve toplum sağlığı için önemli olduğu kadar, her kadının pozitif bir doğum deneyimi yaşamaya için de oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 virüs; korku; gebelik; hemşirelik; pandemi.**ABSTRACT**

COVID-19 pandemic, which has dramatically affected the lives of millions of people around the world, have caused more anxiety and uncertainty in pregnant women than ever before, creating a psychological burden and more fear than usual. The purpose of this review was to raise awareness about the factors affecting the fear of childbirth in pregnant women during the COVID-19 pandemic. The literature search was conducted using the keywords "COVID-19", "pregnant", "pregnancy", "fear of childbirth" and "pandemic" in Turkish and English in Google Academic, PubMed, Web of Science databases. Fear of childbirth occurs in pregnant women due to lack of family support, communication problems with the health care team, anxiety of the baby being infected with the virus, and the fear of women being separated from their babies after delivery. It is reported that the vast majority of women are fear of childbirth, they are most worried about the health of their babies, false information about COVID-19 increases the fear and anxiety of pregnant women, and it is also affects their birth preferences and place of birth. It is stated that social distance practices due to the COVID 19 pandemic cause a lack of social support in pregnant women, and prenatal education and counseling have a positive effect on reducing the anxiety and fear of pregnant women. In the COVID 19 pandemic, maintaining conscious, continuous and respectful monitoring and support for pregnant women is not only important not only for mother-child health, family and community health, but also for every woman to have a positive childbirth experience.

Keywords: COVID-19; fear of childbirth; pregnancy; nursing; pandemic.

Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

COVID-19 pandemisi, dünya çapında geniş kapsamlı ve benzeri görülmemiş ekonomik ve psikososyal sonuçları olan bir durumdur. Pandemi koşullarının dünya çapındaki tüm bireyler üzerinde derin psikolojik etkileri olduğu görülmektedir (Pakpour ve Griffiths, 2020).

Gebelik, kadınların fizyolojik, psikolojik, hormonal ve sosyal değişimlerin yaşandığı, psikolojik rahatsızlık risklerinin artış gösterdiği önemli bir süreçtir (Silva, Nogueira, Clapis, ve Leite, 2017). Gebe kadınlar, COVID-19'a karşı ek önlemler almaya özel ihtiyaç duyan nüfus gruplarından biridir (Mirzadeh ve Khedmat, 2020). Kuşkusuz, izolasyon, sosyal mesafe, tıbbi bakıma sınırlı erişim ve COVID-19'un neden olduğu günlük yaşamdaki büyük değişiklikler, gebe kadınlar gibi savunmasız nüfus arasında ruh sağlığı sorunları riskini artırmaktadır (Thapa ve ark., 2020). Bu nedenle gebe kadınların COVID-19 pandemisi sırasında özellikle ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasız olduğu varsayılmaktadır (Mirzadeh ve Khedmat, 2020; Thapa, Mainali, Schwank ve Acharya, 2020). İtalya'da yapılan bir çalışmanın bulguları, COVID-19 pandemisinin gebe kadınlar üzerinde olumsuz psikolojik etkisi olduğunu göstermektedir (Saccone ve ark., 2020). Başka bir çalışmada da COVID-19 pandemisinin başlaması sonrası değerlendirilen gebe kadınların, pandemiden önce değerlendirilen kadınlara göre önemli ölçüde daha yüksek depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (Wu ve ark., 2020).

COVID-19 pandemisinden kaynaklanan yaşam tarzı değişiklikleri, endişe ve belirsizliklerle karşılaşan gebe kadınlar üzerinde psikolojik bir yüke neden olmaktadır (Antonakou, 2020). COVID-19 pandemisinin gebeler üzerinde kaygı, sıkıntı ve korkuya neden olduğu da görülmektedir (Sahin ve Kabakci, 2021). Gebelerin COVID-19 ile enfekte olma korkusu, fetüsün iyiliği ve doğumla ilgili endişeler arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgu, pandemi sırasında gebeliğin kendi başına bir risk olarak algılandığını düşündürmektedir (Taubman-Ben-Ari, Chasson ve Abu-Sharkia, 2020).

Her kadın gebeliği farklı şekillerde algılayarak, genel olarak kadınlar doğum kaygıları ve korkularıyla karşı karşıyadır (Dencker ve ark., 2019). COVID-19 pandemisinin kadınlarda oluşturduğu psikolojik durumlar, gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşamalarına neden olabilmektedir (Pakpour ve ark., 2020). Kadınların %80'inden fazlası, COVID-19 pandemisinde doğumdan korktuğunu ifade etmektedir (Ravaldi, Wilson, Ricca, Homer, Vannacci, 2021). Gebe kadınlarda görülebilen doğum korkusu, gebelerin sağlığının yanı sıra intrapartum ve postpartum dönemi olumsuz etkileyebilir (Nilsson ve ark., 2018).

COVID 19 pandemisinde sorunlar, gebe kadınlar arasında kafa karışıklığı ve endişeye yol açarken, bunlar arasında en çok endişe yaratanlar, artan hasta sayısı, ciddi vaka ve ölüm sayılarıyla ilgili konulardır (Dong ve Zheng, 2020). Gebe bir kadının korkuları ve kaygıları hem anne hem de fetüs sağlığı üzerinde zararlı etkilere sahip olabilmektedir. Gebelik sırasında yüksek stres, kaygı ve diğer duygudurum bozuklukları, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı dahil olmak üzere olumsuz perinatal sonuçlar için riski artırmakta (Shaw, Herbers, Cutuli, 2019), aynı zamanda yüksek sezaryen doğum oranı (Yedid Sion, Harlev,

Weintraub, Sergienko, ve Sheiner, 2016) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Mevcut COVID-19 pandemisi ve bunun etkileri ile ilgili belirsizlik ve gebeliği tehdit edici bilgiler, doğum yapma konusunda bir kadın üzerinde ek yük oluşturmaktadır. Doğum korkusu, gebeliğe özgü anksiyetenin en iyi göstergelerinden biridir (Sinesi Maxwell, O'Carroll ve Cheyne, 2019). Gebelerde ruh sağlığı sorunları, anksiyete bozuklukları, travma deneyimleri, sosyal destek eksikliği, işsizlik ve ekonomik sorunlar dahil olmak üzere doğum korkusuna neden olan çeşitli faktörler bulunmaktadır (Dencker ve ark., 2019). Ayrıca doğumla ilişkili farklı inanışlar ve kültürel farklılıklar da doğum korkusuna neden olabilmektedir (Rondung, Thomtén ve Sundin, 2016; Soltani, Eskandari, Khodakarami, Parsa ve Roshanaei, 2017). Araştırmalar COVID-19 pandemisinin gebeler arasında artan bir korkuya neden olduğunu belirtmiştir. Kadınların neredeyse yarısı, hastalığın dikey bulaşmasından korktuklarını (Saccone ve ark., 2020), hem gebeliğin devam etmesinden hem de kendi hayatlarını riske atmalarından, enfeksiyon sonucu gebeliğin sonlandırılmasından ve karantinadan korktuklarını belirtmiştir (Fakari ve Simbar, 2020). Corbett ve arkadaşları (2020) ise gebe kadınların COVID-19 pandemisi sırasında en çok sırasıyla yaşlı akrabaları, çocukları ve doğmamış bebekleri hakkında endişe duyduklarını bildirmiştir.

COVID-19 pandemisi dünya çapında olumsuzluklara neden olurken, gebelik ve doğumla ilgili mevcut strese ek olarak, enfeksiyon tehdidi ve sosyal izolasyon politikaları gebeleri olumsuz etkileyebilir. COVID-19 pandemisi küresel nüfusu etkilemeye devam ederken, perinatal bakım ve müdahaleleri bilgilendirmek adına gebeleri nasıl etkilediğini anlamak önemlidir. Bu nedenle yapılan derlemede, COVID-19'un gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler hakkında farkındalığını sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu derleme COVID-19 pandemisinde gebelerde doğum korkusuna yönelik çalışmaların geriye dönük olarak taranması şeklinde gerçekleştirildi. Literatür taraması, Google Akademik, PubMed, Web of Science veri tabanlarında Türkçe ve İngilizce "COVID-19", "gebe", "gebelik", "doğum korkusu" "pandemi" anahtar kelimeleri kullanılarak yapıldı.

COVID 19 Pandemisinde Gebelik Süreci

Gebelik çoğu kadının hayatında yeni duygular ve deneyimler içeren keyif verici dönemlerden biri olarak tanımlanırken ne yazık ki COVID-19 pandemisinde bu yana kadınlar için gebelik süreci ve doğum zor koşullarda gerçekleşmektedir. Enfekte bireylerin sayısı ve ölümlerin sayısı ile ilgili olumsuz haberler, hastalığın neden olduğu çeşitli semptomlar ve komplikasyonlar ve hastalık hakkındaki sınırlı bilgimiz dahil olmak üzere, gebelerin korku ve kaygıları artmaktadır (Corbett ve ark., 2020).

Bazı ülkelerde gebeler hastane ziyaretlerine COVID-19 ile enfekte olma korkusuyla sağlık tesislerini ziyaret etmekten kaçınmış ve sosyal destek ağlarından ve sağlık tesislerinden izole edilmiştir. Çinli gebe kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma, pandemi durumunda gebelerin algılanan stres, depresyon ve kaygılarının pandemi süreci dışında gebelik yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir (Jiang ve ark., 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde potansiyel enfeksiyon riski ne-

deniyle, gebeler antenatal bakım hizmetlerine başvurma konusunda bir ikilem yaşamaktadır (Wu ve ark., 2020). Hastanelerin ve kliniklerinin insanlara uzak durmaları ve doktorlarıyla uzaktan iletişim kurmaları çağrısında buldukları bir zamanda, gebe kadınlar er ya da geç bebeklerini doğurmak için hastaneye gitmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da yalnızca evden çıkıp halka açık bir yerde olmayı, enfeksiyon olasılığının artmasını, aynı zamanda COVID-19 olan kişilerin tedavi gördüğü hastanede bulunmaya da neden olmaktadır. Dahası, yanlarında sadece bir kişi getirmelerine izin verildiği ve ziyaretçilerin yasak olması nedeniyle kadınların büyük ölçüde kendi başlarına kalmaları böylece, gebelikte yaşanan doğum korkusunun özellikle pandemiye bağlı doğum kaygısıyla birleşmesine yol açmaktadır (Taubman-Ben-Ari ve ark., 2020). Bivia-Roig ve arkadaşları (2021) gebe kadınların %22.5'inin COVID-19 bulaşma korkusu nedeniyle tıbbi ziyaretlerini iptal ettiklerini ve bu kadınların yaklaşık %52'sinin korku nedeniyle doğuma hazırlık kurslarına katılmadıklarını saptamıştır. Du ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, gebelerin yaklaşık %94.6'sının COVID-19 pandemisi sırasında enfekte olmaktan endişe hissettiği, %14.7'si psikolojik danışma talebinde bulunduğu, primiparlar ve multiparlar karşılaştırıldığında, primiparların çevrimiçi danışma ve rehberlik almaya daha istekli olduğu saptanmıştır. COVID-19 ile ilgili sağlık bilgisi ihtiyaçları ile ilgili olarak, gebeleri en çok endişelendiren konunun kişisel korunma olduğu, gebe kadınların pandemi sürecinde çevrimiçi sağlık uygulamaları yoluyla bilgi edinmeyi tercih ettiği bulunmuştur. Davis-Floyd, Gutschow ve Schwartz (2020) ABD'de yaptıkları çalışmada gebe kadınların antenatal bakım alırken hastanelerde COVID-19'un bulaşma olasılığına ilişkin endişe ve korku gösterdiklerini bildirmiştir.

Gebelerin yaşadığı endişelerden biri de COVID-19 aşısı yaptırmakta tereddüt etmeleridir. Gebelerde COVID-19 bağışıklamasına karşı %25'lik bir aşı tereddüt oranı saptanmıştır. Gebelerin aşı tereddütünü belirleyen ana faktörü, aşıya özgü güvenlik endişeleri olmuştur (Mohan Reagu, Lindow ve Alabdulla, 2021). Blakeway ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında COVID-19 aşısı için uygun olan gebelerin yalnızca %28.5'i gebelikte aşıyı kabul ettiği saptanmıştır. Ayrıca gebelikte COVID-19 aşısı yaptırmanın perinatal sonuçları değiştirmediği belirtilmiştir.

COVID 19 Pandemisinde Doğum Korkusu

Doğum korkusu yaşayan gebelerde, doğuma yönelik kontrol eksikliği duygusu, bilgi eksikliği, depresyon ve anksiyetenin doğum şekli seçiminde önemli rol oynadığına inanılmaktadır (Nosratabadi, Hekmat, Dencker ve Abbaspoor, 2018). Pandemi öncesi doğum korkusu, çoğu kadında fiziksel ağrıdan kaynaklı, sevinç, mutluluk, huzur ve sabırsızlık hissi ile ilişkilendirilirken, pandemi sırasında ise, beklenti, sabırsızlık, neşe ve karşılaşma ile değil, üzüntü, yalnızlık, ıstırap, yetersizlik ve daralma ile ilişkilendirilmektedir. Geçmişle ortak olan tek özellik ise fiziksel acıdan kaynaklı olmaktadır (Ravaldi ve ark., 2021).

COVID-19'un beklenmedik prevalansı ve insanların bu tür bir hastalık hakkında yeterli bilgiye erişememesi nedeniyle, gebe kadınların endişelerinden biri, fetal enfeksiyon ve anneden çocuğa dikey geçiş korkusudur (Alijanpour ve ark., 2020). COVID-19'un dikey bulaşmasının genel insidansı hakkında birkaç meta-analizi yapılmıştır ve oranların %3 ila %8 arasında değiştiği saptanmıştır (Gajbhiye, Modi ve Mahale, 2020;

Bwire, Njiro, Mwakawanga, Sabas ve Sunguya, 2021; Kotlyar ve ark., 2021). COVID-19'un enfekte gebe kadınlardan fetüse transplasental bulaşmasına ilişkin veriler belirsizdir ve bu belirsizlik de gebelerin stresini artırmaktadır (Chen ve ark., 2020; Ferrazzi ve ark., 2020; Egloff, Vauloup-Fellous, Picone, Mandelbrot, Roques, 2020). Anneleri COVID-19 olan yenidoğanların, sezaryen ile doğum, annelerinden hemen uzaklaştırılması ve tüm sağlık personelinin maske veya diğer kişisel koruyucu ekipman takmalarına rağmen IgM antikorlarına sahip olduğu bulunmuştur (Dong ve ark., 2020; Zeng ve Andersson, 2020). IgM antikor molekülleri plasentayı geçmediğinden, bunların utero maruziyet nedeniyle fetüs tarafından oluşturulan bir bağışıklık tepkisini temsil ettiği varsayılmaktadır (Zaigham ve Andersson, 2020).

COVID-19 risk algılarının ek psikolojik faktörleri, doğum korkusu, doğal veya tıbbi bir süreç olarak doğumla ilgili inançlarla birlikte kadınların doğum tercihlerini de etkilemektedir (Preis, Mahaffey ve Lobel, 2021). COVID-19 enfeksiyonu tek başına vajinal doğum için bir kontrendikasyon olmasa da, enfekte kadınlar doğum algısı, doğum yapma korkusu, doğumla ilişkili komplikasyonlar ve hastalık bulaşma korkusu nedeniyle sezaryen ile doğumu tercih edebilmektedir (Vivilaki ve Asimaki, 2020). Panahi, Amiri ve Pouy (2020) COVID-19'lu gebelerde vajinal doğum ve sezaryen ile ilgili çalışmasında, doğum yöntemlerinin hastalığın bebeklere geçişini etkilemediği ve tüm yenidoğanların COVID-19 enfeksiyonu için negatif olduğu saptanmıştır. Saccone ve arkadaşları (2020), annenin isteği üzerine %16.7'lik bir sezaryen doğum oranı bildirmiştir.

COVID-19 pandemisi gebe kadınların yaşamlarını önemli ölçüde etkilerken, doğum yerini de potansiyel olarak etkilemiş, bazı gebeler evde doğum yapmaya karar vermiştir (Ecker ve Minkoff, 2020; Davis-Floyd ve ark., 2020). Evde doğum, sezaryen oranlarını azaltsa da, uzamış doğum, daha fazla perineal rüptür ve kan transfüzyonuna neden olabilmektedir. Öte yandan evde doğumun bebeği etkileyen bazı komplikasyonları arasında düşük apgar skorları, nörolojik disfonksiyon ve mortalite sayılabilmektedir (Premkumar ve ark., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğrulanmış bir COVID-19 enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın tüm kadınların güvenli ve pozitif bir doğum deneyimi hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (DSÖ, 2020). DSÖ, doğum pozisyonları özgürlüğü, doğum desteği, doğumdan sonra anneleri ve bebeklerini bildiğince bir arada tutmanın ve emzirmenin desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ne yazık ki, dünyanın birçok yerinde pandemi, DSÖ standartlarının aksine, COVID-19 şüpheli ya da COVID-19 pozitif kadınların bebeklerinden ayrılması ve emzirmeden kaçınma gibi ciddi şekillerde kadın ve çocukların bakımını değiştirmeye neden olmuştur (Ravaldi ve ark., 2021). COVID-19 enfeksiyonuna bağlı sosyal izolasyon ve sosyal mesafe uygulamaları, gebe kadınların sosyal destek durumunu da etkilemektedir. COVID-19 pandemisi sırasında doğumla ilgili eşin yakınlığı, koruma duygusu, güvenlik ve huzur gibi yapılar yerini tehlike, endişe ve yalnızlık duygularına dönüştürmüştür. Kadınlarda doğum algısı çarpıcı bir şekilde değişmiştir (Ravaldi ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda bireylerin sevildiğine, değer verildiğine ve karşılıklı bağın olduğuna dair inancını yansıtan algılanan sosyal desteğin (Stewart, Umar, Tomenson ve Creed, 2014), stresli durumlarla başa çıkmada sistematik olarak

yardımcı olduğu bulunmuştur (Garipey, Honkaniemi ve Quesnel-Vallee, 2016; Zhen, Quan ve Zhou, 2018). Dahası, gebelik sırasında sosyal desteğin sıkıttan koruduğu (Asselmann, Wittchen, Erler ve Martini, 2016) ve sosyal destek eksikliğinin doğum korkusu riskini artırdığına dair tutarlı kanıtlar bulunmaktadır (Lukasse ve ark., 2014).

Doğum korkusu, kadınların aile desteğinden yoksun kalması, sağlık ekibiyle iyi bir iletişim sağlayamaması, bebeğin gebelik sırasında virüse bulaş olması konusunda endişe yaşanması ve doğum sonrası bebeğinden ayrı kalma ihtimalinin olmasından kaynaklanabilmektedir. Gebelik sırasında danışmanlık ve koruyucu eğitim, gebelerin endişe ve korkularını ortadan kaldırmaktadır (Nosratabadi ve ark., 2020). Yapılan araştırmalar doğum öncesi dönemde verilen bir eğitimin gebelerde doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir (İşbir, İnci, Önal, Yıldız, 2016; Karabulut, Coşkuner, Doğan, Cebeci ve Demirci, 2016). Benzer şekilde Corbett ve arkadaşları (2020) COVID-19 ile ilgili yanlış bilgilerin gebe kadınların korku ve kaygısını artırdığını, COVID-19 ile ilgili doğru bilginin ise gebelikteki anksiyete düzeylerini olumlu etkilediğini saptamıştır. Aksoy, Altıparmak, Akça, Gökbulut ve Yılmaz (2021) COVID-19 ile ilişkili eğitim müdahalesinin sadece gebe kadınların doğum yapma korkusunu azaltmada etkili olmadığını, aynı zamanda doğum korkusunun artmasını da engellediğini saptamıştır. COVID-19 sürecinde gebe kadınlar fiziksel ve zihinsel olarak risk altındadır. Hiçbir doğum tamamen risksiz değildir. Bu nedenle, gebeler doğum sırasında hangi fiziksel etkilere maruz kalabileceklerine ve hangi riskleri üstleneceklerine karar verme hakkına sahip olmalıdır (Romanis, 2020). Gebelere, doğumdaki seçimler hakkında uygun şekilde bilgilendirilmiş danışmanlık sürecinin bir parçası olarak hastanede COVID-19 maruziyetinin potansiyel riskleri hakkında bilgi verilmelidir (Romanis, 2020). Kadınlardan pandemi sırasında doğum yapmayı düşünmelerini istemek, dikkatlerini ilgili sağlık risklerine yöneltirken, özellikle doğum ve doğum hakkında soru sormak, dikkatlerini doğum deneyimi hakkındaki duygularına yöneltmek faydalı olabilmektedir (Taubman-Ben-Ari ve ark., 2020). Gebelik sırasında korku, anksiyete ve endişenin hem gebe kadınlar hem de büyüyen fetüs için olumsuz sağlık sonuçları vardır. Ayrıca COVID-19 enfeksiyonuna bağlı sosyal izolasyon ve sosyal mesafe uygulamaları gebelerin gebelik dönemindeki sosyal destek durumlarını etkileyebilir. Bu nedenle ebelerin ve hemşirelerin gebelik ve doğum sırasında kadınlara profesyonel şekilde rehberlik ve destek sağlamaları son derece önemlidir (Antonakou, 2020).

COVID-19'un neden olduğu korkuyu yenmek ve gebelerin yaşam kalitesini iyileştirmek için eğitim ve destekleyici programların verilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması, sağlık profesyonellerinin sorunun boyutu hakkında bilgilendirilmesi ve çözümü için tavsiye edilen önlemleri almaları gerekmektedir (Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021)

Sonuç ve Öneriler

COVID-19 pandemisi dünya çapında benzeri görülmemiş aksaklıklara neden olurken gebelik ve doğumla ilgili mevcut strese ek olarak, enfeksiyon tehdidi ve sosyal izolasyon politikaları

gebe kadınları ve yeni anneleri olumsuz etkileyebilmektedir.

Gebe kadınlar mevcut COVID-19 pandemisinde yüksek risk grubuna dahil edilmiştir ve bulaşıcı hastalık pandemisi sırasında benzersiz ihtiyaçları olduğu görülmektedir (Brooks, Weston ve Greenberg, 2020). Genel olarak bu derleme, gebe kadınların bir pandemi sırasında psikolojik sonuçlar açısından oldukça savunmasız bir grup olduğu görüşünü desteklemektedir (Thapa ve ark., 2020). Böyle bir zamanda gebe kadınlar için profesyonel, kültürel olarak duyarlı yanıtlar geliştirmenin ve bunları çevrimiçi görüşmeler, toplantılar dahil olmak üzere mümkün olan her şekilde erişilebilir kılmak önem taşımaktadır. Mevcut COVID-19 pandemisi gibi bir belirsizlik ve stres döneminde kadınların gebelikten kaynaklanan yüksek düzeyde kaygı ve sıkıntı ile başa çıkmalarına yardımcı olmak için uzun bir yol kat etmek gerekir. Gebelerin izolasyon önlemler ve çevrimiçi antenatal bakım almaları tavsiye edilebilir. COVID-19 pandemisi, ruh sağlığı da dahil olmak üzere halk sağlığı için önemli risk oluşturmaktadır. Sağlık profesyonellerinin gebelerin doğum korkusunu azaltmada önemli rol ve sorumlulukları vardır. Pandemideki amaç, beden ve ruh sağlığını tehdit eden hastalık durumlarında sağlık sisteminin önemli eylemlerinden biri olan gebelikte annelerin stres ve korkularını azaltarak farkındalık yaratmayı planlamaktır. Kriz zamanlarında gebe kadınlara özen gösterilmesi gerekmektedir. İzolasyon, sosyal mesafe ve günlük yaşamdaki aşırı değişiklikler, gebe kadınlar gibi savunmasız nüfus arasında depresyon riskini artırabilmektedir. Bu nedenle, COVID-19 pandemisinin psikolojik etkisini değerlendirmek büyük önem taşımaktadır (Saccone ve ark., 2020). COVID-19 pandemisinde doğum korkusunu azaltma süreci kolaylaştırılmalı ve vajinal doğumla ilgili olumlu duyguların benimsenmesi desteklenmelidir. Gebelere, doğumdaki seçimler hakkında uygun şekilde bilgilendirilmiş danışmanlık sürecinin bir parçası olarak hastanede COVID-19'a maruz kalmanın potansiyel riskleri hakkında bilgi verilmelidir. Riskler karşısında gebelik sürecinde COVID-19 aşısı hakkında danışmanlığın sağlanması da doğum anında bulaş olmamaları açısından korkuyu azaltabilir. Bu nedenle gebelikte COVID-19 aşısı tereddütünü azaltmak için hedefli eğitim kampanyaları tasarlanmalıdır.

Doğum sürecinde sosyal destek de önemli bir faktördür. Doğum refakatçilerinin veya emzirmenin yasaklanması gibi kısıtlayıcı değişiklikler güveni sarsabileceğinden ve kadınların doğumunu olumsuz etkileyebileceğinden, kendi seçtikleri bir doğum refakatçisine sahip olmalarına izin verilmelidir. Doğum sırasında sağlık çalışanları ve ailesi tarafından kadınlara sosyal destek sağlanmalıdır. Pandemi sürecinde çevrimiçi iletişim yoluyla geliştirilebilir; örneğin klinisyenler ile güvenli mesajlaşma, tele sağlık ziyaretleri, kadınlara çevrimiçi destek grupları sağlanabilir. Gebelere sağlanan daha güçlü bir sosyal destek duygusu, gebe kadının öz-şefkatinin yaklaşan doğum korkusuna karşı koruyucu bir kalkan görevi görme yeteneğini artırabilir. Klinik seyrine bakılmaksızın, her kadına pozitif bir doğum deneyimi yaşamaları için sürekli, bilinçli ve saygılı bir destek sağlanması önemlidir. Bu kadın sağlığı ve refahı için olduğu kadar, toplum sağlığı için de önem taşımaktadır.

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı – ÖA, NE; Veri Toplama/Literatür Tarama – ÖA, NE; Verilerin Analizi ve Yorumlanması – ÖA; Makalenin Hazırlanması – ÖA, NE; Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi – NE.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Aksoy Derya, Y., Altıparmak, S., Akça, E., Gökbulut, N., & Yılmaz, A. N. (2021). Pregnancy and birth planning during COVID-19: The effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery*, 92, 102877.
- Alijanpour, M., Sadatmahalleh, S. J., Samaneh, Y., Mahnaz, B. K., Majid, Y. A., Moini, A., & Kazemnejad, A. (2021). Influence of psycho-sexual factors on the quality of life in pregnant women during the COVID-19 pandemic: A Path Analysis. *Research Square*, 1-17. Doi: 10.21203/rs.3.rs-45196/v3
- Antonakou, A. (2020). The latest update on the effects of COVID-19 infection in pregnancy. *European Journal of Midwifery*, 4, 12. doi:10.18332/ejm/120973
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Erler, L., & Martini, J. (2016). Peripartum changes in social support among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 943-952.
- Bivia-Roig, G., Boldo-Roda, A., Blasco-Sanz, R., Serrano-Raya, L., DelaFuente-Díez, E., Múzquiz-Barberá, P., & Lisón, J. F. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyles and quality of life of women with fertility problems: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 9, 686115
- Blakeway, H., Prasad, S., Kalafat, E., Heath, P. T., Ladhani, S. N., Le Doare, K., Magee, L. A., O'Brien, P., Rezvani, A., von Dadelszen, P., & Khalil, A. (2022). COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), 236.e1-236.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.007>
- Brooks, S. K., Weston, D., & Greenberg, N. (2020). Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: rapid evidence review. *Public Health*, 189, 26-36.
- Bwire, G. M., Njiro, B. J., Mwakawanga, D. L., Sabas, D., & Sunguya, B. F. (2021). Possible vertical transmission and antibodies against SARS-CoV-2 among infants born to mothers with COVID-19: A living systematic review. *Journal of Medical Virology*, 93(3), 1361-1369
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet (London, England)*, 395(10226), 809-815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
- Corbett, G. A., Milne, S. J., Hehir, M. P., Lindow, S. W., & O'Connell, M. P. (2020). Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 249, 96-97. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.022
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., & Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Medical Anthropology*, 39(5), 413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
- Dong, M., & Zheng, J. (2020). Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation In Health Care And Health Policy*, 23(2), 259-260. doi: 10.1111/hex.13055.
- Du, L., Gu, Y. B., Cui, M. Q., Li, W. X., Wang, J., Zhu, L. P., & Xu, B. (2020). Investigation on demands for antenatal care services among 2 002 pregnant women during the epidemic of COVID-19 in Shanghai. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 55(3), 160-165. doi: 10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00112.
- Ecker, J. L., & Minkoff, H. L. (2020). Laboring alone? Brief thoughts on ethics and practical answers during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(3), 100141. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100141
- Egloff, C., Vauloup-Fellous, C., Picone, O., Mandelbrot, L., & Roques, P. (2020). Evidence and possible mechanisms of rare maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2. *Journal of Clinical Virology: the Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 128, 104447. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104447>
- Fakari, F. R., & Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy: a letter to editor. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 8(1), e21-e21.
- Ferrazzi, E., Frigerio, L., Savasi, V., Vergani, P., Prefumo, F., Barresi, S., Bianchi, S., Ciriello, E., Facchinetti, F., Gervasi, M. T., Iurlaro, E., Kustermann, A., Mangili, G., Mosca, F., Patané, L., Spazzini, D., Spinillo, A., Trojano, G., Vignali, M., Villa, A., ... Cetin, I. (2020). Vaginal delivery in SARS-CoV-2-infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(9), 1116-1121. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16278>
- Gajbhiye, R. K., Modi, D. N., & Mahale, S. D. (2020). Pregnancy outcomes, newborn complications and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: a systematic review of 441 cases. *MedRxiv*, 1-29. <https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20062356>
- Garipey, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
- İsbir, G. G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, 32, 227-232. doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.013
- Karabulut, Ö., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60-67. doi: 10.1111/inr.12223
- Kotlyar, A. M., Grechukhina, O., Chen, A., Popkhadze, S., Grimshaw, A., Tal, O., ... & Tal, R. (2021). Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of*

- Obstetrics and Gynecology, 224(1), 35-53. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.049>
- Jiang, H., Jin, L., Qian, X., Xiong, X., La, X., Chen, W., ... & Li, M. (2020). Evidence of accessing antenatal care information via social media platforms supports mental wellbeing in COVID-19 epidemic. *Bull World Health Organ*, 10.
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., & Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106. doi:10.1016/j.srhc.2014.06.007
- Mirzadeh, M., & Khedmat, L. (2020). Pregnant women in the exposure to COVID-19 infection outbreak: the unseen risk factors and preventive healthcare patterns. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-2. doi:10.1080/14767058.2020.1749257
- Mohan, S., Reagu, S., Lindow, S., & Alabdulla, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in perinatal women: a cross sectional survey. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(6), 678-685. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0069>
- Naghizadeh, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Relationship of fear of COVID-19 and pregnancy-related quality of life during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4), 364-368. doi:10.1016/j.apnu.2021.05.006
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Nosratabadi, M., Hekmat, K., Dencker, A., & Abbaspoor, Z. (2018). Individual and group psycho-educational counseling on knowledge, attitude and preference for birth method in nulliparous women: A randomized controlled trial. *Journal of Family & Reproductive Health*, 12(2), 103-110.
- Pakpour, A. H., & Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1), 58-63. doi:10.1007/s11469-020-00340-x
- Panahi, L., Amiri, M., & Pouy, S. (2020). Risks of novel coronavirus disease (COVID-19) in pregnancy; a narrative review. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 8(1), e34.
- Preis, H., Mahaffey, B., & Lobel, M. (2021). The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States. *Birth*, 48(2), 242-250. <https://doi.org/10.1111/birt.12533>
- Premkumar, A., Cassimatis, I., Berhie, S. H., Jao, J., Cohn, S. E., Sutton, S. H., ... & Yee, L. M. (2020). Home birth in the era of COVID-19: counseling and preparation for pregnant persons living with HIV. *American Journal of Perinatology*, 37(10), 1038-1043. doi:10.1055/s-0040-1712513
- Ravaldi, C., Wilson, A., Ricca, V., Homer, C., & Vannacci, A. (2021). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and Birth*, 34(4), 335-343. doi:10.1016/j.wombi.2020.07.002
- Romanis, E. C. (2020). Addressing Rising Cesarean Rates: Maternal Request Cesareans, Defensive Practice, and the Power of Choice in Childbirth. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 13(1), 1-26.
- Rondung, E., Thomtén, J., & Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91.
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturilla, R., De Angelis, M. C., Locci, M., ... & Sardo, A. D. S. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(2), 293-295. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.003
- Sahin, B. M., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(2), 162-169.
- Shaw, S. H., Herbers, J. E., & Cutuli, J. J. (2019). Medical and psychosocial risk profiles for low birthweight and preterm birth. *Women's Health Issues*, 29(5), 400-406.
- Silva, M. M. D. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. doi:10.1590/S1980-220X2016048003253.
- Sinesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., & Cheyne, H. (2019). Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open*, 5(1). doi:10.1192/bjo.2018.75
- Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B., & Creed, F. (2014). Validation of the multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS) and the relationship between social support, intimate partner violence and antenatal depression in Malawi. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-11.
- Soltani, F., Eskandari, Z., Khodakarami, B., Parsa, P., & Roshanaei, G. (2017). Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016. *Electronic Physician*, 9(7), 4725.
- Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M., & Abu-Sharkia, S. (2020). Childbirth anxieties in the shadow of COVID-19: Self-compassion and social support among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Health & Social Care in the Community*, 14. doi:10.1111/hsc.13196.
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 817-818. doi:10.1111/aogs.13894.
- Vivlaki, V. G., & Asimaki, E. (2020). Respectful midwifery care during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Midwifery*, 4, 1-2.
- World Health Organization (WHO). (2020). "Q&A: pregnancy, childbirth and COVID-19." World Health Organization. Retrieved from (20.05.2021): https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline?gclid=CjwKCAjw3_KlBhA2EiwAaAAlinPaqeCcwDWWWP2BPhT90MpeYvCOlwn2ziPVj-vln5LPxX8lQqFhoCrB0QAvD_BwE#event-115.
- Wu, H., Sun, W., Huang, X., Yu, S., Wang, H., Bi, X., ... & Ming, W. K. (2020). Online antenatal care during the COVID-19 pandemic: opportunities and challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e19916. doi:10.2196/19916
- Yedid Sion, M., Harlev, A., Weintraub, A. Y., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2016). Is antenatal depression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(6), 863-867. doi:10.3109/14767058.2015
- Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 823-829. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>
- Zeng, H., Xu, C., Fan, J., Tang, Y., Deng, Q., Zhang, W., & Long, X. (2020). Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. *JAMA*, 323(18), 1848-1849. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4861>
- Zhen, R., Quan, L., & Zhou, X. (2018). How does social support relieve depression among flood victims? The contribution of feelings of safety, self-disclosure, and negative cognition. *Journal of Affective Disorders*, 229, 186-192. doi:10.1016/j.jad.2017.12.087

Derleme makale / Review • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1081310

Romatolojide Kullanılan Biyolojik Tedaviler ve Hemşirelik Bakımı Biological Therapies Used in Rheumatology and Nursing Care

Ayten DAĞ¹ 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:

A.D. 0000-0003-3157-531X

¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı / Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Sorumlu yazar / Corresponding author: Ayten DAĞ,

E-posta: ayten.dag@ogr.iu.edu.tr / ayten.dag@iuc.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 01.03.2022

Kabul tarihi / Date of acceptance: 15.03.2022

Atrf / Citation: Dağ A. (2022). Romatolojide kullanılan biyolojik tedaviler ve hemşirelik bakımı, *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 45-52. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1081310

ÖZ

Biyolojik ilaçların romatolojik hastalıklarda hastalık aktivitesinin baskılanması, hastalığa bağlı oluşan yapısal hasarın önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılmasında ve iş gücü kaybının önlenmesinde önemli bir etkisi vardır. Daha etkili biyolojik tedavi arayışları devam etmekte ve halen yeni ilaçlar denenmektedir. Biyolojik tedavilerin yaygınlaşmasıyla birlikte hemşirelerin hasta değerlendirmesi, eğitimi, ilaç yönetimi ve izlemi konusunda önemli rolleri olmaktadır. Biyolojik ilaç tedavisine yönelik hemşirelik yönetimi ile ilgili kanıt dayalı araştırmalar ve standart rehberlerin oluşturulmasına ihtiyaç artmaktadır. Bu derleme ile romatoloji alanında kullanılan biyolojik ilaçlar ve biyolojik ilaç tedavisi alan bireylere yönelik hemşirelik bakımı ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi; hemşirelik bakımı; romatoloji.

ABSTRACT

Biological drugs have an important effect on suppressing disease activity in rheumatological diseases, preventing structural damage due to the disease, increasing the quality of life and preventing loss of workforce. The search for more effective biological treatments continues and new drugs are still being tried. With the spread of biological treatments, nurses have important roles in patient evaluation, education, drug management and follow-up. There is an increasing need for evidence-based research and standard guidelines on nursing management for biological drug therapy. In this review, we have discussed biological drugs used in the field of rheumatology and nursing care for individuals receiving biological drug therapy.

Keywords: Biological therapy; nursing care; rheumatology.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Biyolojik ilaçlar 2000'li yılların başında başta romatoloji olmak üzere birçok alanda kullanıma girmiş ve günümüzde kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu ilaçların kullanıma girmesinden önce romatolojik hastalıkların tedavisinde geleneksel hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARD'lar), kortikosteroidler ve steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar (NSAİD'ler) kullanılıyordu. Ancak düzenli tedavi uygulanmasına rağmen romatolojik hastalığa sahip bireyler hastalıklarının hızla ilerlemesiyle karşılaşıyordu (Grisar, 2015; Sağ ve Nas, 2017). Tam da bu noktada biyolojik ilaçların önemi artmış ve klinik alanda kullanımı yaygınlaşmıştır. Bunun yanında biyolojik ilaçlar maliyetlerinin fazla olması, üretimlerinin yüksek bir teknoloji gerektirmesi ve ortaya çıkabilen yıkıcı bazı yan etkileri nedeniyle genellikle standart tedaviye yanıtız olguların tedavisinde tercih edilmektedir (Gülbezer ve Keser, 2017).

Hastalık aktivitesinin baskılanmasının yanı sıra hastalığa bağlı oluşabilecek yapısal hasarın önlenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve iş gücü kaybının önlenmesinde biyolojik ilaçların önemli bir etkisi vardır (Sağ ve Nas, 2017). Ancak kalıcı remisyona ulaşan hasta oranları halen düşüktür. Daha etkili biyolojik tedavi arayışları devam etmekte ve halen eski ve yeni inflamatuvar yolaklarda rol oynayan yeni ilaçlar denenmektedir (Vivar ve Van Vollenhoven, 2014).

Biyolojik tedavilerin hedeflenen etkilerine ulaşılması, hasta bireylerden beklenen olumlu yanıtların alınmasında romatoloji alanında çalışan hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Tedavi uygulaması takip edilmesi gereken önemli bir süreç olup, bu süreçte hasta bireylere yönelik oluşabilecek komplikasyonların önceden belirlenmesi, gereksinimlerin saptanması ve gereksinimlerin karşılanmasına yönelik bakımın planlanması hemşirelerin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu sorumlulukların doğru bir şekilde karşılanması ancak bu tedaviler konusunda yeterli bilgi sahibi olmak, dolaylı olarak da bu alanda uzmanlaşmak ile mümkün olacaktır (Akyar, 2015). Biyolojik ilaçlar romatolojik hastalıklar dışındaki tanılarda da (Crohn hastalığı, ülseratif kolit, psöriyazis vb.) sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bu derlemede esas olarak biyolojik ilaçların romatolojik hastalıklardaki kullanım dozlarına ve periyotlarına yer verilmiştir.

Biyolojik Tedavilerin Etki Mekanizmaları

Biyolojik ilaçlar immün sistemin tümünü değil, hastalık patogenezinde önemli olan bir kısmını bloke ederler. Romatolojik hastalıkların tedavisinde üç temel yaklaşım ile etki gösterirler.

Birinci yaklaşım hastalığın patogenezinde önemli olan bir sitokinin etkisinin bloke edilmesidir. Sitokinleri ve reseptörlerini hedefleyen çok sayıda biyolojik ilaç vardır. Sitokinlerin inhibisyonunda farklı yöntemler kullanılabilir: a) Belirli bir sitokine karşı monoklonal antikör oluşturulabilir; b) Belirli bir sitokinin

etkisini göstermek için bağlanacağı reseptörlerine karşı monoklonal antikör oluşturulabilir veya c) Bir sitokinin fizyolojik reseptörüyle tamamen aynı yapıda olan bir reseptör füzyon proteini ortama verilerek, ilgili sitokinin gerçek reseptörüne bağlanması önlenir ve sitokinin aktivitesi inhibe edilir. Antisitokin ilaçlar inhibe ettiği sitokine yönelik gruplandırılırlar (Vivar ve Van Vollenhoven, 2014; Sağ ve Nas, 2017).

İkinci yaklaşım B hücrelerin sayısını azaltmayı hedeflemektir. Humoral immünitenin temel elemanları olan B lenfositlerinin azalması ile, ilişkili inflamatuvar sürecin kontrolü kolaylaşır (Vivar ve Van Vollenhoven, 2014).

Üçüncü yaklaşım ise T lenfositlerde delesyona neden olmaksızın, T lenfosit aktivasyonunda görevli ko-stimülasyon hedef alınarak T hücre aktivasyonu ve sonuçta uygunsuz immün yanıtın baskılanmasıdır (Esatoğlu, 2021).

Romatolojide Kullanılan Biyolojik İlaçlar

Romatoloji alanında; Tümör Nekrozis Faktör-alfa İnhibitörleri, İnterlökin-1 İnhibitörleri, İnterlökin-6 İnhibitörleri, İnterlökin-17 İnhibitörleri, İnterlökin-12/23 (IL-12/23) İnhibitörleri, B Hücre Aracılı biyolojik ilaçlar ve T Hücre Aracılı biyolojik ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır (Esatoğlu, 2021).

Tümör Nekrozis Faktör-alfa İnhibitörleri

Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α) vücutta inflamasyona yol açan bir proteindir. TNF- α inhibitörü olan ilaçlar bu inflamasyonu durdurmaya yardımcı olan ilaçlardır (American College of Rheumatology [ACR], 2020; Esatoğlu 2021).

Etanersept: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, juvenil idiyopatik artrit ve plak psöriyazisi kontrol etmek için yaygın olarak kullanılan bir TNF- α inhibitörüdür. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylı kullanımları; romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, juvenil idiyopatik artrit (2 yaş ve üzeri) ve plak psöriyazistir (4 yaş ve üzeri). Etanersept subkutan olarak haftada bir kez 50 mg veya iki kez 25 mg olarak uygulanır (Pan ve Gerriets, 2021).

İnfliksımab: TNF- α 'yı bloke eden kimerik (kısmen fare, kısmen insan) bir monoklonal antikördür. FDA onayı olan hastalıklar romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, Crohn hastalığı, ülseratif kolit ve plak psöriyazistir. İlaç yalnızca intravenöz olarak uygulanır. Romatoid artritte 3mg/kg diğer endikasyonlarda ise 5mg/kg olarak doz belirlenebilmekle birlikte gerektiğinde 10mg/kg'a çıkılabilmektedir. 0., 2. ve 6. haftalarda uygulandıktan sonra 6-8 haftalık periyotlarla uygulanmaya devam edilmektedir. Ancak tedavi sırasında klinik yanıtın yeterli olmadığı durumda endikasyon dışı olarak doz aralıkları kısaltılarak 4 haftalık periyotlarla uygulanabilmektedir. Standart hızı iki saatlik infüzyon olsa da sık infüzyon reaksiyonları nedeniyle test dozları ve farklı infüzyon hızı protokolleri de önerilmektedir (Lichtenstein ve ark., 2015).

Adalimumab: TNF- α 'ya karşı oluşturulan insan monoklonal bir antikordur. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, non-radyografik aksiyal spondiloartrit psöriyatik artrit, juvenil idiyopatik artrit, Crohn hastalığı, ülseratif kolit ve psöriyaziste onayı vardır. Adalimumab romatolojik tanılarda subkutan enjeksiyonlar şeklinde iki haftalık periyotlarla 40 mg olarak uygulanmaktadır (ACR, 2022).

Golimumab: Golimumab tamamen insan monoklonal bir antikor olan TNF- α inhibitörüdür (Hayashi, 2013). Romatoid artrit, ankilozan spondilit, non-radyografik aksiyal spondiloartrit, psöriyatik artrit, juvenil idiyopatik artrit ve ülseratif kolit tedavisi için onaylanmıştır. Golimumab aylık periyotlarla subkutan olarak 50 mg uygulanır. 100 kg üzerinde olan hastalarda ise 100 mg aylık periyotlarla uygulanabilir (Melo, Campanilho Marques ve Fonseca, 2021).

Sertolizumab: TNF- α 'ya karşı rekombinant humanize bir monoklonal antikordur. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, non-radyografik aksiyal spondiloartrit, psöriyatik artrit, Crohn hastalığı ve plak psöriyaziste kullanılmaktadır (Lee ve Scott, 2020). 0., 2., 4. haftalarda 400 mg ardından iki haftalık periyotlarla 200 mg subkutan enjeksiyon olarak uygulanmaktadır (Esatoğlu, 2021).

TNF- α İnhibitörlerinin Kontrendikasyonları: Demiyelinizan hastalıklar, (multipl skleroz ve optik nörit vb.), aktif ve ciddi enfeksiyon, tekrarlayıcı ve kronik enfeksiyon, tedavi edilmemiş aktif veya latent mikobakteriyel enfeksiyonlar, konjestif kalp yetmezliği, aktif malignite TNF- α inhibitörlerinin kontrendikasyonları arasında yer alır (Gülbezer ve Keser, 2017).

İnterlökin-1 İnhibitörleri

Anakinra, kanakinumab ve rilonasept bu grup içinde yer alır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020).

Anakinra: IL-1 reseptör antagonistinin rekombinant bir formudur ve yarılanma ömrü çok kısadır (4-6 saat). Bu nedenle günlük enjeksiyonlara ihtiyaç vardır ve subkutan olarak her gün uygulanır (Kaiser ve ark., 2012). Romatoid artrit, kriyopirin ile ilişkili periyodik sendromlar (CAPS), Ailevi Akdeniz Ateşi, erişkin Still hastalığı ve son zamanlarda yapılan çalışmalarda etkili bulunan Covid-19 tanılı ciddi solunum yetmezliği riski olan hastalarda da kullanılmaktadır (Tufan ve Lachmann, 2020; Della-Torre ve ark., 2021). Anakinra kullanımında enjeksiyon bölgesi reaksiyonları özellikle tedavinin ilk haftalarında sık görülür ve geçicidir. Hastaların bu konuda bilgilendirilmesi önemlidir (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020).

Kanakinumab: Tamamen insan monoklonal antikordur. Kanakinumab, anakinradan daha uzun bir yarı ömre (21-28 gün) sahiptir, böylece her 4 ila 8 haftada bir 150 mg subkutan enjeksiyon olarak uygulanabilir. CAPS ve sistemik juvenil idiyopatik artrit tedavisinde kullanılmaktadır. Kanakinumab kullanımında solunum yolu enfeksiyonları sık görülür. Enjek-

siyon bölgesi reaksiyonları ise anakinra kullanımına göre daha nadir olarak görülür (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020).

Rilonasept: CAPS tedavisi için endike olan bir IL-1 inhibitörüdür. Rilonasept 6 ila 8 günlük bir yarılanma ömrü ile anakinradan daha uzun süre etki eder. 320 mg yükleme dozunun ardından 160 mg haftalık subkutan enjeksiyonlar olarak verilir. Sıklıkla bildirilen yan etkiler enjeksiyon bölgesi reaksiyonları ve üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020). Rilonasept ülkemizde bulunmamaktadır.

İnterlökin-6 İnhibitörleri

IL-6 çok fonksiyonlu bir sitokindir ve romatoid artrit patogenezinde önemli rol oynamaktadır (Gülbezer ve Keser, 2017). Ülkemizde yalnızca tosilizumab bulunmaktadır (Esatoğlu, 2021).

Tosilizumab: Fare kökenli olan ancak humanize edilmiş, IL-6'ya karşı oluşturulan monoklonal bir antikordur. Romatoid artrit, sistemik juvenil idiyopatik artrit ve dev hücreli arterit tedavisinde endikedir. Yarı ömrü 10-13 gündür. Tosilizumab standart bir dozda (6-8 mg/kg/4 hafta) intravenöz olarak veya subkutan (162 mg/hafta) uygulanır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda Covid-19 tedavisinde etkin bulunduğu kullanılmaya başlanmıştır (Tleyjeh ve ark., 2021). Tosilizumabın en sık yan etkisi hipertansiyon iken, infüzyon sonrası ilk 24 saatte en sık yan etki baş ağrısı ve alerjik (kaşıntı, ürtiker) reaksiyonlardır. Yan etkiler nedeniyle doz azaltılması, ara verilmesi veya tedavinin kesilmesi gerekebilmektedir (Navarro-Millán, Singh ve Curtis, 2012; Shetty ve ark., 2014; Koike ve ark., 2014).

İnterlökin-17 İnhibitörleri

IL-17 enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan ve inflamasyonda önemli rol oynayan bir sitokindir (Beringer, Noack ve Miossec, 2016).

Sekukinumab: IL-17'ye karşı geliştirilmiş insan kökenli monoklonal antikordur. Ankilozan spondilit, psöriyatik artrit ve orta ila şiddetli plak psöriyazis tedavisinde kullanılmaktadır. Önerilen sekukinumab dozu 0., 1., 2. ve 3. haftalarda subkutan olarak uygulanan 150 mg'dır ve ardından 4. haftadan itibaren aylık idame dozu uygulanır. Psöriyatik artrit için ise aynı periyotlarla dozlar 300 mg olarak uygulanmaktadır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020).

İksekizumab: Bir IL-17A monoklonal antikordur. Psöriyatik artrit ve plak psöriyaziste kullanılmaktadır. Psöriyatik artritte önerilen doz, 0. haftada subkutan enjeksiyon yoluyla 160 mg, ardından her 4 haftada bir 80 mg'dır (Deodhar ve ark., 2020).

İnterlökin-12/23 (IL-12/23) İnhibitörleri

Ustekinumab: İnsan monoklonal antikordur. Ustekinumab, psöriyatik artrit, Crohn hastalığı ve psöriyazis dahil olmak üzere çeşitli inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.

0. haftada 45 mg'lık ilk dozu takiben, 4 hafta sonra 45 mg'lık ikinci bir doz ve bunun ardından her 12 haftada bir olmak üzere 45 mg'lık dozlar şeklinde subkutan olarak uygulanır. 100 kg'ın üzerindeki hastalarda 90 mg uygulanabilir (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020). Ülkemizde sadece ustekinumab bulunmaktadır.

B Hücre Aracılı Biyolojik Tedaviler

İki B hücre hedefleme ajanı vardır: Rituksimab ve belimumab.

Ritüksimab: CD20'ye karşı geliştirilen kimerik monoklonal antikorudur. 6 ayda bir 0. ve 15. günlerde 1 gr veya haftada bir kez 375mg/m² 4 hafta süreyle uygulanır. Romatoid artrit ve ANCA ilişkili vaskülitte onayı vardır. Bağ doku hastalıklarında endikasyon dışı olarak kullanılabilir (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020; Esatoğlu, 2021). Ritüksimab kullanımında hepatit B virüsü enfeksiyon aktivasyonu ve yüksek enfeksiyon riski açısından dikkat edilmesi önerilmektedir (Buch ve ark., 2011).

Belimumab: B lenfosit sitümlatöre karşı geliştirilen monoklonal bir antikorudur. Ülkemizde ise bulunmamaktadır. İntravenöz uygulama için önerilen doz 0., 12. ve 28. günlerde ve daha sonra 4 haftada bir 10 mg/kg infüzyondur. Subkutan formu için doz haftada bir kez 200 mg'dır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020; Esatoğlu, 2021).

T Hücre Aracılı Biyolojik Tedaviler

Abatasept: Aktif T lenfositlerdeki CD28-CD80/86 etkileşimini bloke eder. Romatoid artrit ve psöriyatik artrit için kullanılır. Abatasept, intravenöz infüzyonlar ve 125 mg haftalık subkutan enjeksiyonlar halinde uygulanabilmektedir. İntravenöz kullanım için 30 dakikalık intravenöz infüzyon şeklinde, 0., 2. ve 4. haftada kg'a göre değişen dozlarda aylık periyotlarla uygulanır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020).

Biyolojik İlaçlar ve Malignite

Biyolojik ilaçların malignite riskini artırıp artırmadığına ilişkin farklı sonuçları olan çok sayıda çalışma olduğundan bu konu tartışmalıdır (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020). Ancak aktif malignitesi olan hastalarda veya malignite taraması yapılmakta olan hastalarda biyolojik ilaçların kullanılması önerilmektedir (Holroyd ve ark., 2019).

Gebelik ve Laktasyonda Kullanımı

Moleküler yapılarına bağlı olarak biyolojik ilaçların transplental geçişleri birbirinden farklılık gösterir. Ancak biyolojik ilaçların gebelikte kullanımları ile ilgili bilgiler yetersizdir (Yazıcı ve Çefle, 2014). Biyolojik ilaçlar arasında, gebeliğin ilk bölümünde TNF- α inhibitörlerine devam edilmesi ikinci trimester sonunda kesilmesi, etanersept ve sertolizumabın ise düşük transplental geçiş oranı nedeniyle gebelik boyunca kullanımı önerilmektedir. TNF- α inhibitörlerine devam edilmesinin emzirme ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. TNF- α inhibi-

törü ilacın gebelik boyunca kullanıldığı durumda yeni doğana 6 ay süre ile canlı aşı yapılmaması önerilmektedir. Gebelik ve emzirme dönemi ile ilgili yeterli veri bulunmayan diğer biyolojik ilaçlardan, hastalığı kontrol etmek için başka bir tedavi seçeneği mevcutsa kaçınılması önerilmektedir (Götestam Skorpen ve ark., 2016).

Biyolojik İlaç Kullanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Biyolojik ilaç uygulamalarının giderek artması bu tedaviyi alan bireylerin hemşirelik bakımının önemine dikkat çekmektedir. Biyolojik ilaçlar özel saklama ve uygulama prosedürleri ile farklı bir alandır. Her yıl yeni ilaçların kullanıma girmesiyle bu alanda uzmanlaşmanın önemi giderek artmaktadır. Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanması, ilaçların güvenli bir şekilde kullanımı ve korunması hemşirelerin sorumluluğundadır (Akyar, 2015).

Tıp bilimi daha çok bireylerin hastalık durumu ve uygun tedavi yöntemi ile ilgili hemşirelik bilimi bireylerin hastalığa ve tedaviye yanıtları ile ilgilidir. Bunu da sistematik bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci doğrultusunda gerçekleştirir. Biyolojik ilaç tedavisi alan hastaların öncelikle kapsamlı bir ön değerlendirme yapılmalıdır. Bu hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılama aşaması ile gerçekleştirilir (Herdman, 2018).

Tanılama

Biyolojik ilaç tedavisi alan bireylerin etkin bir bakım yönetimi için kapsamlı bir tanılama yapılmalıdır. Hemşirelik öyküsü ile hastalardan güvenli ilaç kullanımı açısından önemli olan bilgilere ilişkin veri toplanır. Biyolojik ilacın kullanıma nedeni, hastanın daha önceki tedavileri, tedaviye bağlı gelişen yan etkileri ya da geçirilmiş alerjik reaksiyon öyküsü, geçirilmiş veya mevcut enfeksiyonları, aşıları, komorbiditelerin neler olduğu, malignite öyküsü, mevcut malignite durumu veya soy geçmişinde malignite öyküsü olup olmadığı dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca bireyin ilaç tedavisine ilişkin emosyonel stres durumu da gözlenmelidir. Biyolojik ilaç tedavisi subkutan yolla uygulanacaksa kendi kendine subkutan enjeksiyon uygulaması yapıp yapamayacağına yönelik bilişsel ve psikomotor becerileri, eğer yapamayacak durumdaysa kimin yapacağı konusu da mutlaka değerlendirilmelidir (Akyar, 2015).

Biyolojik ilaç uygulamalarının yaygın sistemik yan etkileri olabilmektedir. Bu yan etkiler çoğunlukla uygulanan doza bağlı gerçekleşmekte olup yüksek doz yan etkilere duyarlılığı artırır (Esatoğlu, 2021).

İnfüzyon reaksiyonları: İntravenöz biyolojik ilaç uygulamalarında görülebilir. Tedaviyi takip eden ilk 24 saatte gelişen reaksiyonlar akut, tedaviden sonra 5-7 gün içinde gelişen reaksiyonlar kronik olarak adlandırılır ve genellikle infüzyon reaksiyonları hafif seyirlidir. İnfüzyon sırasında veya sonraki ilk iki saat içinde baş ağrısı, bulantı, kusma, ürtiker, deri döküntüsü,

üşüme, titreme, taşikardi, hipertansiyon, hipotansiyon, dispne ve daha ciddi durumlarda anafilaktik reaksiyonlar görülebilir. İnfüzyon hızının fazla olması reaksiyonları arttırılabildiği gibi, hızın azaltılması ile reaksiyonlar azaltılabilir (Maggi, Vultaggio ve Matucci, 2011; Esatoğlu, 2021). İnfüzyon reaksiyonları sıklıkla ilk tedavi sırasında görülür. Reaksiyonların sıklığını ve şiddetini azaltmak için antihistaminikler ve kortikosteroidler kullanılır. Hafif ve orta dereceli reaksiyonlar daha sık görülürken, şiddetli reaksiyonlar daha seyrek olarak görülür. İnfüzyon reaksiyonları semptomlarına ve şiddetine göre şöyle sınıflandırılabilir (Lenz, 2007; Rombouts, Swart, Van Den Eertwegh ve Crul, 2020).

1. Derece (Hafif): Döküntü ve kızarıklık gelişebilir. Ateş 38°C üstüne çıkmaz. İnfüzyonun kesilmesini veya herhangi bir müdahaleyi gerektirmez.

2. Derece (Orta): Döküntü, kızarıklık, ürtiker, nefes darlığı ve 38°C üzerinde ateş görülebilir. Uygun semptomatik tedavi uygulanırken infüzyonun yavaşlatılmasını ve/veya kesilmesini gerektirebilir. İnfüzyon geçici olarak durdurulurken, semptomatik tedaviye yanıt yeniden değerlendirilir. Daha sonra tedavi infüzyon hızının yarısı ile yeniden başlatılabilir.

3. Derece (Şiddetli): Bronkospazm, ödem, anjioödem, hipotansiyon görülebilir. İnfüzyonun hemen durdurulmasını gerektirir. Uygun semptomatik tedaviye hızlı yanıt vermeyen uzun süreli semptomlar oluşabilir. Semptomlar tıbben önemli olsa da genellikle hayati tehlike oluşmaz; hastaneye yatış veya hastanede kalış süresinin uzamasına sebep olabilir. Şiddetli reaksiyonlar sonrasında tedaviye devam edilmesi çoğu zaman önerilmez.

4. Derece: Anafilaksi görülebilir ve hayatı tehdit eden sonuçlar oluşabilir. Ventilator desteği gerekebilir.

5. Derece: Reaksiyonla ilişkili ölüm görülebilir.

Enjeksiyon bölgesi reaksiyonları: Subkutan olarak uygulanan tedavilerin uygulandığı bölgelerde kaşıntı, kızarıklık, şişlik ve ağrı oluşabilir. Sıklıkla ilaç uygulamalarının ilk zamanlarında ortaya çıkar ve lokal buz uygulamaları, lokal kortikosteroid ve analjeziklerle kontrol altına alınabilmektedir. Tedaviye başladıktan sonraki ilk 4-8 hafta içinde görülebilir. Genelde hafiftir ve yedi gün içinde geçer (Gülbezer ve Keser, 2017; Esatoğlu, 2021). Enjeksiyon reaksiyonlarını azaltmak üzere enjeksiyon bölgesinin her uygulamada değiştirilmesi önemlidir. Reaksiyonların oluştuğu bölgelerde kızarıklık, ağrı şişlik gibi semptomlar tamamen ortadan kalkana kadar bölgenin kullanılmaması reaksiyonların gerilemesini ve iyileşmesini hızlandırabilir. Enjeksiyondan önce uygun teknikte bölgenin temizlenmesi ve enjeksiyon bölgesine soğuk kompres uygulanması reaksiyonların önlenmesinde faydalı olabilir. Biyolojik ilaçların enjeksiyondan önce (30-45 dakika) oda sıcaklığında bekletilmesi ve solüsyonun partikül ve renk değişikliği olup olmadığının değerlendirilmesi önerilmektedir (Thomaidou ve Ramot, 2019).

Enfeksiyonlar: Bakteriyel enfeksiyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz ve herpes zoster enfeksiyonları görülebilmektedir. Enfeksiyon riskini azaltmak üzere aşılama ve tüberküloz taraması önemlidir (Prieto-Peña ve Dasgupta, 2020; Esatoğlu, 2021).

Sitopeni: Biyolojik tedavilerin kullanımıyla birlikte nötropeni, trombositopeni başta olmak üzere diğer serilerde düşmeler görülebilmektedir. Bu yan etkiler biyolojik ilaç tedavisi alan bireylerin enfeksiyon veya kanama riskini arttırmaktadır (Esatoğlu, 2021).

Diğer yandan ilk kez biyolojik tedavi alacak bireyler genellikle yeni tedavilerin yararları, riskleri, enjeksiyonların nasıl uygulanacağı, ilaçların saklanma ve taşınma koşulları konusunda yeterli bilgiye sahip olmayabilir. Bilgi eksikliğinin saptanması tedaviye uyum açısından son derece önemli olup bireyler bu kapsamda dikkatle tanılmalıdır (Esatoğlu, 2021).

Hemşirelik Tanısı

Biyolojik ilaç tedavisi alan bireylere yönelik başlıca hemşirelik tanı etiketleri şöyle sıralanabilir: Enfeksiyon riski, Hipertermi, Bilgi eksikliği, Diyare, Alerjik yanıt riski, Akut ağrı, Bulantı, Anksiyete, Kanama riski, Deri bütünlüğünde bozulma / bozulma riski, Oral mukoz membranda bozulma / bozulma riski, Karaciğer fonksiyonlarında bozulma riski, Kardiyovasküler fonksiyonlarda bozulma riski (Herdman, 2018).

Planlama

Biyolojik ilaç kullanan bireylere yönelik hemşirelik bakımının esas amacı, hastalığa bağlı gelişen bireysel yanıtları hafifletmek, enfeksiyonları önlemek, yaşamı tehdit eden durumları gözlemlemek, günlük yaşam aktivitelerinin optimal düzeyde sürdürülmesini sağlamak ve hastayı öz bakım ve kendini gözlemleme konusunda eğitmektir (Sierakowska ve ark., 2007) Tanılama aşamasında elde edilen veriler doğrultusunda bireyin gereksinimleri saptanmalı, bakımın hedefleri ve öncelikleri belirlenerek, hemşirelik amaçları ve girişimleri bu kapsamda planlanmalıdır (Basit, 2020).

Uygulama

İlaç Uygulaması: Biyolojik ilaçların saklanması, hazırlanması ve uygulanması hemşirelerin sorumluluğundadır ve genellikle intravenöz ya da subkutan enjeksiyon yolu ile uygulanır. Biyolojik ilaçlar biyolojik metodlarla üretilmiş özelleşmiş proteinler olduklarından ısı ve ışıktan korunmalı, 2-8 °C arası sıcaklıkta buzdolabında saklanmalı, hazırlanması sırasında çalkalanmamalıdır. Buzdolabında saklama için en uygun bölge buzdolabının orta rafıdır. Buzdolabı kapağında saklanması ilacın dış ortam sıcaklığından etkilenmesine sebep olabileceğinden uygun değildir. Soğuk zincir ilaçlar olduklarından biyolojik ilaçların taşınmaları da (eczaneden kliniğe, klinikten hastanın evine vb.) yine soğutucular ile yapılmalıdır. Saklanması, hazırlanması ve uygulanması aşamalarında üretici firma önerileri dikkate

alınarak bir prosedür oluşturulmalıdır (Fadıloğlu, Nazmiye ve Öksel, 2012).

İnfüzyon olarak uygulamak üzere seyreltilmiş rituksimab, infliximab, abatacept gibi biyolojik ilaç solüsyonları 2-8 °C sıcaklıkta saklanarak 24 saat içinde kullanılabilir. Subkutan enjeksiyon için sulandırılmış sekukinumab ve kanakinumab da 2-8 °C sıcaklıkta saklanarak 24 saat boyunca saklanabilmekte olup, oda sıcaklığında 30 dakika bekletildikten sonra uygulama yapılması önerilmektedir.

Biyolojik ilaçlar uygulandıkları bireylerde birçok istenmeyen etkiyi de beraberinde getirebileceklerinden uygulama öncesi ve uygulama süresince yaşam bulgularının (kan basıncı, ateş, solunum sayısı) ölçümü gereklidir. Kullanılacak biyolojik ilacın prosedürüne veya hastanın alerjik yapısına bağlı olarak hekim istemiyle premedikasyon uygulanabilir. İlaç uygulaması sırasında karşılaşılabilecek istenmeyen etkiler nedeniyle kullanılmak üzere acil ilaç ve malzemelerinin hazır bulundurulması önemlidir (Fadıloğlu ve ark., 2012).

Eğitim: İlaç tedavisine uyum; ilaçların reçete edilmesi, ilaçların ne zaman uygulamaya başlanacağı, ne kadar süre kullanmaya devam edileceği ve ne zaman ilaç kullanımının sonlandırılacağına ilişkin süreçlerin tümünü ifade eden bir terim olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra başlı başına biyopsikososyal bileşenlerin bütününe kapsayan bir süreçtir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi etkili bir hasta eğitimi ile mümkün olabilmektedir (Arslan, Şentürk ve Akça, 2021). Hemşirelerin önemli rollerinden biri olan eğitim, biyolojik ilaç kullanan hastalarda hasta sonuçları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabilecektir. İlaç yan etkileri ve riskleri konusunda internet yoluyla edinilen yanlış bilgiler hastalarda önyargıların oluşmasına neden olabilmekte ve tedaviden kaçınmaya sebep olabilmektedir. Bu nedenle biyolojik ilaç tedavisi başlanan tüm hastaların eğitim verilmesi gerekmektedir birlikte bu eğitim kapsamında tedavinin amacı, uygulanması, hangi durumlarda uygulanmaması gerektiği, ara verilmesi gereken durumlar, hangi durumlarda hastaneye başvuracağı, oluşabilecek yan etkiler ve erken müdahalenin önemi, ilaçların saklanma koşulları açıklanmalıdır (Aldredge ve Young, 2016). Subkutan yolla uygulanan biyolojik ilaçların tedaviyi alacak bireylerin kendi kendilerine uygulamalarına imkân veren kalem formları da mevcuttur. Hemşireler hasta ve hastaya bakım verenleri kendi kendine enjeksiyon uygulama becerileri açısından değerlendirmeli, enjeksiyon becerileri kazandırmak üzere eğitim vermelidir. Biyolojik ilaç kullanacak hastalarda hasta eğitimi tedaviye uyumunun yanı sıra psikolojik ve sosyal uyumu da hedeflemelidir. Hasta ve hastaya bakım verenlerin psikolojik ve sosyal gereksinimlerini saptamak, bu süreçte ortaya çıkabilecek güçlüklerle baş etmesi konusunda onları desteklemek önemlidir. Psikososyal değerlendirmede; hasta bireyin mental durumu, içinde bulunduğu mevcut sosyal yapı, ev ve yaşam koşulları, emosyonel durumu ve hastalığa yanıtın belirleme-

sini etkileyen faktörleri, öz bakım gücü, kültürel değerleri ve sağlıkla ilgili inançları ele alınmalı, tedavi ile ilgili yanlış anlaşılımları tespit edilmelidir (Aldredge ve Young, 2016).

Değerlendirme

İlaç uygulamaları sırasında ve sonrasında bireyler infüzyon reaksiyonları, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları ve enfeksiyon riskleri açısından gözlenmeli ve değerlendirilmelidir. Ancak hemşirelik sürecinin değerlendirme aşaması bununla sınırlı olmamalıdır. Uygulanan tedavilerin hasta sonuçları üzerinde etkilerinin değerlendirilmesi gereklidir. Romatolojik hastalıkların hastalık aktivitesinin ve semptomların değerlendirilmesi hastanın takibi ve tedaviye yanıtın anlaşılmasını sağlayabilmektedir. Klinik muayene ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi önemli olduğu gibi, romatoloji alanında geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış birçok ölçek vardır. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit, Behçet sendromu gibi hastalığa özgü ve hasta bireyin değerlendirilebileceği bir dizi ölçek hemşirelerin hasta sonuçlarını değerlendirmesine katkı sağlayabilecektir (Akyar, 2015).

Sonuç

Son zamanlarda romatoloji bilim alanının gelişmesi ile birlikte romatolojik hastalıkların tedavisinde biyolojik ilaçların kullanımı da giderek artmaya devam etmektedir. Biyolojik ilaç tedavisi alan bireylere yönelik kaliteli bakım sağlanması için hemşirelik bakımı bireyin gereksinimleri doğrultusunda ve bireye özgü olacak şekilde planlanmalıdır. Bireye yönelik kaliteli bir hemşirelik bakımının planlanabilmesi hemşirelerin tedavi yaklaşımını anlamalarını ve bu alandaki gelişmelere katılmalarını gerektirmektedir. Ayrıca biyolojik ilaç tedavisine yönelik hemşirelik bakımı ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar yapmalı ve standart rehberlerin oluşturulmasına katkı sağlamalıdır (Lempp ve ark., 2020).

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma fikri ve tasarımı (Konsepti) – AD; Literatür Tarama – AD; Makalenin Hazırlanması – AD; Yayınlanacak son haline kadar verilmesi – AD.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Akyar, İ. (2015). Romatoloji Hemşireliği Rol ve Sorumluluklara Genel Bakış. F. Çınar., M. Çınar., S. Yılmaz ve H. Erdem. (Ed.), *Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar* içinde (s. 1-6). İstanbul: Deomed Yayıncılık
- Aldredge, L. M., & Young, M. S. (2016). Providing guidance for patients with moderate-to-severe psoriasis who are candidates for biologic therapy: Role of the nurse practitioner and physician assistant. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 8(1), 14–26. doi:10.1097/JDN.0000000000000185.
- American College of Rheumatology (ACR). (2020). Tumor Necrosis Factor (TNF) inhibitors. Retrieved from (02.01.2022): <https://www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Treatments/TNF-Inhibitors>.
- Arslan, D. E., Şentürk, S., ve Akça, N.K. (2021). Biyolojik ajan kullanan romatoid artritli hastaların ilaç tedavisine uyumu ve etkileyen faktörler. *Göbeklitepe International Journal of Health Sciences*, 4(5), 87-95.
- Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
- Beringer, A., Noack, M., & Miossec, P. (2016). IL-17 in chronic inflammation: from discovery to targeting. *Trends In Molecular Medicine*, 22(3), 230-241. doi:10.1016/j.molmed.2016.01.001
- Buch, M. H., Smolen, J. S., Betteridge, N., Breedveld, F. C., Burmester, G., Dörner, T., ... Emery, P. (2011). Updated consensus statement on the use of rituximab in patients with Rheumatoid Arthritis. *Annals of The Rheumatic Diseases*, 70(6), 909–920. doi:10.1136/ard.2010.144998.
- Della-Torre, E., Lanzillotta, M., Campochiaro, C., Cavalli, G., De Luca, G., Tomelleri, A., ... Dagna, L. (2021). Respiratory impairment predicts response to IL-1 and IL-6 blockade in COVID-19 patients with severe Pneumonia and Hyper-Inflammation. *Frontiers in Immunology*, 12, 675678. doi:10.3389/fimmu.2021.675678.
- Deodhar, A., Van der Heijde, D., Gensler, L. S., Kim, T. H., Maksymowych, W. P., Østergaard, M. ... COAST-X Study Group (2020). Ixekizumab for patients with non-radiographic axial spondyloarthritis (COAST-X): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England)*, 395(10217), 53–64. doi:10.1016/S0140-6736(19)32971-X
- Esatoğlu, S. N. (2021). Romatolojide biyolojik ilaçlar ve tedavi prensipleri. V. Hamuryudan (Ed.), *Cerrahpaşa romatoloji notları* içinde (s. 253-258.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fadiloğlu, Ç., Nazmiye, Ç. G., ve Öksel, E. (2012). Kanser tedavisinde güncel yaklaşım: biyoterapi ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28(1), 91-103.
- Götestam Skorpen, C., Hoeltzenbein, M., Tincani, A., Fischer-Betz, R., Elefant, E., Chambers, C., ... Østensen, M. (2016). The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75(5), 795–810. doi:10.1136/annrheumdis-2015-208840.
- Grisar, J. (2015). Biologicals and how they revolutionized rheumatology. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, 165(1-2), 1–2. doi:10.1007/s10354-015-0343-z.
- Gülbezer, E. E., ve Keser, G. (2017). Biyolojik tedaviler. *Ulusal Romatoloji Dergisi (RAED)*, 9.
- Hayashi, T. (2013). Golimumab. *Nihon Rinsho*, 71(7), 1227-1231.
- Herdman, T. H. (2018). *Hemşirelik tanıları tanımlar ve sınıflandırma 2015-2017*. (R. Acaroğlu, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Holroyd, C. R., Seth, R., Bukhari, M., Malaviya, A., Holmes, C., Curtis, E., ... Ledingham, J. (2019). The British Society for Rheumatology biologic DMARD safety guidelines in inflammatory arthritis- Executive summary. *Rheumatology (Oxford, England)*, 58(2), 220–226. doi:10.1093/rheumatology/key207.
- Kaiser, C., Knight, A., Nordström, D., Pettersson, T., Fransson, J., Florin-Robertsson, E., & Pilsröm, B. (2012). Injection-site reactions upon Kineret (anakinra) administration: experiences and explanations. *Rheumatology International*, 32(2), 295–299. doi:10.1007/s00296-011-2096-3.
- Koike, T., Harigai, M., Inokuma, S., Ishiguro, N., Ryu, J., Takeuchi, T., ... Yamanaka, H. (2014). Effectiveness and safety of tocilizumab: postmarketing surveillance of 7901 patients with rheumatoid arthritis in Japan. *The Journal of Rheumatology*, 41(1), 15–23. doi:10.3899/jrheum.130466.
- Lee, A., & Scott, L. J. (2020). Certolizumab Pegol: A review in moderate to severe Plaque Psoriasis. *BioDrugs*, 34(2), 235-244. doi:10.1007/s40259-020-00416-z
- Lempp, H., Baggott, R., Scott, D. L., Parker, L., Bosworth, A., Georgopoulou, S., & Firth, J. (2020). The value, impact and role of nurses in rheumatology outpatient care: Critical review of the literature. *Musculoskeletal care*, 18(3), 245–255. doi:10.1002/msc.1467.
- Lenz, H. J. (2007). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *The Oncologist*, 12(5), 601-609. doi:10.1634/theoncologist.12-5-601
- Lichtenstein, L., Ron, Y., Kivity, S., Ben-Horin, S., Israeli, E., Fraser, G. M., ... Weiss, B. (2015). Infliximab-related infusion reactions: systematic review. *Journal of Crohn's & Colitis*, 9(9), 806–815. doi:10.1093/ecco-jcc/jjv096
- Maggi, E., Vultaggio, A., & Matucci, A. (2011). Acute infusion reactions induced by monoclonal antibody therapy. *Expert Review of Clinical Immunology*, 7(1), 55-63. doi:10.1586/eci.10.90
- Melo, A. T., Campanilho-Marques, R., & Fonseca, J. E. (2021). Golimumab (anti-TNF monoclonal antibody): where we stand today. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(6), 1586-1598. doi:10.1080/21645515.2020.1836919
- Navarro-Millán, I., Singh, J. A., & Curtis, J. R. (2012). Systematic review of tocilizumab for rheumatoid arthritis: a new biologic agent targeting the interleukin-6 receptor. *Clinical Therapeutics*, 34(4), 788-802. doi:10.1016/j.clinthera.2012.02.014.
- Pan, A., & Gerriets, V. (2021). Etanercept. In StatPearls. *StatPearls Publishing*.
- Prieto-Peña, D., & Dasgupta, B. (2020). Biologic agents and small-molecule inhibitors in systemic autoimmune conditions: an update. *Polish Archives of Internal Medicine*, 131, 171-181. doi:10.20452/pamw.15438

- Rombouts, M. D., Swart, E. L., Van den Eertwegh, A., & Crul, M. (2020). Systematic review on infusion reactions to and infusion rate of monoclonal antibodies used in cancer treatment. *Anticancer Research*, 40(3), 1201–1218. doi:10.21873/anticancerres.14062
- Sağ, S., ve Nas, K. (2017). Romatolojide biyolojik ajanların kullanımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 34-45.
- Shetty, A., Hanson, R., Korsten, P., Shawagfeh, M., Arami, S., Volkov, S., ... Sweiss, N. J. (2014). Tocilizumab in the treatment of Rheumatoid Arthritis and beyond. *Drug design, development and therapy*, 8, 349–364. doi:10.2147/DDDT.S41437
- Sierakowska, M., Sierakowski, S., Lewko, J., Jankowiak, B., Kowalczyk, K., & Krajewska-Kułak, E. (2007). Nursing problems of patients with systemic sclerosis. *Advances in Medical Sciences*, 52(1), 147–152.
- Thomaidou, E., & Ramot, Y. (2019). Injection site reactions with the use of biological agents. *Dermatologic Therapy*, 32(2), e12817. doi:10.1111/dth.12817
- Tleyjeh, I. M., Kashour, Z., Damlaj, M., Riaz, M., Tlayjeh, H., Altannir, M., ... Kashour, T. (2021). Efficacy and safety of tocilizumab in COVID-19 patients: a living systematic review and meta-analysis. *Clinical microbiology and infection : The official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 27(2), 215–227. doi:10.1016/j.cmi.2020.10.036.
- Tufan, A., & Lachmann, H. (2020). Familial Mediterranean fever, from pathogenesis to treatment: a contemporary review. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(SI-2), 1591-1610. doi:10.3906/sag-2008-11.
- Vivar, N., & Van Vollenhoven, R. F. (2014). Advances in the treatment of rheumatoid arthritis. *F1000prime reports*, 6. doi:10.12703/P6-31
- Yazıcı A., ve Çefle A. (2014). Biyolojik tedaviler ve gebelik. *Ulusal Romatoloji Dergisi (RAED)*, 6(1), 33-35. doi:10.2399/raed.14.2193



İçindekiler / Contents

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

1. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasını Yapan Öğrencilerin Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının Önem Sırasına Göre Değerlendirilmesi

Prioritized Evaluation of The Nursing Diagnoses Determined by The Students Performing the Clinical Practice of The Surgical Nursing Lecture

Çağla Aykin, Hatice Merve Alptekin, Nuray Akyüz 1

2. Hemşirelerde İkincil Travmatik Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Relationship Between Secondary Traumatic Stress and Styles of Coping with Stress in Nurses

Şerife Kelle Dikbaş, Ayşe Okanlı 7

3. Hemşirelerin Elektronik Bakım Planı Kullanımlarının Zaman ve Hasta Bakım Uygulamaları Yönünden Değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği

Evaluation of the Nurses Electronic Care Plan Uses in Terms of Time and Patient Care Practices: A Special Hospital Example

İlknur Öztürk, Gamze Varlı, Saliha Koç Aslan 15

4. Prematüre Bebeklerde Cilt Hasarını Azaltmada Şeffaf Cilt Örtüsü Kullanmanın Etkisi

The Effect of Using Transparent Skin Cover on Reducing Skin Damage in Prematured Infants

Cansu Arslan, Nuran Aydın Ateş 21

DERLEME MAKALELER / REVIEW ARTICLES

5. Fiziksel Tespit Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler

Interventions Applied in the Scope of Reducing Physical Restraints

Ahmet Gökteş, Kadriye Buldukoğlu 27

6. Doğum Korkusunda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Midwifery and Nursing Approaches in Fear of Birth

Sevgi Zeybek Yılmaz, Zekiye Turan 33

7. COVID-19 Pandemisinde Gebelik Süreci ve Doğum Korkusu

Pregnancy Process and Fear of Childbirth During COVID-19 Pandemic

Özlem Akın, Nülüfer Erbil 39

8. Romatolojide Kullanılan Biyolojik Tedaviler ve Hemşirelik Bakımı

Biological Therapies Used in Rheumatology and Nursing Care

Ayten Dağ 45