

İKÇÜSBFD

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL



İKÇÜSBFD

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL

I. ULUSLARARASI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ ÖZET VE TAM METİN BİLDİRİLERİ

CİLT:3 SAYI:3 EK:2 ARALIK 2018

ISSN:2458-9799

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

i

KONGRE KURULLARI

ii-vi

KONUŞMAMETİNLERİ

1-111

SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER

112-419

SEÇKİN SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER

420-464



I. ULUSLARARASI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

“İç Hastalıkları Hemşireliğine Evrensel Bakış”

25-27 KASIM 2018

Sherwood Resorts and Hotels - ANTALYA/TÜRKİYE

ichastaliklahemsireligi.com



ÖZET VE TAM METİN
BİLDİRİLER

ISSN 2458-9799



9 772458 979900

İKÇÜSBFD

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL



İKÇÜSBFD

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL

1ST INTERNATIONAL INTERNAL MEDICINE NURSING CONGRESS FULL TEXTS AND ABSTRACTS

VOLUME3 ISSUE:3 SUPPLEMENT:2 DECEMBER 2018

ISSN:2458-9799

EDITORIAL

Bumin Nuri DÜNDAR

i

CONGRESS COMMITTEES

ii-vi

PRESENTATION SPEECH TEXTS

1-111

FULL TEXTS OF ORAL PRESENTATIONS

112-419

FULL TEXTS OF OUTSTANDING ORAL PRESENTATIONS

420-464



1st INTERNATIONAL INTERNAL MEDICINE NURSING CONGRESS

“Global Overview of Internal Medicine Nursing”

25-27 November 2018

Sherwood Resorts and Hotels - ANTALYA/TURKEY

ichastaliklarihemsireligi.com



FULL TEXTS AND
ABSTRACTS

ISSN 2458-9799



9 772458 979900



EDİTÖRDEN

Değerli Okurlarımız;

1.Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ile Ebe ve Hemşireler Derneği işbirliğinde Sherwood Breezes Resort Otelde 25-27 Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Ana konularını başta kronik hastalıklarda acil-klinik-yoğun ve uzun dönem bakım, biyoterapi, diyabet, kanıt temelli uygulamalar, geriyatri, mikrobiyaya ve beslenme, hemovijilans hemşireliği, kronik hastalıklarda koruyucu yaklaşımlar ve sağlık turizmi gibi tüm iç hastalıkları hemşireliğini ilgilendiren konularda olmak üzere; bu kongrede 2 kurs, 13 panel, 4 konferans, 1 forum, biri seçkin sözel bildiri olmak üzere 12 sözel bildiri oturumu yapılmış olup, gelen bildiri sayısı 260'tır. Kongre Bilimsel Kurulu tarafından gönderilen bildirilerden 142'si sözel, 15'i randomize kontrollü, girişimsel nitelikte seçkin sözel, 103'ü poster bildiri olarak değerlendirilmiştir. Üç seçkin sözel bildiri, üç sözel bildiri ve üç poster bildiri kendi kategorilerinde ödüllendirilmiştir. Ayrıca kongre kapsamında "*Biyoterapi ve Hemşirelik*" ile "*İnsülin Uygulamalarında Son Teknolojilerin Kullanımı*" kursları gerçekleştirilmiştir.

Kongreye Amerika, İngiltere, Mısır, Portekiz, Bulgaristan ve Kosova'dan yedi konuşmacı olmak üzere toplamda 81 davetli konuşmacı/ oturum başkanı ile birlikte 230 kişi katılmıştır. Amerika'dan Northern Illinois University öğretim üyeleri Prof. Dr. Ayhan LASH ve Prof. Dr. Cathy CARLSON, Mısır'dan Mansoura University öğretim üyesi ve AORTIC Başkanı Prof. Dr. Karima ELSHAMY, Kosova'dan Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı ve Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Fetije HURUGLICA ve Phiristina University Hospital Hemşirelik Direktörü Lirije BEQIRI, İngiltere'den Plymouth University Health and Human Science Faculty Dekanı ve Joanna Briggs Centre of Excellence Direktörü Prof. Dr. Bridie KENT, Portekiz'den Castelo Branco Polytechnic Institute öğretim üyesi Prof. Dr. Joao Luis BELO, Bulgaristan'dan Trakia University Faculty of Medicine Health Care Department öğretim üyesi Doç.Dr. Albena Nikolaeva ANDONOVA değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak uluslararası alanda iç hastalıkları hemşireliği uygulamalarından örnekler ve güncel bilgiler sunarak katkı sağlamışlardır.

Bu dergi ek sayımızda konuşmacı ve sözel bildiri gönderen yazarlardan yayınlanmasına izin verenlerin metinlerine yer verilmiştir. Konuşma, bildiri ve yazılarıyla ek sayımıza katkı sağlayan tüm araştırmacılara teşekkür ediyor ve saygılarımı sunuyorum.

Editör
Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

KONGRE ONURSAL BAŐKANLARI

Prof. Dr. Saffet KÖSE

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

ONUR KURULU

Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Prof. Dr. Gülümser ARGON

KONGRE BAŐKANLARI

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Uzm. Hemş. Kadriye GÜLSEREN

BİLİMSEL SEKRETERYA

Arş. Gör. Funda SOFULU

Arş. Gör. İsmail AYVAZ

Hemş. Kadriye KIZILTEPE

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŐ

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

Öğr. Gör. Dr. Fatma İLTUŞ

Dr. Halil Yılmaz SUR

Uzm. Hemş. Aysel ACAR

Hemş. Handan AKTAŞ

Hemş. Nihal AYILDIZ

Uzm. Hemş. Nazlı BÜBER

Hemş. Nurdan ÇAMLİBEL

Hemş. Anahas ZENGİN GÜLER

Hemş. Gülçin GÜLEŐEN

Hemş. Fatma İNCEKARA AYDIN

Hemş. Selma KARAKAPLAN

Uzm. Hemş. Deniz KAVUNCU

Uzm. Hemş. Neslihan KAYADEMİR

Hemş. Aytün LEYMUN

Hemş. İlkay MAVİ

Uzm. Hemş. Ezgi SARI

Uzm. Hemş. Ayşegül TARLA

KONGRE BİLİMSEL KURUL ÜYELERİ

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL ÜYELERİ

Albena NIKOLAEVA ANDONOVA
Joa Luis BELO
Carlson CATHY
Maria CRUZ
Emilia DUARTE
Bridie KENT

Karima ELSHAMY
Fetije HURUGLICA
Ayhan LASH
Alda MENDES
Zamzaliza Abdul MULUD

ULUSAL BİLİMSEL KURUL ÜYELERİ

Servet AKAR
Ayşe ÇİL AKINCI
Yeliz AKKUŞ
Fügen ÖZCAN ARSLAN
Asiye DURMAZ AKYOL
Rahşan ÇEVİK AKYIL
Meral ALTIOK
Güler BALCI ALPARSLAN
Gülten KAPTAN ATEŞOĞLU
Hicran AYDIN BEKTAŞ
Tülin BEDÜK
Hatice BOSTANOĞLU
Sakine BOYRAZ
Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Gülbeyaz CAN
Zehra DURNA
Nuray ENÇ
Çiçek FADİLOĞLU
Feray GÖKDOĞAN
Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
Barış Önder PAMUK
Ülkü GÖRGÜLÜ POLAT
Sevilay HİNDİSTAN
Zöhre IRMAK
Sevgisun KAPUCU
Belgüzar KARA
Sibel KARACA SİVRİKAYA
Ayfer KARADAKOVAN
Sultan KAV
Mehtap KAVURMACI
Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Emine KIYAK
Sevgi KIZILCI
Serap PARLAR KILIÇ
Medet KORKMAZ
Sevinç KUTLUTÜRKAN
Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Hatice MERT
Mukadder MOLLAOĞLU
Nesrin NURAL
Nermin OLGUN
Sıdıka OĞUZ
Nimet OVAYOLU
Özlem OVAYOLU
Şeyda ÖZCAN
Hanife ÖZÇELİK
Leyla ÖZDEMİR
Serap ÖZER
Zeynep CANLI ÖZER
Mehtap TAN
Sultan TAŞÇI
Hatice TEL AYDIN
Mehmet TOKAÇ
Nuran TOSUN
Aynur TÜREYEN
Özlem UĞUR
Yasemin YILDIRIM USTA
Serap ÜNSAR
Vesile ÜNVER
Öznur USTA YEŞİLBALKAN
Sabire YURTSEVER

* Kurullar soy isme göre sıralanmıştır.

İÇİNDEKİLER

Kongre Kurulları	iii
İçindekiler	v
Konuşma Metinleri	1
Sözel Bildiri Tam Metinler	112
Seçkin Sözel Bildiri Tam Metinler	420

KONUŞMA METİNLERİ

BÜTÜNCÜL BAKIM VE HEMŞİRELİK

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

GİRİŞ

Florange Nighintingle hemşirenin temel uğraşının; hastanın mümkün olabilen en iyi koşulunun sağlanması olduğunu, bireyin doğasında var olan kendi iyileştirme gücünün açığa çıkarılması olduğunu vurgulamaktadır. Postmodern hemşirelik ve insan bakım bilimini ele alan hemşire teorisyen Jean Watson, hemşirenin insana bakarken onun ruhuna bakmayı, bireyin ne yaşadığını anlamayı, özden dinlemeyi, sevginin şifa gücünü, rahatlığın huzur ve enerjisini tanıması ve öğrenmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu açıdan hemşireliğe bakıldığında, tamamlayıcı destekleyici uygulamalar aslında hemşireliğin odağını oluşturmaktadır. Hemşirelerin bireyin zihin- beden-ruh temeline özen gösteren holistik uygulayıcılar olarak eğitilmeleri önemlidir.

Tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) yaklaşım uygulamalarının özünde iyileştirici bir ortam oluşturmak, bireyi bilinçlendirmek ve kendi iyileştirme gizil gücünü ortaya çıkarmak esastır. Bu uygulamalar bütüncül yaklaşım temelli olup, kanıtların ışığında uygun olabilecek tüm yöntemlerin kullanılmasını içermektedir.

Tamamlayıcı ve Bütünlük (İntegratif) Sağlık Uygulamaları

a. Zihin- Beden Temelli Uygulamalar

Bu tedavilerde meditasyon, hipnoz, relaksasyon (gevşeme) teknikleri, müzik ve sanatla terapi uygulamaları yer almaktadır. Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada 8 hafta boyunca haftada iki kez, her bir oturum bir saat olacak şekilde yapılan yoga egzersizlerinin hemşirelerde stresle baş etme davranışlarında etkili olduğu açıklanmaktadır.

b. Manipülatif ve Beden Temelli Uygulamalar

Masaj, refleksoloji ve egzersiz uygulamaları manipülatif ve beden temelli uygulamalar içerisinde yer almaktadır. Aromaterapi ve masaj uygulamalarıyla ilgili yapılan araştırmalarda oldukça farklı yöntemlerin izlendiği, süre ve uygulama bölgelerinin ve kullanılan yağların değiştiği görülmektedir. Refleksolojini ağrının azaltılması yanında bulantı-kusmanın rahatlatılması, kan basıncının dengelenmesi, dispne, uykusuzluk, konstipasyon, stres, anksiyete, depresyon yaşanmasını azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur.

c. Enerji Temelli Uygulamalar

Reiki, biyofeedback, terapötik dokunma, ki-gong gibi enerji uygulamalarını içermektedir. Henricson ve arkadaşları çalışmalarında, yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunma programının pozitif etkisi olduğunu ve sempatik sinir sisteminin aktivitesini azalttığını ortaya koymuşlardır.

d. Biyolojik Temelli Uygulamalar

Bitkisel öneriler, vitaminler ve diğer beslenme destek uygulamalarını kapsamaktadır. Bazı beslenme öğelerinin kullanımının hastalıklara karşı korunmada ve semptom yönetimini sağlamadaki etkisi belirtilmiş olsa da bu konuyla ilgili çok çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda genel bir önerinin yer almadığı da görülmektedir.

e. Geleneksel Sağlık Bakım Sistemleri

Geleneksel Çin Tıbbı ve Ayurvedik Tıp uygulamaları, akupunktur ve akupres uygulamaları bu grupta yer almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda, akupunktur noktalarına belli seanslarda elektrostimülasyon cihazları ya da parmakla bası (akupres) uygulamasının üremik kaşıntı, bulantı-kusma, ağrı, yorgunluk ve depresyonu azalttığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir.

Tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) sağlık uygulamalarının uygulama alanına yansıtılması ve kanıta dayalı olarak kullanılması gereklidir. Ancak konuya ilişkin yapılan araştırmalarda; uygulayıcılarının araştırma eğitimi eksikliği, projelere mali desteğin yetersiz oluşu, alt yapı araştırmalarının yetersizliği, uygulayıcıların çoğunun konvansiyonel tıp araştırma yöntemlerinin bütünlük (integratif) sağlık uygulamaları için uygun olmadığına inanmaları, bilimsel kanıtlara dayalı uygulama pratikleri oluşturmadaki isteklerinin azlığı gibi sorunlar yaşandığı görülmektedir.

Sonuç olarak, hemşireliğin uygulama alanı ve tamamlayıcı bakım uygulamalarının temel felsefesi, bireye holistik olarak yaklaşmaları, tedavilerde destekleyici rolde olmaları, sağlığın yükseltilmesinde ve hastanın aktif rolde olmasına odaklanmalarıdır. Hemşireler bu uygulamaların uygunluğunu tanılamak, risk faktörlerini belirlemek ve etik yönünü düşünmek durumundadırlar. Bu nedenle bu yöntemlerin bilimsel bir temele dayandırılması, uygulama önerilerine dönüştürülmesi için toplumun sosyo-kültürel özelliklerine göre iyi tasarlanmış, kalitatif ve kantitatif yöntemin birlikte kullanıldığı araştırmalara ve bunların uygulama alanına yansıtılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: *Bütüncül, Hemşirelik, Tamamlayıcı Tedaviler.*

BİYOLOJİK AJANLARIN KULLANIMI

Prof. Dr. Sultan KAV

Başkent Üniversitesi, Ankara

GİRİŞ

"Biyolojik" terimi, canlı hücre sistemlerinde (biyolojik olarak aktif sistemler) geliştirilen ve üretilen tedavileri tanımlar. Biyoterapi biyolojik kaynaklardan elde edilen ve/veya biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip ajanları kullanarak yapılan tedavi şeklidir. İmmünoterapi ise bireyin bağışıklık sisteminin belirli kısımlarını kullanarak kanser gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek anlamına gelir. İmmün sistemin uyarılması esasına dayandığı için de immünoterapi ve biyoterapi kendi aralarında sık sık birbirlerinin yerine değiştirilerek kullanılmaktadır. Biyoterapi temelde immün cevabı düzenlemekte ise de aynı zamanda immün sistemden bağımsız biyolojik süreçleri etkileyen ajanların kullanımını da içerir. Çeşitli kanser, otoimmün hastalıklar, inflamatuvar hastalıklar ve destek tedavi gibi birçok alanda kullanılan biyoterapi ajanları kanser tedavisinde dördüncü ana yöntem olarak kabul edilmektedir.

Biyoterapinin tarihçesi 1891'de New York Memorial Hastanesinde bir cerrah olarak çalışan William B. Coley'in bakteri toksini inopere sarkomlu hastalara vererek malignensilerinin gerilemesini umut etmesiyle başlamıştır. Bu yaklaşım sonucu spesifik olmayan Bacille Calmette-Guerin (BCG), *Corynebacterium parvum* ve levamisole gibi immün uyarıcılar geliştirilmiştir (<https://www.cancerresearch.org/join-the-cause/cancer-immunotherapy-month/30-facts/02>).

Biyolojik ajanların çoğu sitokinlerdir; bunlar düşük molekül ağırlığındaki proteinler olup, hücrelerin yakınında yerleşmiş, kısa hareket/etki alanı olan ve immün yanıtı uyarmak için üretilen hücrelerdir. Biyolojik ajanlar Recombinant DNA teknolojisi, Hybridoma, Gen teknolojisi ile üretilirler. Biyoterapi ajanlarının etki mekanizmaları çok çeşitlidir (Liao & Oldham, 2018):

1. Konakçının antitümör yanıtını arttırmak: efektör mekanizmaların genişletilmesi ya da restorasyonu yoluyla ya da zararlı konakçı yanıtının bir bileşenini azaltarak (örn.anti-CTLA-4 gibi immün kontrol noktası inhibitörleri)
2. Belirli immün hücrelerin, doğal biyolojik maddelerin veya sentetik türevlerinin uygulanması yoluyla konakçı savunmalarını güçlendirmek;
3. İmmün yanıtı uyarmak veya tümör hücrelerinin in vivo duyarlılığını arttırmak için modifiye edilmiş tümör hücreleri veya diğer aşı tipleri kullanılarak konakçı tepkilerini arttırmak;
4. Tümör hücrelerinin olgunlaşmasını, farklılaşmasını veya sessiz kalmasını sağlamak;
5. Proliferasyon, migrasyon / invazyon, apoptoz ve anjiyogenez ile ilgili tümör hücrelerinin büyüme-uyarıcı faktörleri veya sinyal yollarına engel olmak
6. Daha etkili sitostatik / sitotoksik antitümör aktivitesini oluşturmak üzere kanser hücreleri yada immün hücrelere bağlanması ve hedeflemesi için biyolojik molekülleri kullanmak

7. Tümör mikroçevresini ya da konakçı bağışıklık sistemini modifiye etmek için biyolojik molekülleri kullanmak, örn. efektör T hücreleri veya doğal öldürücü (NK) hücrelerin tümör hücrelerini hedeflemesi ve yok etmesi gibi.

Biyolojik ajanlar, hastaların tıbbi bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 2010-2015 yılları arasında onaylanan ilaçların % 22'sinin biyolojik ajanlar olduğu, ABD'de tüm reçetelerin % 1'inden daha azı biyolojik ajanlar olsa da, reçeteli ilaç harcamalarının % 28'i biyolojik ajanların oluşturduğu rapor edilmiştir (Sarpawari, Avorn & Kesselheim, 2015). 2019 yılına gelindiğinde, küresel biyolojik pazarın 66.4 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Camacho & Pai, 2015).

Biyolojik ürünlerin patent sürelerinin bitmesiyle birlikte biyobenzer ürünler üretilip ruhsatlandırıldıktan sonra piyasaya sürülebilmektedirler. Tüm dünyada 200 den fazla yeni biyobenzer ürün geliştirme projesi sürmektedir. Biyobenzer ürünler benzer biyolojik tıbbi ürünün kısaltmasıdır olup patentleri sona eren mevcut biyofarmasötik ürünlerin yeni versiyonlarıdır ve çoğunlukla proteinlerden oluşurlar. Türkiye'de 2008 yılında "Biyobenzer tıbbi ürünlere ilişkin kılavuz" yayımlanmıştır ve bu sayede biyobenzer ilaçların ruhsatlandırma kriterleri de belirlenmiştir (Dal, Karadoğan & Sezer, 2015).

Biyolojik Ajanların Uygulanması/Kullanımında Dikkat Edilmesi Gereken Konular (Boyman, Comte & Spertini, 2014).

- Biyolojik ajanlar, standart infüzyon reaksiyonları ve hipersensitivite reaksiyonları dahil olmak üzere alerjik advers olaylara (AE) neden olabilir.
- Biyolojik ajanlar, tüberkülozun reaktivasyonu (yüksek risk: infliximab, adalimumab; orta risk: etanersept, abatacept, tocilizumab; düşük risk: rituximab) dahil ciddi enfeksiyon riski ile ilişkilidir. Biyolojik ajanlar ve immünsüpresif ilaçları kullanan kombinasyon tedavisi, özellikle tedavinin ilk 12 ayında monoterapiden daha yüksek ciddi enfeksiyon riskine sahiptir.
- Organ-spesifik AE'ler genellikle hepatik, kutanöz veya hematolojik AE'lerdir, immünolojik sendromlar ve kardiyovasküler, noninfeksiyöz pulmoner, gastrointestinal ve nörolojik AE'ler nadirdir.
- Biyolojik tedavi alan hastaların, özellikle kombinasyon tedavisinden sonra, lenfoma ve cilt kanserlerinin insidansının arttığı bilinmemektedir.
- Biyolojik tedavi primer aşılama karşı bağışıklık yanıtını azaltır; bu nedenle aktif biyolojik tedavi sırasında canlı aşılarda (Canlı, zayıflatılmış influenza aşısı (LAIV) ; BCG; kızamık, kabakulak ve kızamıkçık; sarı humma aşılı) yasaktır.

Pehlivan ve arkadaşları tarafından (2018) yürütülen çok merkezli çalışmada romatolojik hastalık nedeniyle en az 3 ay biyolojik ajan kullanan 1134 hastanın % 82.2'sinde ilaç kullanımına ilişkin endişeler bildirilmiştir. Bu endişelerin yan etkiler (% 59.5), kanser riski (%40.1), tüberküloz reaktivasyonu

(%30.7), ilaca bağımlılık riski (% 22.9) ve üreme fonksiyonları üzerinde olası etki (% 10.1) şeklinde belirtilmiştir (Pehlivan ve ark, 2018).

Günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte biyolojik ajanlar birçok hastalığın tedavisinde yaygın kullanılmaktadır. Hemşirelerin biyolojik ajanların kullanımı, yan etkiler ve semptom yönetimi konularında yeterliliğinin olması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.cancerresearch.org/join-the-cause/cancer-immunotherapy-month/30-facts/02>
2. Liao SK, Oldham RK (2018). Immunotherapy of cancer is a part of biotherapy. *J Cancer Metastasis Treat.* 4:3.
3. Dal OH, Karadoğan M, Sezer AD (2015). Biyobenzerler: Kavramlar ve Ruhsatlandırma Süreçleri. *Marmara Pharm J* 19: 252-258.
4. Sarpatwari A, Avorn J & Kesselheim AS (2015). Progress and hurdles for follow-on biologics. *New England Journal of Medicine*, 372, 2380–2382.
5. Camacho LH & Pai N. (2015). Pharmacovigilance of oncology biosimilars. *Journal of Pharmacovigilance*, S3, 1–6.
6. Boyman O, Comte D, Spertini F (2014). Adverse reactions to biologic agents and their medical management. *Nature Reviews Rheumatology* 10 (10): 612–627.
7. Pehlivan Y, Orucoglu N, Pehlivan S, Kimyon G, Zengin O, Kucuk A, Sahin A, Tomas N, Oksuz MF, Kisacik B, Akar S, Onat AM, Dalkilic E (2018). Patients' concerns regarding biological agents in rheumatology. *Int J Rheum Dis.* 21(6):1219-1226.

BİYOLOJİK TEMELLİ VE GELENEKSEL BİYOTERAPİ UYGULAMALARI (APİTERAPİ, HİRUDOTERAPİ, İHTİYOTERAPİ, MAGGOT DEBRİTMAN TERAPİ, HELMİNTİK TERAPİ)

Dr. Öğr. Üyesi Bilge BAL ÖZKAPTAN

Sinop Üniversitesi, Sinop

GİRİŞ

Biyolojik temelli ve geleneksel biyoterapi uygulamaları geçmişten günümüze sağlık ve hastalıkla ilgili birçok durumda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Modern tıbbın yanı sıra kanser, romatizmal hastalıklar ve özellikle kronik hastalıklara bağlı semptomların yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedaviler arasında birçok biyolojik temelli uygulama yer almaktadır. Apiterapi, hirudoterapi, ihtiyoterapi, maggot terapi ve helmintik terapi biyoterapi uygulamaları arasında yer alan yöntemlerdendir.

APİTERAPİ

Apiterapi; arılardan elde edilen bal, polen, propolis, arı sütü ve arı zehiri gibi ürünlerin tedavi amacıyla kullanılmasıdır.

Bal: Bal bilinen en eski ilaçlardan olmakla birlikte kullanımı 5000 yıl önceye dayanmaktadır. Yara tedavisi başta olmak üzere mide ve barsak hastalıklarında kullanımı yaygındır. Yara iyileşmesinde antimikrobiyal etkisinin yanı sıra yeni damar oluşumunu desteklediği, inflamasyonu baskılayarak granülasyonu hızlandırdığı belirtilmektedir. Balın antibakteriyel, antifungal, antiviral, antiinflamatuvar ve antitümör özellikleri nedeniyle yara iyileşmesi başta olmak üzere kanser ve birçok hastalıkta apiterapi ürünü olarak kullanılması önerilmektedir.

Polen: Polen; çiçekli bitkilerde bulunan ve bal arısı tarafından toplanan çiçek tozlarıdır. Arı poleni proteinden zengin bir yapıya sahiptir ve bu özelliği ile besin desteği olarak birçok hastalıkta tablet şeklinde, saf olarak ya da balla karıştırılarak tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Antimikrobiyal, antifungal, antioksidan, antiradyasyon, hepatoprotektif, kemoprotektif/kemopreventif ve antiinflamatuvar aktiviteye sahip olan arı poleni karaciğer hastalıklarında, prostat hastalıklarını önlemede, kardiyovasküler ve sindirim sistemini güçlendirmede, allerjik duyarlılığı azaltmada aterosklerozis, gastorenterit, solunum sistemi hastalıklarında ve immün sistemi güçlendirmede yararlı etkileri vardır.

Propolis: Propolis; suda erimeyen, reçineli ve mum kıvamında olan, güzel kokulu, oda sıcaklığında yarı katı halde bulunan bir maddedir ve antibakteriyel, antifungal, antiviral, lokal anestetik, antiinflamatuvar, antioksidan, hepatoprotektif, immunostimulating, antitümoral ve sitostatik aktiviteye sahiptir. Enfeksiyonların tedavisinde ve enfeksiyonları önlemede topikal olarak merhem/solüsyon şeklinde ya da oral alıma uygun formda, diyabet ve kanser gibi hastalıkların önlenmesi için gıda ve içeceklerde kullanılmaktadır.

Arı Sütü: Arı sütü hücre yenilenmesini destekleyici ve bağışıklığı güçlendirici özelliklerinden dolayı kozmetik ve diyet desteği olarak kullanılmaktadır. Arı sütü vazodilatör, antihipertansif etkileri nedeniyle kalp damar hastalıklarında, antitümör etkisi nedeniyle kanserden korunmada, antiviral, antibakteriyel ve antiinflamatuvar etkileri nedeniyle enfeksiyonlarda kullanılmaktadır. İmmün sistemi güçlendirici etkisi nedeniyle birçok birçok durumda besin takviyesi olarak başvurulmaktadır. Kolesterolü düşürücü, sinir sistemini uyarıcı ve yorgunluğu giderici etkisinin yanı sıra büyüme ve gelişmeyi hızlandırıcı ve hormonal düzeni dengeleyici özelliklerid bulunmaktadır. Saf halde ya da diğer arı ürünleri ile karıştırılarak kapsül ya da draje şeklinde tüketime sunulan arı sütü kanser başta olmak üzere birçok durumda apiterapi ürünü olarak kullanılmaktadır.

Arı Zehiri: Arı zehiri yapısında bulunan biyokimyasal bileşikler nedeniyle birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bir arı ürünüdür. Arı zehri dolaşımı arttırıcı, antikoagülan, antibakteriyel, radyasyona karşı koruyucu, kan basıncını düşürücü, multiple sklerozis, AIDS, kanser, romatoid artrit, epilepsi, iritis, bursit, migren, rinosinuzit, kolesterol yüksekliği ve astım gibi birçok durumda tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Arı zehiri merhem ya da solüsyon olarak topikal uygulanabileceği gibi tablet şeklinde, enjeksiyon olarak ya da akupunktur iğnesinin arı zehiri ile teması sağlanarak akupunktur tedavisinde de kullanılmaktadır.

HİRUDOTERAPİ

Hirudoterapi; tedavi amacıyla sülük veya sülükten elde edilen ürünlerin kullanılmasıdır. Sülüklerin tıbbi tedavi amacı ile kullanımı çok eski çağlara uzanmaktadır. Sülük, kan emici, halkalı ve hermafrodit özellikte solucan olup 650'nin üzerinde türü bulunur. Tıbbi uygulamalarda en sık kullanılan sülük türleri Hirudo Medicinalis ve Hirudo Verbanadır. "Avrupa tıbbi sülüğü" olarak da bilinen Hirudo medicinalis, hastalıkların tedavisinde en fazla tercih edilen ve üzerinde en çok çalışma yapılan sülük türüdür.

Sülük, konağa, kuyruk bölgesinde bulunan büyük vantuzları ile yapışır ve küçükbaş emicisiyle ısırır. Sülükler ağrı oluşturmada deriyi, üç adet çenesinin üstünde bulunan keskin dişleriyle, 1,5mm derinliğinde insize ederek kan emerler. Sülüğün dişleri arasında salyasının salgılandığı küçük ağızlar vardır.

Sülük kan emmeye başladığında salyasında bulunan lokal anestezik, histamin benzeri vazodilatörler, antikoagülan maddeler, yayılma faktörleri, antibiyotikler gibi çeşitli mediatörleri kan emdikleri dokuya salarlar. Hirudoterapi seansında genellikle bireylere beş ile 12 adet tıbbi sülük uygulanır. Sülük ısırıldığı bölgede "Y" şeklinde yara izi oluşturur ve (yaklaşık 3-24 saat) kanama olabilir.

Sülük salyasında birbirinden farklı etkileri bulunan 100'ün üzerinde biyoaktif madde (vazodilatörler, antikoagulan moleküller, bakteriyostatikler, analjezikler, antiinflamatuvarlar, lokal anestezikler, prostaglandinler, protienazlar vb.) izole edilmiş olup, bunlardan hirudin en iyi bilinen çok güçlü bir antikoagulan moleküldür. Rekonstruktif ve mikrocerrahi, vasküler hastalıklar, ekstremitasyon, kanser ve metastaz ile eklem hastalıklarında kullanımı yaygındır.

İHTİYOTERAPİ

İhtiyoterapi, tatlı su balıklarından tedavi amacıyla yararlanılmasıdır. Heckel tarafından 1843 yılında tespit edilen bu balık türü “Garra rufa” olarak isimlendirilmiştir. Bu balıklar besin ihtiyaçlarını karşılamak için cilt üzerindeki ölü deriyi yiyerek hem kendi ihtiyaçlarını karşılamakta hem de sedef hastalığı başta olmak üzere çeşitli cilt hastalıklarının iyileşmesine katkı sağlamaktadırlar. Balığın salyasından deri altına karışan bir enzim sayesinde sedef hastalığını iyileştirdiği belirtilmektedir.

MAGGOT DEBRİTMAN TERAPİ

Maggot Debridman Tedavisi (MDT), larva tedavisi olarak da tanımlanan *Lucilia (Phanecia) sericata* sineğinin steril hale getirilmiş larvalarının kronik yara tedavisinde kullanılmasıdır. İlk olarak Baer tarafından 1931 yılında tanımlanmıştır. Nekrotik, akıntılı yaralar ile kan dolaşımının yeterli olmadığı derin yaralarda, diyabetik ayak ve basınç ülserlerinde, yanık iyileşmesinde kullanılmaktadır.

Etki Mekanizması

Debridman: Maggotlar ölü dokular, hücre döküntüleri ve nekrotik yaranın eksudası ile beslenirler. Larvaların midesinden salgılanan tripsin, kemotripsin gibi enzimlerin nekrotik dokuları eritmesi ile larvalar tarafından sindirim sağlanır.

Dezenfeksiyon: Maggotların salgıladıkları amonyak sayesinde dezenfeksiyon sağlanır. Larvaların midesinde yaşayan *proteus mirabilis* bakterileri tarafından üretilen antibakteriyel maddeler mikroorganizmaları öldürücü özelliğe sahiptir.

Granülasyonun başlatılması: Maggotların ve salgılarının sürekli hareketleri canlı dokuları mekanik olarak uyararak granülasyon dokusunun şekillenmesine yardımcı olur.

Kan akımının iyileşmesi: MDT ile doku oksijenlenmesinde belirgin bir artış ve ödemde azalma saptanmıştır.

Yaşam süresinin uzaması diyabet, amputasyon ve yara enfeksiyonu gibi sorunların artışına neden olmaktadır. Bu nedenler özellikle günümüzde ortopedik, dermatolojik ve geriyatrik enfeksiyonların kontrolünde geçerli bir yöntemdir.

HELMİNTİK TERAPİ

Helmintlerin tedavi amacıyla kullanılmasına helmantik terapi ya da helmintoterapi denir. İmmün sistemi düzenleyici yolakları aktive etme ve bağışıklığı kontrol etme özellikleri nedeniyle helmintlerin tedavi amaçlı kullanılması, günümüzde büyük ilgi görmektedir. Helmintlerin, T hücrelerin işlevini inhibe etmek ve immün yanıtı düzenleyici T hücreleri indüklemek için salgıladıkları immün modülatör moleküllerinin yanında immün yanıtı baskılayıcı birçok mekanizması vardır.

KAYNAKLAR

1. Albayrak, S., Albayrak, S. (2008). Propolis: Doğal Antimikrobiyal Madde Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 37(3): 201-215.
2. Duruhan, S., Biçer, B., Tuncay, MS., Uyar, M., Güzel S.(2015). Sülük Uygulamasının Komplikasyonları. İntegratif Tıp Dergisi, 3(1):16-20.
3. Eroğlu, L., Orak, İ., Şimşek, T. (2004). Ekstravazyon Yaralanmasının Tedavisinde Tıbbi Sülük Kullanımı: Ön Çalışma. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 12(3): 208-211
4. Gazi, U., Taylan Özkan, A. (2017). Helmintoterapi, FLORA. 22(3):91-101.
5. Grassberger M., Hoch W. (2006). Ichthyotherapy as Alternative Treatment for Patients with Psoriasis: A Pilot Study. Evidence Based Complementary Alternative Medicine. 3(4):483-488.
6. Karabağ, K., Hakan Dinç, H., Selcuk, M. (2010). Arı Sütünün İnsan Sağlığı İçin Önemi, MYO-Ös 2010- Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, Düzce.
7. Mumcuoğlu, K.Y.,Taylan Özkan, A. (2009). Süpüratif Kronik Yaraların Maggot Debridman Tedavisi. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 33 (4): 307-315.
8. Pascoal, A., Rodrigues, S., Teixeira, A., Feas, X., Estevinho, L.M. (2014) Biological activities of commercial bee pollens: Antimicrobial, antimutagenic, antioxidant and anti-inflammatory Food and Chemical Toxicology 63 (2014) 233–239.
9. Sert, E., Sakarya, AA., Yüksel, ŞB., Sert ,A., Tüfekçi, S. (2015) Tıbbi Sülükler ve Tıbbi Sülük Salyasının Özellikleri. İntegratif Tıp Dergisi, 3(2): 12-18.
10. Ulusoy E. (2012). Bal ve Apiterapi Uludağ Arıcılık Dergisi, 12(3): 89-97
11. Yakışan Maden, RŞ. (2015). Varis Tedavisinde Rutin Tedaviler İle Tıbbi Sülük Tedavisinin Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum.

SEMPTOM YÖNETİMİNDE BİYOTERAPİ UYGULAMALARININ KULLANIMI: KANITA DAYALI UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

Erciyes Üniversitesi, Kayseri

GİRİŞ

Son yıllarda geleneksel biyoterapi uygulamalarına olan ilgi giderek artmakta olup konuyla ilgili birçok klinik çalışma yapılmaktadır. Maggot debridman tedavisi (MDT), hirudoterapi, helmintik terapi, ihtiyoterapi ve apiterapi bu uygulamalardan bazılarıdır. Bu makalede aşağıda belirtilmiş olan geleneksel biyoterapi uygulamalarıyla ilgili yapılmış olan kanıta dayalı uygulama örnekleri özetlenmiştir.

Maggot Debridman Tedavisi (MDT): MDT, *Lucilia Sericata* adlı yeşil şişe sineğinin steril hale getirilmiş larvalarının (maggot, kurtçuk) kronik yaraların tedavisinde kullanılması ile yapılan tedavi şeklidir. MDT, konvansiyonel tedaviye cevap vermeyen, cerrahi debridmanın yapılacağı çok küçük alanlara maggotların ulaşması, herhangi bir yan etkisinin olmaması, ekonomik olması, geniş alanlarda yapılan cerrahi debridmanın önlenmesi ve yaranın dezenfeksiyonun sağlanması gibi nedenlerden dolayı yara debridmanında kullanılması uygun biyolojik bir debridman yöntemidir (1). 2004 yılında, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) kronik yaraların tedavisi için tıbbi MDT'yi onaylamıştır. MDT; dekübitüs ülserleri, yanıklar, venöz staz ülserleri, diyabetik ayak ülserleri, iyileşmeyen travmatik ve cerrahi yaraların debridmanında kullanılmaktadır (2). Paul et al. (2009) diyabetik ayak ülserli hastalarla yaptıkları çalışmada, 29 hastaya MDT, 30 hastaya geleneksel tedavi uygulamış, gruplararası iyileşme açısından bir farklılık olmadığı, MDT'nin geleneksel tedavi kadar etkili olduğu ve alternatif bir yöntem olarak kullanılabilceği bildirilmiştir (3).

Azad et al. (2016) diyabetik ayak ülserli 42 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada MDT'nin etkili olduğunu ve büyük örneklemli çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmiştir (4). Wilasrusmee et al. (2013) meta analiz çalışmasında kronik ülserlerin tedavisinde MDT'nin geleneksel tedaviyle karşılaştırıldığında %20 daha etkili olduğunu göstermiştir (5). Sun et al. Kronik infektif yaralarda Maggot debridman tedavisini inceledikleri sistematik derlemede; MDT yapılan hastaların iyileşme süresinin önemli derecede daha kısa olduğu belirlenmiştir (6).

Hirudoterapi: Hirudoterapi, tıbbi sülükler kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir. Sülükler geleneksel ve tamamlayıcı tıpta birçok rahatsızlık için tedaviye destek olarak kullanılmaktadır. Kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarında, kas-iskelet sistemi hastalıklarında, doku flepleri, replantasyon sonrası revaskülarizasyonda, yumuşak doku yaralanmalarında, diabetes mellitus ve romatoid artrit gibi birçok hastalıkta kullanılmaktadır (7). Diz osteoartritli 113 hastayla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; Tek seferlik sülük tedavisi (n=38), 2 kez uygulanan sülük tedavisi (n= 35) ve kontrol grubu (n=40) olmak üzere 3 gruba ayrılan hastalarda; KOOS, WOMAC ve VAS skorları değerlendirildiğinde, 1 ve 2. gruptaki hastaların skorlarında gelişme görülmüş analjezik ihtiyacı azalmış, en büyük gelişmenin 2.

grupta olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinde gelişme ve eklem katılığında azalma olduğu belirtilmiştir (8). Hirudoterapide en sık görülen yan etkiler; hafif lokal kaşıntı, ciltte kızarıklık, sistolik kan basıncında azalma, hafif baş dönmesi, uzun sürmeyen hafif kanama ve enfeksiyondur. Hirudoterapi, hemofili, anemi, lösemi, hipotoni, gebelik, sülük salgısının aktif içeriğine allerjisi olanlarda ve immüsupresyon varlığında uygulanmamalıdır (9).

İhtiyoterapi: Yunanca balık anlamına gelen ichthyo kelimesini içeren ihtiyoterapi, psöriazis gibi cilt hastalıklarının tedavisinde balıkların kullanıldığı geleneksel biyoterapi uygulamalarından biridir. Sivas Kangal balıklı kaplıcası bu tedavinin en önemli örneklerinden biridir (10). Grassberger et al. (2006) çalışmasında; 2002-2004 yılları arasında 3 hafta ihtiyoterapi uygulanmış 67 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların %71.7'sinde PASİ skoruna göre psöriazis şiddeti azalmıştır. %65'i tedavi öncesine göre daha az şiddette relaps semptomları yaşadıklarını bildirmişlerdir. Önemli bir yan etki görülmemiştir (11). Özçelik ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada ise 87 psöriazisli hasta 21 gün ihtiyoterapi almış, %57'sinde lezyonların tamamen iyileştiği, %43'ünde ise kısmi iyileşme sağlandığı görülmüştür. Ayrıca topikal steroid tedavisiyle karşılaştırıldığında remisyon süresinin daha uzun olduğu görülmüştür. Çalışmada Kangal'ın balıklı kaplıcalarının psöriazis açısından etkili ve yararlı olduğu gösterilmiştir (12).

Helmintik Terapi: İnflamatuar ve otoimmün hastalıkların tedavisine yardımcı olmak amacıyla bağışıklık sisteminin helmintlerle uyarıldığı biyoterapi yöntemidir. Hijyen hipotezine göre son zamanlarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artan hijyenik ortamlar nedeniyle çocukluk dönemi enfeksiyonlarına maruziyet ve çapraz enfeksiyon riski azalmakta buna bağlı olarak sağlıklı bir immün sistemin gelişimi engellenmektedir. Bu durum otoimmün ve allerjik hastalıkların görülme sıklığının artmasına yol açmaktadır. Eski dost hipotezine göre ise; helmintler ve mikrobiyota üyeleri gibi birçok mikroorganizmanın çağlar boyunca evrildikleri ve immünmodülatör mekanizmaların tetikleyicisi oldukları savunulmaktadır (13). İdeal bir helminte bulunması gereken özelliklere bakıldığında; yayılmamalı, insanlar için patojen olmamalı, kendi kendini sınırlayan bir enfeksiyon oluşturmalı, insanda çoğalmamalı, hemen infektif olmamalı, kolay uygulanmalı, uygun antihelmintik tedavisi mevcut olmalı, spesifik patojensiz koşullarda üretilmeli ve stabilliğini uzun süre koruyabilmelidir (14).

Corraela ve Farez (2007) yaptıkları prospektif çalışmada, çeşitli helmint enfeksiyonları ile enfekte olmuş 12 MS hastasının, 4.5 yıllık sürede, 12 nonhelmint MS hastasına göre daha az relaps ve daha düşük MR aktivitesine sahip olduklarını göstermişlerdir (15). Fleming et al. domuz kamçılı kurdu verilen MS hastalarının, helmintik tedaviyi iyi tolere ettiği ve hastalık puanlamasında bazı olumlu eğilimlerin olduğu tespit edilmiştir (16).

Yapılan randomize bir çalışmada allerjik riniti olan 100 hastaya 21 gün süreyle 8 doz helmintik tedavi verilmiş, rinit semptomları ve IgE seviyelerinde anlamlı bir değişim görülmemiştir (17). Hayvan çalışmaları, helmintlerin allerjik hava yolu inflamasyonuna karşı koruyucu olabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte, insanlarda yapılan çalışmalarda helmintlerle alerjik durumlar arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bu ilişkiyi etkileyebilecek faktörler arasında helmint enfeksiyonlarının zamanlaması, yükü, kronikleşmesi ve helmint türleri ile konakçı genetiği yer almaktadır. Bu nedenle, alerji ve astıma yönelik olarak, helmint tedavisinin olası yararları hakkında daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (18-20).

Apiterapi: Bir veya daha fazla hastalık durumunu kontrol altına almak, sağlığı korumak, hastalıkları önlemek, iyileştirmek ve iyileşmeyi devamlı hale getirmek amacıyla arı ürünlerinin (bal, polen, arı sütü, propolis, arı zehiri ve balmumu) uygulandığı bir tedavi yöntemidir. Bu ürünlerin kullanıldığı bazı durumlar: Multipl skleroz, artrit, açık yaralar, ağrı, gut, zona, kanser, ülser, yanıklar, tendonit ve enfeksiyonlardır (21, 22).

2000-2017 arasındaki literatürün incelendiği bir meta analiz çalışmasında; 16 hayvan ve 3 klinik çalışmaya ulaşılmıştır. Propolisin yara iyileşmesinde yararlı olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı vakalarda Propolisin alerji ve kontak dermatite neden olduğu bildirilirken yan etkiler, klinik etkililik ve dozuna ilişkin bilgi eksikliğini tamamlanması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (23).

Diyabetik ayak ülserli hastalarda propolisin etkinliğinin değerlendirildiği bir başka çalışmada; 24 hastaya 6 hafta boyunca propolis uygulanmış, çalışma sonunda propolis grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre ülserli alanın daha hızlı iyileştiği ve bakteriyel yükün daha az olduğu belirlenmiş ve herhangi bir yan etki bildirilmemiştir (24). Hwang et al. yaptıkları meta analizde, 264 hastanın değerlendirildiği 34 çalışma incelenmiştir. Tonsillektomiden 2 hafta sonra balın plesabo grubuyla karşılaştırıldığında iyileşmeyi arttırdığı ve yara iyileşmesini hızlandırdığı gösterilmiştir (25).

SONUÇ

Sonuç olarak geleneksel biyoterapi uygulamalarında kanıta dayalı uygulamalar incelendiğinde; bu uygulamaların, yara iyileşmesi, debridman, mukozit, ağrı, yanıklar, ülserler, enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıklar gibi birçok durumda kullanıldıkları fakat yapılan çalışmalarda örneklem büyüklüğünün küçük olduğu, çalışma kalitelerinin yetersiz olduğu, uzun süreli, daha geniş kapsamlı ve yüksek kalitede klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKÇA

1. Kosta Y, Mumcuoğlu KY, Özkan AT. Süpüratif kronik yaraların maggot debridman tedavisi. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2009; 33 (4): 307 -315.
2. Chan DCW, Fong DHF, Leung JYY, et al. Maggot debridement therapy in chronic wound care. Hong Kong Medical Journal 2007;13(5): 382-386.
3. Paul AG et al. Maggot debridement therapy with *Lucilia cuprina*: a comparison with conventional debridement in diabetic foot ulcers. Int Wound J 2009;6:39-46
4. Azad AK, Wan Azizi WS, Adham SA, Yee BL. Maggot debridement therapy for diabetic foot ulcer: Experience from Maggot treatment Centers. Asian Journal of Pharmacy and Pharmacology 2016; 2(1): 23-25.

5. Wilasrusmee C, Marjareonrungrung M, Eamkong S, et al. Maggot therapy for chronic ulcer: a retrospective cohort and a meta-analysis. *Asian J Surg*. 2014;37(3):138-47.
6. Sun X, Jiang K, Chen J, Wu L, Lu H, Wang A, Wang J. A systematic review of maggot debridement therapy for chronically infected wounds and ulcers. *Int J Infect Dis*. 2014 Aug;25:32-7.
7. Ayhan H & Mollahaliloğlu S. Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Med J*, 2018;(1):141-148.
8. Andereya S, Stanzel S, Maus U, et al. Assessment of leech therapy for knee osteoarthritis: a randomized study. *Acta Orthop*. 2008;79(2):235-43.
9. Wang H, Zhang J, Chen L. The efficacy and safety of medical leech therapy for osteoarthritis of the knee: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2018;54(Pt A):53-61.
10. Timur M, Çolak A, Marufi M. Balıklı kaplıcadaki (Sivas) balık türlerinin tanımı ve deri hastalıkları tedavisindeki etkisinin araştırılması. *Ankara Uni, Vet. Fak. Dergisi* 1983;30(2):276-282.
11. Özçelik S & Akyol M. Kangal hot spring with fish (Kangal fishy health spa) & psoriasis treatment. *Press Therm Climat* 2011;148:141-147
12. Grassberger M & Hoch W. Ichthyotherapy as Alternative treatment for patients with psoriasis: A pilot study. *eCAM* 2006;3(4)483-488.
13. Helmbly H. Human Helminth therapy to treat inflammatory disorders-where do we stand? *BMC Immunology* 2015 ;16 (12):1-6.
14. Gazi U, Özkan AT. Helmintoterapi. *Flora* 2017;22(3):91-101.
15. Correale J & Farez M. Association between parasite infection and immune responses in multiple sclerosis. *Ann Neurol*. 2007;61(2):97-108.
16. Fleming J, Hernandez G, Hartman L, et al. Safety and efficacy of helminth treatment in relapsing-remitting multiple sclerosis: Results of the HINT 2 clinical trial. *Mult Scler*. 2017. doi: 10.1177/1352458517736377.
17. Wammes LJ, Mpairwe H, Elliott AM, Yazdanbakhsh M. Helminth therapy or elimination: epidemiological, immunological, and clinical considerations. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(11):1150-1162.
18. Sipahi MA & Baptista DM. Helminths as an alternative therapy for intestinal diseases. *World J Gastroenterol*. 2017; 23(33): 6009-6015.
19. Feary JR, Venn AJ, Mortimer K, et al. Britton Experimental hookworm infection: a randomized placebo-controlled trial in asthma *Clin Exp Allergy* 2010; 40(2): 299-306.
20. Bager P, Arnved J, Rønborg S, et al. Trichuris suis ova therapy for allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(1):123-30.e1-3.
21. Kelle İ. Apiterapi. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34 (4): 311- 315.
22. Mutlu C, Erbaş M, Tontul SA. Bal ve diğer arı ürünlerinin bazı özellikleri ve insan sağlığı üzerine etkileri. *Akademik Gıda* 2017; 15(1) 75-83.
23. Oryan A, Alemzadeh E, Moshiri A. Potential role of propolis in wound healing: Biological properties and therapeutic activities. *Biomed Pharmacother*. 2018;98:469-483.
24. Henshaw FR, Bolton T, Nube V, et al. Topical application of the bee hive protectant propolis is well tolerated and improves human diabetic foot ulcer healing in a prospective feasibility study. *J Diabetes Complications*. 2014;28(6):850-7.
25. Hwang SH, Song JN, Jeong YM, Lee YJ, Kang JM. The efficacy of honey for ameliorating pain after tonsillectomy: a meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(4):811-8.

BİYOTERAPİ UYGULAMALARINDA HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Hemş. Mine BULUŞ

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kemoterapi Eğitim Hemşiresi

GİRİŞ

Biyoterapi, bağışıklık sistemini aktive eden biyolojik kaynaklardan üretilen veya biyolojik yanıtı etkileyen maddelerin kullanımını içeren bir tedavi şeklidir (1).

Biyolojik ajanlar başta onkoloji alanı olmak üzere pek çok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Her geçen gün yeni biyolojik ajanlar onay almaktadır. Bu gelişen alanda biyolojik ajanların uygulanması ve biyolojik ajan alan hastanın yönetimi ile ilgili ekip içerisinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ancak, biyolojik ajanların uygulanması ve hasta yönetimi ile ilgili hemşirelerin ihtiyacı olan yayın, kurs ve seminerler ülkemizde sınırlıdır (2).

Biyoterapi alan hastalarda kaliteli bakımın sağlanması için hemşirelik yönetimi, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bireye özgü olmalıdır. Birçok alanda uygulanan biyolojik hedeflenmiş tedavi uygulamaları bilgi ve donanım gerektirir. Bu tedavi yaklaşımı ile ilgili uygulama standartlarının oluşturulması ve nitelikli hemşirelik uygulamalarının yapılabilmesi için hemşirelerin bu konuda bilgiye ulaşmaları, edinilen bilgileri uygulamaya yansıtmaları, kurum ve kuruluşların hemşirelerin bilgi düzeyleri ve uygulamalarını düzenli olarak değerlendirmeleri, standart uygulama prosedürlerini oluşturmaları önemlidir (1). Bu konuda sağlık kuruluşlarının, ilgili derneklerin düzenleyecekleri eğitim seminerleri, kurs ve sempozyumlar hemşirelerin bilgi düzeyini arttırabileceği gibi, konu hakkında güncel gelişmeleri takip etmelerini de sağlayacaktır.

Literatürde biyolojik ajanlar beş ana grupta sınıflandırılmıştır:

1. İnterferonlar
2. Koloni uyarıcı faktörler
3. İnterlökinler
4. Monoklonal antikorlar
5. Diğer biyolojik ajanlar (TNF, effektor hücreler ve aşılar) (1,2)

Biyolojik Ajanların Uygulama Yolları

Biyolojik ajanların uygulama takvimi ve zamanı uygulanan ajana bağlıdır. Biyolojik ajanlar protein maddeleri ve sindirim enzimleriyle kolayca yıkılabildiklerinden genelde intravenöz yoldan verilirler.

BİYOTERAPİ ALAN HASTADA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Biyolojik ajanlarla tedaviye bağlı komplikasyonların erken fark edilmesi ve yönetimi hastanın değerlendirilmesiyle mümkün olabilir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların laboratuvar değerlerini,

öyküsünü bilmesi ve fizik muayene ile değerlendirmesi, tedavi başarısını pozitif yönde etkileyecek girişimlerdir.

Ön Değerlendirme:

- Hasta öyküsü ve fizik muayene
- Tanı ve önceki tedaviler,
- Eşlik eden hastalıklar,
- Kullanılan ilaçlar ve bitkisel ürünler
- Laboratuvar bulguları
- Güncel boy, kilo, vücut yüzey alanı
- Alerjiler (ilaç, yiyecek, kozmetik,toz,hayvan vs)
- Aşı durumu
- Enfeksiyon bulguları
- Doğurganlık çağındaki bayan hastalar için gebelik testi
- Daha önceden tedavi almışsa yaşanan yan etkiler değerlendirilir.

Eğitim

- Akut semptomlar
- Kronik semptomlar
- Bilgilendirilmiş onam
- Semptom yönetimi
- İlaç uygulamalarını içermelidir.

Biyoterapi sonrası öneriler, yeni tedavi zamanı, evde kullanılacak ilaçlarla ilgili yazılı materyal verilmelidir.

Biyoterapi tedavisi öncesi hemşirelerin değerlendireceği durumlar ve sonuçlar:

Fiziksel Muayene
Kardiyovasküler: Kalp hızı ve ritmi, anormal kalp sesleri, ortostatik hipotansiyon Pulmoner: Solunumun sayısı, tipi, solunum sesleri Gastrointestinal sistem: Beslenme durumu, yeme alışkanlıkları, mukozyet, boşaltım Nörolojik: Oryantasyon, hafıza, dikkat, zihinsel algılama durumu Cilt: Eritem, lezyonlar, turgorda azalma, kuruluk, alopesi Genel: Grip, ateş, enfeksiyon bulguları, yorgunluk
Laboratuvar Bulguları
Kan: Lokosit, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, trombosit miktarı. Böbrek fonksiyon testleri Karaciğer Fonksiyon Testleri Beslenme Parametreleri: Elektrolitler, protein ve albumin düzeyleri.

BİYOLOJİK AJANLARIN HAZIRLANMASI VE UYGULANMASI

Bazı merkezlerde eczane çalışanları, bazı merkezlerde hemşireler biyolojik ajanların hazırlanmasında sorumludur. Biyolojik ajanlar genellikle protein yapıda preparatlar olduğu için hazırlanmasında ve saklanmasında özellikle üretici firma önerilerini dikkate alan bir prosedür oluşturulmalıdır.

Hemşireler bir ilacı uygulamadan önce, ilacın normal dozu, yan etkileri, stabilite süresi, koruyucu önlemleri ve önerilen maksimum konsantrasyonu bilmelidir.

Biyolojik ajanlar, ısı, nem ve sıcaktan korunmalı, 2-8 °C'de buzdolabında saklanmalıdır. Buzdolabı ısı takibi termometre ile mutlaka yapılmalıdır. İlaçlar dondurulmamalı, hazırlarken çalkalanmamalıdır. Uygunsuz saklama sonucunda biyolojik ajanlar inaktif olabilir. Uygulama öncesinde ise biyolojik ajanların oda ısısına gelinceye kadar ısıtılması gerekir.

Biyolojik ajanların ilacı hazırlayan ve uygulayan kişiler üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. Bu yüzden hazırlayan ve uygulayan kişilerin biyolojik ajanlar ile gereksiz temastan kaçınmaları gereklidir. Kişisel koruyucu önlemleri alınmalıdır. Bazı merkezler hazırlanma ve kullanım için özel politikaları izler. Bu politikalar Onkoloji Hemşireler Birliği (ONS) veya "Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi" (OSHA: Occupational Safety and Health Administration), Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği 'nin oluşturduğu rehberlere dayanmaktadır

Biyolojik Ajanların Uygulanması

- Biyoterapi uygulamadan önce hastanın bazal yaşam bulguları alınır.
- Tedavi protokolü hasta adı,dosya numarası,tarih,doz,uygulama yolu,süre yönünden kontrol edilir.
- Varsa tedavi protokolünde önerilen premedikasyonlar uygulanır.
- Uygulama sırasında hasta için gerekli olabilecek acil cihaz ve desteklerin kullanıma hazır olup olmadığı kontrol edilmeli ve yerleri tanımlanmalıdır.
- Varsa evde uygulayacağı ilaç/uygulama için yazılı materyal,
- Yapılan işlemlerin kaydını içerir.

HASTA EĞİTİMİ

Tedavi yan etkilerinin yönetilmesi, öz bakım gücü ve hasta uyumunu artırır. Hasta ve bakım vericilere yan etkilerin gözlemlenmesi ve rapor edilmesi konularında eğitim verilmelidir. Eğitim içeriğinde:

- a. Tedavinin akut etkileri (infuzyon ile ilgili reaksiyonlar, bulantı, grip benzeri semptomlar vb)
- b. Tedavinin kronik etkileri, (yorgunluk, mental durum değişiklikleri, iştahsızlık)
- c. Öz bakım becerilerini artırma konusunda stratejiler,
- d. Biyoterapinin yan etkilerinden kaynaklanan yaşam değişikliklerini tartışmak ve bakımın sürekliliği sağlamak
- e. Sağlık ekip üyelerine bildirilecek yan etkiler,

- f. Bazı hastalar biyolojik ajanları evlerinde uygulanabilir. Evde ilaçların saklanması, hazırlanması, uygulanması hakkında bilgiler,
- g. Hastanın ciddi yan etkileri, bu yan etkilerin görülme sıklığını ve yan etkilere karşı kullandığı öz bakım stratejilerinin ve baş etme yöntemlerinin etkinliğini kayıt etmesi konuları bulunmalıdır.

SONUÇ

Sağlık alanında meydana gelen değişiklikler ve FDA'den onay alan ajanların sayısının artması ile biyoterapi kullanım sıklığı giderek artmaktadır. Biyoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelerin tedavi yaklaşımını anlamaları ve bu alandaki gelişmelere katılmaları gerekecektir. Hemşireler kaliteli bakım sağlamak için biyoterapi konusunda bilgilendirilmeli, güncel yaklaşımları takip etmeli ve hasta eğitimine önem vermelidirler. Ayrıca hemşireler biyoterapi de hemşirelik yönetimi ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar yaparak standart rehberlerin oluşturulmasına katkı sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Uzgör F, Kazak A, Albayrak B, Özkaraman A. Hemşirelerin Biyolojik Hedeflenmiş Tedaviler Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Kocaeli Medical J; 2017; 6(3):22-29
2. Çıray Gündüzoğlu N, Oksel E, Fadıloğlu Ç. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşım: Biyoterapi ve Hemşirelik Yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;28(1):91-103.
3. Fadıloğlu Ç, Tokem Y, Özçelik H. Biyolojik ajanların kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(1):45-53
4. Bisht M, Bist S. Biological response modifiers: Current use and future prospects in cancer therapy. Indian Journal of Cancer, 2010;47(4).
5. T.C. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.6 Nisan 2011
6. Sağlık Bakanlığı: Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>, erişim:30/10/2018
7. Royal College of Nursing Rheumatology Biologics Working Party. Assessing, managing and monitoring biologic therapies for inflammatory arthritis; Guidance for Rheumatology Practitioners, 4 ed, 2017, <http://www.rcn.org.uk>

BİYOTERAPİ UYGULAMALARINDA HEMŞİRENİN YASAL SORUMLULUKLARI VE ETİK

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN

Akdeniz Üniversitesi, Antalya

GİRİŞ

Biyoterapi “biyolojik ajanlar”, “biyolojikler”, “biyolojik yanıt değiştirici terapi” olarak da adlandırılmaktadır (Vizcarra & Belcher, 2006). Biyoterapi, biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip biyolojik kaynaklı ajanlar kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir (Özçelik, Tokem, Fadiloğlu, Nurgü, & Dedeli, 2012). Biyoterapi modern tıp uygulamaları ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları arasında yer almaktadır. Modern tıpta kullanılan biyoterapi, organik kimyasallar veya ilaçlar yerine, biyolojik yanıtı etkileme özelliğine, daha yüksek seçiciliğe ve daha az toksik yan etkilere sahip biyolojik kaynaklı ajanlar kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir (Priya & Reyes, 2015). Biyoterapi tedavileri canlı organizmalardan veya bu organizmaların ürünlerinden rekombinant DNA teknolojisi gibi yöntemlerle yeni aşular ve farmakolojik ajanlar geliştirilerek sağlık koşullarının iyileştirilmesinde kullanılmaktadır (Khan et al., 2016; Uzgör, Kazak, Albayrak, & Özkaraman, 2017). Günümüzde kullanılan biyolojik ajanlar;

- İnterferonlar
- Koloni uyarıcı faktörler
- İnterlökinler
- Monoklonal antikolarlar
- Diğer biyolojik ajanlar olarak gruplandırılmaktadır (Murthy, Janaki, Nagarjuna, Sangeetha, & Sindhura, 2010).

Biyolojik ajanların kanser, otoimmün hastalıklar, kardiyovasküler, nörolojik, solunum sistemi sindirim sistemi hastalıkları, diyabet, dermatoloji hastalıklar ve genetik hastalıklarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Fadiloğlu, Tokem, & Özçelik, 2008).

Biyoterapi tedavisi uygulamalarında hemşirenin sorumlulukları

Hastanın öyküsünü almak;

- Hastanın tanısını, kronik hastalıklarını, düzenli kullandığı ilaçları, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarını ve tam kan sayımını,
- Biyolojik ajan uygulamaları öncesinde ve sonrasında ilaçlara ya da gıdalara karşı oluşabilecek alerjik reaksiyonları belirlemeli,
- Hastanın kullandığı ilaçların biyoterapinin etkisini azaltıp artırması yönünden değerlendirmelidir.

Tedavi;

- Biyolojik ajanların hazırlanmasından, saklanması ve uygulanmasından sorumludur.
- İlacın dozunu, uygulama yöntemini ve yan etkilerini değerlendirmelidir.

- Biyolojik terapi tedavisi alacak hastaların kontrendikasyonları değerlendirmelidir.
Eğitim,
- Hastayı tedavi, ilaçlar, uygulanacak program, maliyeti, kısa ve uzun dönem yan etkilerinin yönetimi hakkında
- Biyolojik ajanların ısıya maruz kalmayacak şekilde buzdolabında saklanması protein yapılı oldukları için asla çalkalanmaması konusunda
- Biyolojik ajan buzdolabından çıkarıldıktan sonra oda ısısına gelinceye kadar ısıtılması gerektiği anlatılmalıdır (Fadıloğlu et al., 2008; Palmer & Miedany, 2010).

Ayrıca kemoterapi/biyoterapi hemşiresinin görev ve sorumlulukları “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 24/05/2015” te yer almaktadır.

Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulaması/ Biyoterapi

Dünya Sağlık Örgütü, Geleneksel tıbbi “açıklanabilir olsun ya da olmasın sağlığı korumak için olduğu kadar, fiziksel ve mental hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde de kullanılan; farklı kültürlerle özgü, kuram, inanç ve tecrübeye dayanan bilgi, yetenek ve uygulamaların toplamı” olarak tanımlamıştır (Karahancı et al., 2015).

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health - NCCIH) 2017 yılında tamamlayıcı sağlık uygulamalarını beş başlık yerine üç başlık altında yeniden gruplandırmıştır: Doğal ürünler (bitkiler, vitaminler, mineraller, probiyotikler vb.), zihin-beden uygulamaları (yoga, kayropratik ve osteopatik manipülasyon, meditasyon ve masaj terapisi gibi), diğer tamamlayıcı tedaviler (ayurveda, Geleneksel Çin tıbbı, homeopati ve natüropati gibi) (<https://nccih.nih.gov/>). 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görev tanımı arasına Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları hakkında yasal düzenleme hazırlama ve sonrasında denetleme girmiştir (Karahancı et al., 2015). “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” 27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte 15 Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulaması tanımlanmış (akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulamaları, homeopati, karyopratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapi) ve bunlara ait uygulamayı yapacak personel, endikasyon/kontrendikasyon, uygulama merkezinde bulunması gereken malzemeler açıklanmıştır (Somer & Vatanoglu-Lutz)2016). Geleneksel olarak kullanılan biyoterapinin amacı immün sistemin yanıtını modifiye etmektir (Özçelik et al., 2012). Sağlığı koruma, geliştirme ve hastalıkların tedavisi amacıyla sunulan bütün profesyonel sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi biyoterapi uygulamalarında sağlık profesyonelleri mesleki etik ilkelere uymak durumundadır. Hemşireliğin temel etik ilkeleri; zarar vermeme-yararlılık ilkesi, özerklik/bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesidir (Adıgüzel, Tanrıverdi, & Özkan, 2011; Donnelly et al.,2017).

Tamamlayıcı terapi kullanımını coğrafi konumu, etnik köken, eğitim düzeyi, sosyo ekonomik faktörler, hastanın çevresi ve hastaların dini inançları etkilemektedir (Davidson, Geoghegan, McLaughlin, & Woodward, 2005). Bu nedenle bireyler bütüncül değerlendirilmeli yaptıkları uygulamalar konusunda sağlık profesyonelleri ile iletişime geçmeleri desteklenmelidir. Bu konuda yasal boşlukların olması uygulamalara ilişkin farklılıklar bireyleri ve sağlık profesyonellerini etik sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Sağlık profesyonelleri tamamlayıcı ve integratif uygulamaları risk-yarar çerçevesinde değerlendirmelidir. Özellikle hastalığın ciddiyeti, tamamlayıcı terapinin uygunluğunu (invaziv olması, toksisite, konvensiyonel tedavi ile etkileşimi), tamamlayıcı terapinin yararı ve güvenirliliğine ilişkin kanıtların varlığı ve katiltesini göz önünde bulundurmalıdır. Tamamlayıcı terapi konusunda danışmanlıkta mutlaka bireyin inanç, değerlerine, ve otonomisine saygılı davranılmalıdır (Adams, Cohen, Eisenberg, & Jonsen, 2002). Sosya-kültürel ve ekonomik düzeyi düşük ülkelerde bilinçsiz tamamlayıcı yada alternatif uygulamaların kullanım oranında artış olduğu bildirilmektedir (Harris, Cooper, Relton, & Thomas, 2012). İlaçların pahalı olması, ilaçlara kolay ulaşamaması, daha çabuk iyileşme, bağışıklık sistemini güçlendirme, hastalık ve bedeni üzerinde kontrol kurma isteği, tedavilere bağlı ortaya çıkan istenilmeyen yan etkiler, tedaviden memnun olmama ve bu uygulamalara ilişkin tanıtımlar kişileri alternatif seçeneklere yönlendirebilmektedir (Macdonald & Gavura, 2016). Doğal ürün olarak görülen zarar vermeyeceği düşünülen bu ürünler/uygulamalar bazen tedavinin başarısızlığına ve hayati tehlikeye neden olabilmektedirler (Şahin, 2017). Hastalar ve ailelerin tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin artan talebi sağlık hizmeti sunucularına bu uygulamaları modern tıp uygulamaları ile entegre etme zorunluluğu getirmiştir. Bu durum yasal, etik, güvenlik, kalite ve finansal sorunların tartışılmasını zorunlu kılmaktadır. Özellikle uygulayıcıların deneyimli ve bu alanda eğitilmiş olmaları önemlidir (Kramlich, 2017). Etik tartışmaların uzun dönem süreceği açık olan tamamlayıcı ve integratif uygulamalarda sağlık profesyoneller uygulamalara ilişkin girişimlerde temel etik ilkeler doğrultusunda yaklaşmalıdır. Bu temel etik ilkelerde, iyilik, iyiliği teşvik etme, hastanın ve toplumun sağlığına en iyi etki etme yükümlülüğünü, zarar vermeme yükümlülüğünü, bireyin otonomisine, özerkliğe saygı, doğruyu söyleme, açıklama ve bilgilendirilmiş onaydır (Ernst, Cohen, & Stone, 2004).

KAYNAKLAR

1. Adams, K. E., Cohen, M. H., Eisenberg, D., & Jonsen, A. R. (2002). Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Annals of Internal Medicine*, 137(8), 660-664.
2. Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H., & Özkan, D. S. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 235.
3. Davidson, R., Geoghegan, L., McLaughlin, L., & Woodward, R. (2005). Psychological characteristics of cancer patients who use complementary therapies. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(3), 187-195.
4. Donnelly, M. B., Horsley, T. L., Adams, W. H., Gallagher, P., & Zibricky, C. D. (2017). Effect of Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Nursing Ethics Principles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(4), 153-159

5. Ernst, E., Cohen, M., & Stone, J. (2004). Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. *Journal of Medical Ethics*, 30(2), 156-159.
6. Fadiloğlu, Ç., Tokem, Y., & Özçelik, H. (2008). Biyolojik ajanların kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 45-53.
7. Harris, P., Cooper, K., Relton, C., & Thomas, K. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International journal of clinical practice*, 66(10), 924-939.
8. Karahancı, O. N., Öztoprak, Ü. Y., Ersoy, M., Zeybek Ünsal, Ç., Hayırlıdağ, M., & Örnek Büken, N. (2015). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-126.
9. Khan, S., Ullah, M. W., Siddique, R., Nabi, G., Manan, S., Yousaf, M., & Hou, H. (2016). Role of recombinant DNA technology to improve life. *International journal of genomics*, 2016.
10. Kramlich, D. (2017). Complementary health practitioners in the acute and critical care setting: nursing considerations. *Critical care nurse*, 37(3), 60-65.
11. Macdonald, C., & Gavura, S. (2016). Alternative medicine and the ethics of commerce. *Bioethics*, 30(2), 77-84.
12. Murthy, T., Janaki, K. S., Nagarjuna, S., Sangeetha, P., & Sindhura, S. (2010). Biological response modifiers. *Int J Pharm Tech Res*, 2, 2152-2160.
13. Özçelik, H., Tokem, Y., Fadiloğlu, Ç., Nurgü, N., & Dedeli, Ö. (2012). Bir üniversite hastanesinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin biyolojik ajan kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 27(1).
14. Palmer, D., & Miedany, Y. E. (2010). Biological nurse specialist: goodwill to good practice. *British Journal of Nursing*, 19(8), 477-448.
15. Priya, P., & Reyes, V. M. (2015). A Cancer Biotherapy Resource. *arXiv preprint arXiv:1602.08111*.
16. Somer, P., & Vatanoğlu-Lutz, E. E. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi. *Anatolian Clinic the J of Medical Sciences*, 22(1), 58-65.
17. Şahin, S. (2017). Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(4), 159-162.
18. Uzgör, F., Kazak, A., Albayrak, B., & Özkaraman, A. (2017). Hemşirelerin biyolojik hedeflenmiş tedaviler hakkındaki bilgi düzeyi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3), 22-29.
19. Vizcarra, C., & Belcher, D. (2006). Management of the patient receiving parenteral biologic therapy. *Journal of Infusion Nursing*, 29(2), 63-71.
20. (<https://nccih.nih.gov/>). Erişim Tarihi:01.11.2018

İNSÜLİN POMPA TEDAVİSİ ENDİKASYONLARI VE HASTA SEÇİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

İnsülin pompası tedavisi olarak da anılan sürekli subkütan insülin infüzyonu tedavisi ile ilgili olarak hazırlanan klinik kılavuzlar sağlık çalışanlarına ve tip 1 diyabetli insanlara rehberlik etmek için önemli kriterler ve göstergeler sağlar. Bu yönergeler mevcut kanıtları ve maliyet-fayda analizlerini dikkate almaktadır.

Tip 1 diyabetli bireyler için insülin pompası (SCIİ) tedavisinin başlıca endikasyonları aşağıda özetlenmiştir:

1. Tekrarlayan ve üçüncü kişilerin yardımını gerektiren hipoglisemi öyküsü olan,
2. Çoklu doz (bazal-bolus) insülin injeksiyon rejimleri ve günde 4 defadan fazla SMBG uygulamasına rağmen sıkı glisemik kontrol ($A1C \leq 6.5$; 48 mmol/mol hedefi) sağlanamayan,
3. Şafak olayı (Dawn fenomeni; sabah APG düzeyleri $> 140-160$ mg/dl) aşan,
4. Kan glukoz düzeyleri günden güne belirgin değişkenlik gösteren (Brittle diyabet, tekrarlayan ciddi hipoglisemiler),
5. Gebe olan (fetal anomalileri ve spontan abortusları önlemek için sıkı glisemi kontrolünün konsepsiyondan önce sağlanması zorunludur. Dolayısıyla SCIİ'ye gebelikten birkaç ay önce başlanması önerilmektedir),
6. Yaşam düzeni esneklik gerektiren (vardiya sisteminde çalışan, sık seyahat etmek zorunda olan veya güvenliğin önemli olduğu işlerde çalışan,
7. Düşük insülin gereksinimi olan (insülin gereksinimi günde 20 IU'nin altında olan)

Bu koşullardan herhangi birini taşıyan tip 1 diyabetli hastalar ile tip 2 diyabetli seçilmiş (2.-6. şıklara uyan durumu olan ya da ciddi insülin rezistansı nedeniyle günlük insülin gereksinimi 500 IU'nin üzerinde olan) hastalar, pompa tedavisi için uygun adaylardır.

İNSÜLİN POMPASI AYARLARI (BAZAL VE BOLUS DOZ AYARLARI)

Doç. Dr. Barış Önder PAMUK

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

İnsülin pompa tedavisi planlanan hasta, ilk olarak kendi kendine kan şekeri izlemi (SMBG) konusunda eğitim almış, karbonhidrat sayımı tekniğini öğrenmiş ve bu teknikleri kullanmaya niyetli ve istekli olmalıdır.

Monomerik insülinler (regüler insülin, insülin lispro, insülin aspart ve insülin glulisin) SCİİ'de kullanılabilir.

Toplam insülin dozu (TİD), hastanın insülin pompa tedavisinden önce aldığı toplam insülin dozu %25 oranında azaltılarak ya da hastanın kilosunun %50'si baz alınarak hesaplanabilir. Klinik kaygıları gidermek için iki yöntemin ortalaması alınabilir:

- Hipoglisemi riski yüksek hastalarda daha düşük dozdan,
- Hiperglisemisi olan, A1C değeri yüksek veya gebe hastalarda daha yüksek dozdan başlanabilir.

Hesaplanan toplam günlük dozun (TİD) %50'si bazal, %50'si ise bolus olarak verilir. Hastanın durumuna (gebelik, küçük çocuklar ve adolesanlarda kullanım vb.) göre bu oranlar %40-50 bazal ve %50-60 bolus arasında değişebilir.

Bazal İnsülin Dozunun Ayarlanması

- Hesaplanan toplam bazal doz 24'e bölünerek, saatlik insülin infüzyon hızı hesaplanır. Bazal doz ayarı sağlanıncaya kadar başlangıçta ara öğün verilmez.
- Önce tek bazal hız ile başlanır, 2-3 günde bir glukoz düzeyine göre doz ayarı yapılır. Hedef, stabil açlık (öğünler arasında ve uykuda) glukoz düzeyinin sağlanmasıdır. Günlük glukoz değişkenliğine (ör. Dawn fenomenine) göre farklı bazal dozlar eklenir.
- Bazal ve bolus dozların yeterliliği, yemek öncesi, öğünlerden 2 saat sonrası, gece saat 24'te ve saat 03'te ölçülen glisemi düzeylerine göre değerlendirilir.
- Hedef, bazal düzeyler arasındaki farkın (öğün önceleri, gece ve sabaha karşı glisemi düzeylerindeki artma ve azalmanın) <35 mg/dl ve öğün sonrası 2. saat glisemi düzeylerinin <180 mg/dl (tercihen <140 mg/dl) olmasıdır.
- Bazal glisemideki oynamaları 35 mg/dl'nin altında tutmak için bazal insülin infüzyon hızlarında 0.05-0.10 IU/st'lik değişiklikler yapılır.
- Eğer APG, saat 03.00'de ölçülen düzeye göre 35 mg/dl'den daha yüksekse, 4-6 saat süre ile saat 24.00'teki infüzyon hızının 1.5 katı hızında bir bazal infüzyon planlanır ve bu infüzyona kahvaltıdan 2-3 saat önce başlanır.

Bolus İnsülin Dozlarının Hesaplanması

Bolus insülin dozlarının hesaplanması için karbonhidrat/insülin oranı (KH/İ) ve insülin düzeltme faktörü (İDF)'nün bilinmesi gerekir.

1. Karbonhidrat/İnsülin Oranı

Karbonhidrat sayımı: Karbonhidrat sayımı tekniği, tüm insülin pompası kullanması planlanan hastalara öğretilmelidir. KH/İ oranı (KH: g, insülin: IU) hastanın aldığı KH miktarı için ne kadar insülin gerektiğini gösterir.

KH/İ oranı 5/1 - 25/1 arasında olabilir; öğünden öğüne değişir.

Hastanın vücut ağırlığı, yaşı, fizik aktivite düzeyi ve insülin direncinden, ayrıca diyabet dışı diğer hastalıklarından ve mevcut diyabet komplikasyonlarından etkilenir.

KH/İ oranının pratik olarak hesaplanması:

I. Yöntem: İnsülin direnci olan veya obez hastalarda ' $300/TİD$ '; buna karşılık insüline duyarlı olan, zayıf hastada ' $450/TİD$ ' formülü kullanılır.

II. Yöntem: ' $5.7 \times \text{Ağırlık (kg)}/TİD$ ' denklemi kullanılarak KH/İ oranı hesaplanabilir.

İlk olarak KH içeriği bilinen, az yağlı bir öğüne göre KH/İ oranı ayarlanır. 2.st PPG artışı, öğün öncesine göre yaklaşık 60 mg/dl olması hedeflenir. PPG ölçümüne göre KH/İ oranı %10-20 artırılır.

Karbonhidrat sayımı öğretilemeyen fakat SCİİ tedavisi uygulanması gereken bazı hastalarda alternatif olarak, sabit öğün bolusu yöntemi kullanılabilir. Burada, KH içeriği değişmeyen öğünler öncesinde sabit bolus dozları uygulanır.

$$\text{'Sabit Öğün Bolusu'} = (TİD \times 0.5) / 3$$

2. İnsülin düzeltme faktörü (İDF)

'İnsülin duyarlılık faktörü' olarak da adlandırılır. ' $İDF = 1700/TİD$ ' veya ' $4.44 \times KH/İ$ ' formüllerinden biri ile hesaplanır.

- Düzeltme dozundan 2 saat sonraki PG, hedeflenen glukozdan ± 30 mg/dl farklı olmalıdır.
- Düzeltme dozundan sonraki kan glukoz düzeyi sürekli olarak yüksek ya da düşük ise İDF %10-20 artırılır ya da azaltılır.

DIYABETİN TEKNOLOJİK GELİŞMELERLE ÖZYÖNETİMİNDE GİZLİ GÜÇ: BAKIM DIYABET BAKIMINDA MOBİL UYGULAMALARIN YERİ

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ

Diyabet ise; tüm dünyada ve ülkemizde, alınan tüm önlemlere rağmen, hâlen büyüyen, toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir kronik hastalıktır (ADA, 2015).Diyabetli bireyin günlük yaşamını tamamen sağlıklı bir birey olarak sürdürebilmesi için etkin bir şekilde izlenmesi gerekir. Bu izleme hem sağlık profesyonellerinin izlemine hem de bireyin evde kendi kendine izlemine içerir. Bireyin kendi kendine izlemi ve öz bakımı konusunda gerekli bilgi ve beceriye sahip olması için de sağlık profesyonelleri tarafından verilecek bir diyabet eğitimini, günümüzde artık teknolojiyi kullanarak alması zorunlu hale gelmiştir (Olgun, Eti, Coşansu, 2011).

Diyabet yönetiminde sağlık profesyonelleri, destekleyici bir rol içerisinde olarak hastanın kendi kendine öz yönetimini gerçekleştirebilmesine olanak sağlayabilirler. Yapılan çalışmalarda glisemik kontrol, plazma glukoz düzeyi, fiziksel aktivite, karbonhidrat gibi uygulamaların m-sağlık uygulamaları ve vaka yönetimi ile sağlanabileceği belirtilmektedir (Orsama et al. 2013; Holmen et al. 2014; Weegen et al. 2015; Karhula et al. 2015; Desveaux et al. 2016; Hsu et al. 2016).

Mobil Sağlık Uygulaması Nedir? Kronik Hastalıkların ve Diyabetin Yönetiminde Nasıl Uygulanır?

Günümüzde yaşlanan nüfus, artan kronik hastalıklar, hastane kapasitesinin talebi karşılayamaması, bireyselleşmenin ön plana çıkması (self servis),bireylerin aldığı sağlık hizmetinde konfor arayışının artması ve yoğun hayat temposunun getirdiği zamansızlık nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi artık ülkemizde de mSağlık (Mobil sağlık) / mHealth uygulamaları hızla artmaktadır (ADA, 2015; Matjaž, Lana, Luka, Dejan, 2016).

Mobil sağlık (mSağlık); daha hızlı ve iyi bir tedaviyi olanaklı kılmak, sağlığın korunmasını artırmak amacıyla mobil cihazların daha etkin bir şekilde sağlık verisi toplamasını ve sağlık durumunu takip etmesini sağlar. Kullanılan mobil cihazlar içinde; cep telefonları, akıllı telefonlar, tabletler, PDA (Personal Digital Assistant)'lar, akıllı saatler, akıllı gözlükler, akıllı televizyonlar, giyilebilir teknolojiler ve tıbbi verileri toplayan, ölçen ve iletebilen her türlü taşınabilen veya implante edilen sensörü sayabiliriz. (ADA, 2015; Matjaž, Lana, Luka, Dejan, 2016).

Mobil sağlık uygulaması; daha hızlı ve iyi bir tedaviyi olanaklı kılmak, sağlığın korunmasını/iyileştirilmesini artırmak amacıyla mobil cihazlar ile etkin bir şekilde sağlık verisinin toplamasını ve sağlık durumunun takip edilmesini olanak sağlamaktadır (Matjaž, Lana, Luka, Dejan, 2016). Mobil sağlık uygulamasıyla; toplumun bilinçlendirilmesi, hastalıklar hakkında farkındalık sağlanması ve yönlendirme amaçlı SMS mesajlarından, görüntülü telekonsültasyon ve teleziyaret

uygulamalarına; cep telefonundan veya internet sitesinden randevu almaktan, bireyin akıllı telefon uygulamaları ile kendine renk körlüğü testi uygulamasından, özellikle uzaktan kronik hastalıkların yönetimine kadar çok geniş bir yelpazede uygulama alanı bulunmaktadır (ADA, 2015; Matjaž, Lana, Luka, Dejan, 2016). Mobil sağlık hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Günümüzde küresel olarak 6 milyarı aşkın cep telefonu ve 2 milyarı aşkın akıllı telefon sahipliği, gelecekte mobil sağlık uygulamaların, sağlığın iyileştirilmesinde en önemli araçlardan biri olabileceği ve 2017 yılında 3,4 milyar insanın akıllı telefon sahibi olma durumu ve bunların en az yarısının sağlık uygulaması kullanacağı düşünülmektedir (Güler 2015).

Mobil sağlığın beklenen etkilerini; “Daha iyi teşhis, tedavi, kendi sağlıklarıyla daha fazla ilgili bireyler ve daha sağlıklı yaşam biçimleri, artan koruyucu sağlık uygulamaları, kronik hastalıkların daha etkin takibi, daha etkin sürdürülebilir sağlık sistemi, sağlık çalışanları için bilgiye erişim ve analiz etmek için harcanan zamandan % 30 tasarruf, daha az hastane yatış ihtiyacı nedeni ile maliyetlerde azalma” diye sıralayabiliriz(Güler, 2015; Matjaž, Lana, Luka, Dejan, 2016).

Dijital pazarlama ajansı **We Are Social**; 2016 yılı için küresel/lokal dijital istatistikleri içeren raporunu yayınladı. Türkiye’de en çok kullanılan sosyal medya platformlarına baktığımızda ilk sırada %32 ile Facebook’un yer aldığını görüyoruz. Facebook’u %24 ile WhatsApp, %20 ile Facebook Messenger, %17 ile Twitter, %16 ile Instagram takip ederken, sıralama Google+, Skype, LinkedIn, Viber ve Vine ile devam ediyor. Türkiye’deki internet kullanıcılarının %77’si her gün online olabiliyor (We Are Social Report,2016). Bu verilere göre geleceğin sağlık hizmeti olarak mobil sağlık uygulamalarını hem dünya hem de ülkemiz için söyleyebiliriz.

Tüm dünyada olduğu ülkemizde de birçok hastalığın yönetiminde mobil sağlık uygulamaları kullanıyor.(Örneğin; kanser, hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları..v.b.)(ADA, 2015).Diyabet yönetiminde de sağlık profesyonelleri, destekleyici rolü içerisinde hastanın kendi kendine öz yönetimini gerçekleştirebilmesine olanak sağlayabilirler. Yapılan çalışmalarda glisemik kontrol, plazma glukoz düzeyi, fiziksel aktivite, karbonhidrat gibi uygulamaların m-sağlık uygulamaları ve vaka yönetimi ile sağlanabileceği belirtilmektedir (Desveaux et al. 2016, Hsu et al. 2016, Karhula et al. 2015, Weegen et al. 2015, Holmen et al. 2014, Orsama et al. 2013) .

Son yıllarda dünyada meydana gelen hızlı gelişme ve değişimler sağlık bakım sistemi üzerinde de etkisini göstermektedir. Toplum, nüfus özellikleri, ekonomi, politika, bilim/teknolojideki değişimler; hem sağlık bakım sisteminden talepleri karşılamakta sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle tüm kronik hastalıkların yönetimindeki gibi diyabette de bu talepleri karşılamak için oluşturulan bir diğer yöntem ise “vaka yönetim” modelidir(ADA,2015; Olgun, Eti, Coşkunsu, 2011).

SONUÇ

Sonuç olarak diyabetli bireyler ve sağlık personeli için;

- Endişesiz, daha iyi bir yaşam kalitesi,
- Uygun tedavi/bakım hizmetlerinin mobil izleme ile hızlı, zamanında, denetimli verilebilmesi,

- Mobilite sayesinde diyabetli bireyin bulunduğu ortamdaki ayrılmadan günlük yaşam alışkanlıklarını sürdürebilmesi,
- Diyabetli bireyin kişisel olarak durumlarını takip edebilmesi, Mobil sağlık uygulamaları ile daha kolay sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Mobil Sağlık, Diyabet, Bakım Yönetimi

KAYNAKÇA

1. American Diabetes Association (ADA) (2015). Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In Standards of Medical Care in Diabetes 2015. Diabetes Care,38;8-16.
2. Desveaux, L.; Agarwal, P.; Shaw, J.; Hensel, MJ.; Mukerji, G.; Onabajo, N.; et al. (2016). A randomized wait-list control trial to evaluate the impact of a mobile application to improve self-management of individuals with type 2 diabetes: a study protocol. BMC Medical Informatics and Decision Making, 16:144.
3. Diyabet Hemşireliği Derneği (DHD) (2011). Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası, İstanbul, EOS Ajans, Yayıncılık, 45-50.
4. Güler, E. (2015). Mobil sağlık hizmetlerinde oyunlaştırma. AUAD, 1(2), 82-101.
5. Hsu, WC.; Lau, KHK.; Huang, R.; Ghiloni, S.; Le, H.; Gilroy, S.; et al (2016). A cloud-based diabetes management program for insulin initiation and titration enables collaborative decision making between healthcare providers and patients. Diabetes Technology and Therapeutics. 18(2):59–67.
6. Holmen, H.; Torbjørnsen, A.; Wahl, AK.; Jennum, AK.; Småstuen, MC.; Årsand, E. et al (2014). A mobile health intervention for self-management and lifestyle change for persons with type 2 diabetes, part 2: One-year results from the Norwegian randomized controlled trial Renewing Health. Diabetes Technology and Therapeutics. 18:S58–9.
7. International Diabetes Federation (IDF).(2013). Policy and programmes, chaussee de la hulp 166, bruxelles-capitale, reg., 1170 brussels, belgium. update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas. Estimates for the year 2013. Diabetes Research and Clinical Practice, 109; 461-465.
8. Karhula, T.; Vuorinen, AL.; Raapysjarvi, K.; Pakanen, M.; Itkonen, P.; Tepponen, M, et al (2015). Telemonitoring and Mobile Phone-Based Health Coaching Among Finnish Diabetic and Heart Disease Patients: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 17(6):e153.
9. Matjaž, Krošel.; Lana, Svegl.; Luka, Vidmar.; Dejan, Dinevski.(2016). Empowering diabetes patient with mobile health Technologies. Mobile Technology Book, *Isbn 978-953-51-2635-5, print isbn 978-953-51-2634-8.*
10. Olgun, N.; Eti, F.; Coşansu, G.; Çelik, S.(2011). Diabetes mellitus. “Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım” içinde. (ed) Karadakovan A, Aslan FE, 2. baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 817-56.
11. Orsama, AL.; Lahteenmaki, J.; Harno, K.; Kulju, M.; Wintergerst, E.; Schachner, H. et al (2013). Active assistance technology reduces glycosylated hemoglobin and weight in individuals with type 2 diabetes: results of a theory-based randomized trial. Diabetes Technol Ther. 15(8):662–9.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, Satman, I.; Yilmaz, T.; Sengul, A. et al (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish. Diabetes epidemiology study (TURDEP I). Diabetes Care. 25:1551-6.

13. Satman, I.; Omer, B.; Tutuncu, Y.; Kalaca, S.; Gedik, S.; Dinccag, N. et al. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28 (2);169-180.
14. Turan, E.; Kulaksızoğlu, M. (2015). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31(Ek sayı):86-94.
15. Van der Weegen, S.; Verwey, R.; Spreeuwenberg, M.; Tange, H.; Van der Weijden, T.; de Witte L (2015). It's LiFe! Mobile and Web-Based Monitoring and Feedback Tool Embedded in Primary Care Increases
16. Physical Activity: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J MED Internet Res*. 17(7):e184.
17. Welch, G.; Garb, J.; Zagarins, S.; Lendel, I.; Gabbay, RA.(2010).Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*, 88:1-6
18. We Are Social Report (2016). <https://wearesocial.com/uk/special-reports/digital>.

DİYABETİK AYAK BAKIMINDA TEKNOLOJİK GELİŞMELER

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ

Diyabet; Türkiye başta olmak üzere tüm dünyada hızla artış gösteren, toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir kronik hastalıktır (ADA, 2018).

Diyabetli bireyin günlük yaşamını kesintisiz ve sorunsuz sürdürebilmesi için etkin bir şekilde izlenmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen izlemlerin dışında, bireyin kendi kendine izlemine ve öz bakımını yürütmesi kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi diyabet yönetiminde de önemli bir konudur.

Dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıkların artış göstermesi, yaşlı nüfusun artışı ile birlikte sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyan insan sayısının artması gibi nedenlerle birlikte diyabet ve kronik komplikasyonlarının yönetiminde yeni modeller ve uygulamalar gündeme gelmektedir. Diyabetin kronik komplikasyonları önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır (Gordois, Scuffham, Shearer, Oglesby, Tobian, 2003). Kontrol edilmeyen diyabet, hiperglisemiye yol açarak zamanla başta kalp-damar sistemi, böbrek, göz, sinir sistemi olmak üzere vücudun bütün sistemlerini etkileyen kronik komplikasyonların meydana gelmesine neden olur (ADA, 2018).

Diyabete özgü bir komplikasyon olan nöropati ve sıklıkla eşlik eden periferik arter hastalığının sonucu meydana gelen iskemi zemininde, aşırı basınç yükü ve enfeksiyonun da katılmasıyla oluşan diyabetik ayak, organ kaybına götürebilen, ruhsal, bedensel, sosyal ve ekonomik yönden ayrıcalığı olan bir komplikasyondur (Boulton, Vileikyte, Ragnarson-Tennvall, Apelqvist, 2005). Ağrılı diyabetik nöropatinin, yetersizlik yaratması nedeniyle, özellikle uzun vadede diyabetli bireylerin emosyonel durumları üzerinde olumsuz etkisinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Fishbain, Cutler, Rosomoff, Rosomoff, 1997; Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001). Diyabetik nöropatik ağrının tedavisi zor ve uzun zaman gerektirdiğinden bireylerin yaşam kalitelerini de maddi ve psikolojik yönden etkilemektedir.

Diyabetik hastaların yaklaşık %50’si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişim riski altındadır ve tüm dünyada her 30 saniyede bir diyabetik ayak komplikasyonuna bağlı olarak bir amputasyon yapılmaktadır (Mata-Cases, et al, 2012; IDF, 2005). Bunun gibi kronik yaralar, yoğun bir bakım gerektirmekle birlikte, tedavi maliyetini de arttırmaktadır. Bu nedenle hem sağlık ekibi için hem de hasta için ciddi bir mücadeleyi gerektirmektedir. Günümüzde hem sağlık sistemi hem de hastaların yaşam kalitesi açısından yüksek tedavi maliyetleri nedeniyle, teknolojinin diyabetik ayak sorunuyla başa çıkması için yenilikler artmaktadır.

Teknolojinin kullanımı, sağlık profesyonellerinin, hastaların, ailelerinin ve toplumlarının ihtiyaçlarını karşılama biçiminde devrim yaratmaktadır. Günümüzde teknoloji ve teknolojinin sağladığı

yararlar her geçen gün artmaktadır. Bu derlemede diyabetik ayak bakımında kullanılan teknolojik araçlardan birkaçı çalışma mekanizmaları ve özellikleri aktarılmaktadır.

Diyabetik Ayak Yönetiminde Kullanılan Teknolojik Ürünler ya da Uygulamalar

1. DermaPACE: Akut ve kronik yaraları olan hastalar için geliştirilmiş yeni bir cihazdır. Şok dalgası teknolojisine dayanan bir etki mekanizmasıyla cilt ve cilt altı yumuşak dokulardaki hasarlarda meydana gelen yaraların iyileşmesi üzerinde etkili olduğu yönünde kanıtlar mevcuttur. Darbeli Akustik Hücre Ekspresyonu (Pulsed Acoustic Cellular Expression = PACE) uygulaması (Şekil 1), bir sağlık kuruluşunda ve doktor kontrolünde yapılmaktadır. Ayrıca uygulama yapılacak günde hastanın genel durumunun iyi olması, uygulamanın başarısını olumlu yönde etkilemektedir (www.sanuwave.com, ET: 18.10.2018).



Şekil 1: DermaPACE

Uygulama; yara kenarlarının ölçülmesi ve yaranın genel temizliğinin steril bir şekilde yapılması ile başlar. Daha sonra cihazın aplikatörü yara yüzeyine nazikçe uygulanarak cihazın çalıştırılır. Tedavi bittiğinde cihaz sesli bir uyarı verecektir. Birkaç dakika süren bu uygulamalar birkaç seans tekrarlanarak yaranın iyileşmesi sağlanmaktadır. Seans sayısı ve uygulama süresi yaranın durumuna göre farklılık gösterebilmektedir. Cihazın uygulamasının ardından yaranın pansumanı yapılır ve aynı zamanda hastanın da kendi pansumanını günlük olarak yapması konusunda eğitilmesi gerekmektedir (www.sanuwave.com, ET: 18.10.2018).

Cihazın yan etkileri çok azdır. Bazı vakalarda kızarma, morarma, karıncalanma, uyuşukluk gibi yan etkilerin yanı sıra, tedavinin ardından kısa süreli ağrı görüldüğü saptanmıştır. Güvenliği ve etkinliği henüz belirlenmediği için dermaPACE aşağıdaki durumlarda ve bölgelerde kullanılmamalıdır (www.sanuwave.com, ET: 18.10.2018):

- Tedavi alanında bir malignensi,
- Baş bölgesi, spinal kord, akciğer, gonadlar
- Koagülasyon bozuklukları
- Çocuklar ve gebe hastalar
- Kalp pili olan hastalar
- Tedavi bölgesinde implantı olan hastalar

2. Kızılötesi Termal Görüntüleme: Altta yatan enflamasyonun önemli bir göstergesi olan plantar ayak sıcaklığının artışını tespit ederek diyabetik ayak komplikasyonunu otomatik olarak saptamaya yarayan bir yöntemdir.



Şekil 1: Kızılötesi Termal Görüntülemenin Mobil Uygulaması

Artmış sıcaklık noktalarında nöropatik ülserler, osteomyelit ve Charcot ayağı gibi çeşitli diyabetik ayak komplikasyonları tanımlanmıştır.

Artmış plantar ayak sıcaklığı, nöropatik ülserin ortaya çıkmasından bir hafta önce bile saptanabilmektedir. Ayak bölgesi ile kontralateral ayaktaki aynı bölge arasındaki kalıcı sıcaklık farklılıkları ($> 2.2^{\circ}\text{C}$) diyabetik ayak ülserlerini önleyebilir. Diğer taraftan, düşük ayak sıcaklıkları ayakta vasküler yetmezliğe işaret edebilir (Şekil 2).

Sıvı kristal termografiyle karşılaştırıldığında, kızılötesi görüntüleme, invaziv olmayan ve önceden enflamasyonu tespit edebilen bir ölçüm olma avantajına sahiptir. Ayrıca hem görüntüleme hızı hem de görüntü piksellerinin çözünürlüğü ile ilgili olarak kızılötesi görüntüleme teknolojisindeki ilerlemeler, termal görüntüleri ölçmek ve hastanın ayaklarının termal görüntüleri üzerinden otomatik analiz yapmak için önemli avantajlara sahiptir (van Netten, van Baal, Liu, van der Heijden, Bus, 2013) (Şekil 3).



Şekil 2: Kızılötesi Termal Görüntüleme Cihazı

3. Smart Mat (Akıllı Mat): Plantar sıcaklık artışı ile olası veya rekürren diyabetik ayak enflamasyonunun %97'sini tespit edebilen yeni bir ayak-sıcaklık-izlem sisteminden oluşan “podimetre” (Şekil 4), şiddetli yara enfeksiyonlarından kaynaklı amputasyon oranlarını azaltmıştır (/www.podimetrics.com, ET: 18.10.2018).



Şekil 3: Smart Mat

4. Smart Tekstil (Diyabetik Ayak Ülserini Öngören Akıllı

Tekstil): Hasta yürürken uygulanan basınç sayesinde basınç ve sıcaklık anormalliklerini ölçen, giyilebilen ve yıkanabilen bir tekstil üründür (Şekil 5). Verileri analiz ederek, telefona yüklenen bir uygulama aracılığıyla hastaya uyarı gönderebilir. Çeşitli avantajları vardır (inventions.arizona.edu, patentimages.storage.googleapis.com; ET: 18.10.2018):

- Normal aktivite sırasında basınç, sıcaklık ve yürüyüşü ölçer ve analiz eder.
- Kullanımı ve bakımı kolaydır, yıkanabilir ve taşınabilir.
- Düşme ve/veya diğer travmaları önleyebilir
- Uyarı göndermek için kişisel cihazlara (akıllı telefon, akıllı saat, tablet vb) bağlanır.
- Ayak yaralanmalarında evde tanı imkanı sağlar.



Şekil 4: Smart Tekstil

5. EDX110: Nitrik oksit özelliği ile diyabetik ayak ülserlerini mevcut standart bakımdan daha hızlı ve etkili bir şekilde iyileştirerek, hastaneye başvuru ve hastanede kalış gün sayısını, amputasyon sayısını azaltmaktadır. Optimal standart bakım ile karşılaştırıldığında, nitrik oksit üreten bir cihaz olan

EDX110'un (Şekil 6) yara onarımı ve rejenerasyonu sonuçları yüz güldürücü olmakla birlikte, standart bakıma oranla yara boyutunu yarıya indirdiği saptanmıştır (www.edixomed.com ET: 18.10.2018).

SONUÇ

Diyabetin ve komplikasyonlarının yönetiminde sağlık profesyonellerinin destekleyici yaklaşımı ile hastanın kendi kendine öz yönetimini gerçekleştirebilmesine olanak sağlanması gerekmektedir. Bu kapsamda en büyük destek telekomünikasyon ve bilişim teknolojilerinin kullanımı sayesinde gerçekleştirilmektedir. Telekomünikasyon ve bilişim teknolojilerinin kullanımı sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir. Teknolojik gelişmeler doğrultusunda diyabetik ayak tedavisi ve bakımı için geliştirilen cihazların kullanımı hastalık yönetiminde ve öz bakım faaliyetlerini sürdürmede oldukça etkili ve maliyet etkin bir yaklaşım olacaktır.



Şekil 5: EDX110

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Nöropati, Diyabetik ayak, Teknoloji.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association Releases (ADA) 2018 Standards of Medical Care in Diabetes, with Notable New Recommendations for People with Cardiovascular Disease and Diabetes. Erişim T: 18.10.2018
2. Gordo A, Scuffham P, Shearer A, Oglesby A, Tobian JA. The health care costs of diabetic peripheral neuropathy in the US. *Diabetes Care* 2003; 26: 1790-5.
3. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet* 2005; 366: 1719-24.
4. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13 (2):116-37.
5. Blackburn-Munro G, Blackburn-Munro RE. Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence? *Neuroendocrinol* 2001; 13 (12): 1009-1023.
6. Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, MundetTuduri X, Franch-Nadal J, Benito-Badorrey B, Cano-Pérez JF; Diabetes Study Group in Primary Health Care (GEDAPS: Grup d'Estudi de la Diabetis a l'Atenció Primària de Salut, Catalonian Society of Family and Community Medicine). Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract* 2012; 66: 289-98.
7. International Diabetes Federation. Time to Act: diabetes and foot care. Brussels International Diabetes Federation 2005.
8. http://www.sanuwave.com/template_files/946/international/dermapace.php Erişim T: 18.10.2018
9. van Netten JJ, van Baal JG, Liu C, van der Heijden F, Bus SA. Infrared Thermal Imaging for Automated Detection of Diabetic Foot Complications. *J Diab Sci Technol* 2013;7(5):1122–1129.
10. <https://www.podimetrics.com/> Erişim T: 18.10.2018

11. http://inventions.arizona.edu/technologies/ua15-161_smart-textile-to-predict-diabetic-foot-ulcer
Erişim T: 18.10.2018
12. <https://patentimages.storage.googleapis.com/5f/db/50/9e94a8281361d9/WO2017048979A1.pdf>
Erişim T: 18.10.2018
13. <https://www.edixomed.com/products/#wound-treatment-system> Erişim T: 18.10.2018

SEREBROVASKÜLER DURUMLARDA İKİNCİL KORUMA

Dr. Fatma İLTUŞ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ

Bir toplum için önemli sağlık sorunu olarak değerlendirilen hastalıklar; görülme sıklığı fazla, çok sayıda ölüm ve iş kaybına neden olan hastalıklardır. Yol açtığı nörolojik kayıplar nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan serebrovasküler hastalıklar görülme sıklığı ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Akdemir ve ark, 2011). İnme, erişkinlerde kalp damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni olup aynı zamanda en çok sakat bırakan hastalıktır. İnme geçiren bireylerin üçte biri kısmen iyileşmekte, üçte biri ilk yıl içerisinde ölmekte, üçte biri ise engelli olarak kalmaktadır (Memiş&Tülek 2004).

İnme veya GİA geçiren bireylerde mortalite ve morbidite artışına neden olabilecek ikinci bir inme daha geçirme riski artmıştır (Sacco et al., 2006). İlk kez iskemik inme ve GİA geçirmiş bireylerde bir yıl içinde inmenin tekrarlama oranı yaklaşık %3-4 arasındadır (Kernan et al., 2014).

Ülkemizde 186 inme tekrarı yaşayan hastayla yapılan bir çalışmada tekrarlayıcı inme oranı %16.1, inme tekrarlarındaki risk faktörlerini % 89.7 hipertansiyon, %32.3 atriyal fibrilasyon, %24.4 diyabet, %15.6 GİA ve %57.5 değişik kalp hastalıkları olarak ve tekrarlayıcı inmenin en sık görülen etiyolojik nedeni kardiyembolizm olarak saptanmıştır. İlk kez inme geçirenlere oranla tekrarlayıcı inme geçiren bireylerin genel durumunun daha kötü olduğu bulunmuştur (Yalçın ve ark, 2008).

Tekrarlayıcı inme olgularının %80-88,1'inin beslenme danışmanlığı, egzersiz, kan şekeri ve kan basıncı kontrolü, sigara içiminin azaltılması, antitrombotik tedavi ve statin tedavilerinin içeren kapsamlı birincil ve ikincil koruma programlarıyla önlenebileceği bildirilmektedir (Akın, 2015; Hackam&Spence, 2007; O'Donnel et al., 2010).

Kanıtı dayalı kılavuzlar inme ve geçici iskemik atak (GİA) geçiren bireylerde tekrarlayıcı inmelerin önlenmesi için risk faktörlerinin kontrolünü önermektedir (Kernan et al., 2014). İnmede değiştirilebilen risk faktörlerinin belirlenmesi ile birincil ve ikincil korunma yaklaşımları inme riskinin azaltılabilmesi ve tedavi açısından önemlidir (Duman&Uludüz, 2014). Değiştirilebilir risk faktörleri: yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilen kardiyovasküler hastalıklar, Diabetes mellitus (DM), dislipidemi, sigara, obezite vb faktörlerdir (Balkan&Topçuoğlu, 2014).

Daha önce inme veya ve GİA geçirmiş bir bireyde inme tekrarlama riski, inme geçirmemiş bireylere göre daha yüksektir. İnme habercisi olan geçici iskemik atağın çok kez tekrarlaması, aynı yaş ve cinsiyetteki bir bireye göre on kat artmış inme riski oluşturmaktadır (Akın, 2015). Hipertansiyon, dislipidemi, diyabet ve prediyabet, obezite, metabolik sendrom, fiziksel hareketsizlik, beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınması tekrarlayıcı inmelerin önlenmesinde etkili stratejilerdir ve yaşam biçimi değişikliği tedavide ön plana çıkmaktadır (Kernan et al., 2014).

Hipertansiyon, iskemik ve hemorajik inme için en sık görülen, değiştirilebilir risk faktörüdür. SKB'deki her 20 mmHg'lık ve DKB'deki her 10 mmHg'lık artış, kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylara bağlı ölüm oranlarını iki katına çıkarmaktadır (Kernan et al., 2014). İnme veya GİA öyküsü olan hipertansif bireylerde hedef sistolik kan basıncı (SKB) değeri <140 mmHg veya diyastolik kan basıncı (DKB) < 90 mmHg olmalıdır. Laküner inmeli bireylerde, SKB hedefi <130mmHg olabilir (Uzuner ve ark., 2015). Antihipertansif ilaçların inme tekrarlama riskini azalttığı, tedavinin tekrarlayan inmede %24, tüm vasküler olaylarda ise %21'lik bir azalma sağladığı saptanmıştır (Kernan et al., 2014). Diyetle alınan tuzun 10 gramdan 5 grama düşürülmesi inme riskini %23 ve kardiyovasküler hastalık riskini %17 azaltabilir (Çom ve ark., 2011). Hipertansif bireylerde kan basıncı hedeflerine ulaşabilmek için tuz kısıtlaması, kilo verilmesi, potasyum, kalsiyum ve magnezyumdan zengin besinlerin alınması, fiziksel aktivite artırılarak haftada en az 3-4 kez 30-45 dakikalık hızlı yürüyüşler yapılması önerilmektedir (Işık ve ark., 2009). Ortalama 5 kg kilo verilmesi sonucu kan basıncı sistolik 4,4 mmHg ve diyastolik 3,6 mmHg azalmaktadır (Mancia et al., 2013). İskemik inme veya GİA geçiren bireylerde haftada 3-4 kez 40 dakika süreli orta düzeyde aerobik egzersiz önerilmektedir (Akin, 2015).

Alkol tüketimi kadınlarda günlük bir kadeh, erkeklerde iki kadehle sınırlandırılmalıdır. Günde beş kadehten fazla alkol kullanımında ise inme riskini %69 arttırdığı bilinmektedir (Bulut ve ark., 2013).

Diyabet, inme için bağımsız bir risk faktörüdür ve inme riskini iki kattan fazla artırır. Tekrarlayan inme riskinde ise %60 artışa yol açar (Kernan et al., 2014). İnme veya GİA geçiren diyabetik hastalarda, vasküler komplikasyon riskinin azaltılması için tedavinin HbA1c düzeyi \leq %7,0 olacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir (Duman&Uludüz, 2014).

LDL kolesterol düzeyinin \geq %50 azalması ile inme riskinde %37 düşüş sağlandığı bildirilmiştir (Kernan et al., 2014). İskemik inme veya GİA geçirmiş bireylerde en üst düzeyde yarar elde etmek için LDL-K'da en az %50 düşüş veya <70 mg/dl'lik bir LDL-K ve total kolesterol düzeyi \geq 200 mg/dl, HDL-K \leq 40 mg/dl hedeflenmektedir (Midi, 2015).

Kardiyojenik emboliler aterosklerozdan sonra inmenin en sık rastlanan ikinci nedenidir (Durna&Akin, 2013). Atriyal fibrilasyon (AF) inme için güçlü bir risk faktörüdür, tek başına inme riskini yaklaşık beş kat arttırmaktadır. AF'de yaş ile birlikte inme insidansı da artmaktadır. AF'ye bağlı inmelerde mortalite ve morbidite oranları daha yüksektir (Uzuner ve ark., 2015). Bu bireylerde başka nedenlerle inme geçirenlerle oranla inmenin tekrarlama olasılığı daha fazladır (Kozan ve ark., 2013). AF'de varfarin tedavisi alan bireylerde inmeden korunma sağlanabilmesi için INR değerinin 2.0-3.0 aralığında tutulması gerekir (Kernan et al., 2014).

İnmede ikincil korunmada kurumsal düzeyde akut inme tedavisi yapılan kurumlarda ikincil inme korunma programları ve izlem çizelgeleri yapılmalı, kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolüne yönelik programlar geliştirilmelidir. Davranışsal ve ilaç tedavisi önerilerine uyumun artırılması için multidisipliner ikincil korunma programları geliştirilmelidir. Korunma programlarında başarıyı arttırmak için kanıta dayalı kılavuzlar kullanılmalıdır (Akin, 2015).

Bireye hastalığıyla ilgili gerekli bilgiler verilerek, ilacın düzenli olarak kullanımının kendisine yararlarının benimsenmesi ve bu durumun önemi konusunda farkındalık kazandırılması ile oluşabilecek kardiyolojik ve nörolojik komplikasyonlar engellenebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı bireylerin evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(1):57-65.
2. Memiş S, Tülek Z. İnmeli bireylerde görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;8(1):53-61.
3. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et.al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2014;45:2160-236.
4. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Circulation*. 2006;113:e409-e449.
5. Yalçın E, Yalçın M, Çelik Y, Ekuklu G. Türkiye’de reküren iskemik inme üzerine etkili risk faktörleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;25(2):117-23.
6. Akın S. İnmede ikincil korunma. *Türkiye Klinikleri Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics* 2015;1(1):1-12.
7. Hackam DG, Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke a quantitative modeling study. *Stroke*, 2007;38:1881-5.
8. O’Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Siu LC, Purnima R, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. *Lancet* 2010; Vol. 376: 112–23.
9. Duman T, Uludüz D. Diabetes Mellitus ve inme. *Türkiye Klinikleri J NeurolSpecial Topics* 2014;7(4):10-6.
10. Balkan S, Topçuoğlu MA. İnme ve hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri J Neur* 2004;2(1):41-7.
11. Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015 [document on the Internet]. [accessed 23May 2016]. Available from: <http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2016/04/İnme-Tanı-ve-Tedavi-Kılavuzu.pdf>
12. Kozan Ö, Görenek B, Kutluk K, Diz Küçükkaya R, Özdemir M, Tükek T. AF’ye bağlı inmeden korumada antikoagülasyon: Sık sorulan sorulara multidisipliner yanıtlar uzlaşma raporu. 2013
13. Midi İ. Hiperlipidemiler ve inme. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2014;7(4):31-5
14. Durna Z, Akın S. Geçici iskemik atak ve inme geçiren hastalarda bakım. İçinde: Woodward S. Mestecky AM. Eds. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Çev ed. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2013; s:357-75.
15. Çom S, Irmak H, Kesici C, Ilgaz Ş. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye aşırı tuz tüketiminin azaltılması programı 2011-2015. Ankara:2011. Erişim T:07.06.2016 Erişim: http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf
16. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2009;9:238-47. Erişim T: 07.04.2016 Erişim: http://www.journalagent.com/anatoljcardiol/pdfs/AnatolJCardiol_9_3_238_247.pdf

- 17.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M. et al. ESH/ESC 2013 Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Erişim T:15 Mart 2016 Erişim: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=tkd&plng=tur&un=TK DA-37354
- 18.Bulut A, abalar M, Őenadım S, Kayran Y, Gveli B, Yayla VA. Sigara ve alkolün inme üzerine etkisi. İstanbul Med J 2013; 14: 231-3.

KALP YETERSİZLİĞİNDE İKİNCİL KORUMA

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

Akdeniz Üniversitesi, Antalya

GİRİŞ

Kalp yetmezliği (KY) tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından birisidir. Kronik hastalıklar arasında insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetmezliğinin, yaşlanan nüfusla birlikte insidansının gelecek yıllarda daha da artması beklenmektedir (Abraham ve Krum 2007; Angelidou, 2010). **Günümüzde dünya çapında 38 milyondan fazla insanı etkileyen kalp yetmezliği ilişkin olarak AHA 2015 verileri yıllık yaklaşık 60 bin bireyin KY nedeniyle yaşamını yitirdiğini ve 1 milyon kişinin KY'ne ilişkin hastane yatışı gerçekleştiğini bildirmiştir.** Türkiye'de ise 2 milyonun üzerinde KY hastası mevcuttur ve 2030 yılına kadar KY insidansında yaklaşık %46'lık bir artış öngörülmektedir (Değertekin ve diğerleri, 2012).

Kalp yetersizliği sınıflamaları arasında en sık kullanılan New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflandırması, Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA) sınıflandırması ve Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu (LVEF) düzeylerine ilişkin olarak sınıflandırılabilir. Kalp yetersizliği LVEF'si %40'ın altında olan olgular, düşük ejeksiyon fraksiyonlu (EF) KY, (HF_rEF), EF değeri %40-49 arasında olan olgular, orta düzey EF'li KY, ve LVEF'si %50'ye eşit ya da daha yüksek olan olgular ise korunmuş EF'li KY (HF_pEF) olarak adlandırılmaktadır (Ponikowski ve diğerleri, 2016).

Kalp Yetersizliğinde İkincil Koruma

Kalp yetersizliğinde hastalıktan koruma ve hastalığın ilerlemesinin engellenmesi açısından primer ve sekonder koruma oldukça önem taşımaktadır (Berra, Miller ve Jennings, 2011; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017). Kalp yetersizliğinin sekonder korumasında son kılavuzlarda yer alan başlıca girişimler kan basıncı kontrolü, sigaranın bırakılması, kolesterol ve kan glukoz yönetimi, morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yönelik ilaç kullanımı, Implante edilebilir defibrilatör (ICD)/Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT-D) kullanımı, kardiyak rehabilitasyon ve sıvı dengesi ile semptomların rahatlatılması ve yaşam tarzı müdahaleleri yer almaktadır (Jones ve diğerleri, 2018).

- **KY'de İlaç Kullanımı:** KAH olan ya da yüksek riskli hastalarda LV sistolik disfonksiyona bakılmaksızın statin tedavisi, MI öyküsü olan ve asemptomatik LV disfonksiyonu olan, MI öyküsü olmaksızın asemptomatik LV disfonksiyonu olan hastalara hastalara ACE-Inhibitörleri (ACE-I) önerilmektedir. Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu semptomatik hastalara Beta blokere ACE-I eklenmesi, ACE-I ve beta bloker tedavisine rağmen semptomları geçmeyen hastalara mineralokortikosteroid reseptör antagonisi (MRA) eklenmesi önerilmektedir. Konjesyonlu hastalarda semptomları iyileştirmek ve egzersiz kapasitesini arttırmak için diüretikler, ACE-I, beta bloker, MRA tedavisine rağmen semptomları geçmeyen hastalara Anjiyotensin alıcı neprilsin inhibitörleri (Sacubitril/valsartan) önerilmektedir. ACE-I'ni tolere edemeyen hastalara (eş zamanlı beta bloker ve MRA da almalıdır) Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) önerilmektedir. Digoksin

ACE-I, beta blokerler ve MRA tedavisine rağmen sinüs ritmindeki semptomatik hastalarda düşünülebilir. Hydralazine/isosorbide dinitrate ACE-I, beta bloker ve MRA tedavisine rağmen NYHA III–IV dilate LV ile birlikte LVEF<%45 olan ya da LVEF≤%35 olan siyahi hastalarda kullanılması önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016; NHFA/CSANZ, 2018).

- **Kan Basıncı Kontrolü:** Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) 2017 raporunda sistolik kan basıncınının 130 mm Hg'nin altında olmasının miyokard infarktüsü, KY ve major kardiyovasküler olay riskini azalttığı belirtilmektedir (Reboussin ve diğerleri, 2018).
- **Kan Glukoz ve Kolesterol Düzeyi:** Sol ventrikül sistolik disfonksiyona bakılmaksızın kolesterol düzeyinin yönetilmesi ve optimal LDL-kolesterol hedefinin 100mg/dL'den düşük olması gerekliliği bildirilmektedir. Buna ilişkin tedavi yöntemi olarak statin tedavisi önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016).
- **Sıvı ve Tuz Alımı:** Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin son kılavuzunda, sıvı alımının günlük 1.5-2lt, tuz tüketiminin ise günlük en fazla 6 gram olarak sınırlandırılması, yüksek ısı, nem, bulantı kusma gibi durumlarda alınan sıvı miktarın artırılması önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016).
- **Diyet Yönetimi:** HEARTS kılavuzunda diyet çeşitliliği (hayvansal gıdalar, meyve, sebze ve baklagiller) sağlanması gerektiği bildirilmiş, günde en az 400 gram (beş porsiyon) sebze ve meyve tüketimi önerilmiştir (WHO, 2018). ACC 2018 rehberinde ise taze yiyeceklerin seçilmesi, meyve, sebze, kepekli tahıllar, sert kabuklu yemişler, kümes hayvanları ve balık içeren boy, kilo ve komorbid tıbbi şartlara uygun düşük kalorili diyet önerilmektedir (Jones ve diğerleri, 2018).
- **Kilo Yönetimi:** Beden kitle indeksi (BKİ) 35 ile 45 aralığında olan bireylerde kilo vermenin önerildiği, BKİ'si 35'in altında olan bireylerde ise kilo vermenin önerilmediği bildirilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016). Ayrıca iki günde iki kilogramdan fazla kilo alımı önerilmemekte ve kilo takibi önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016; NHFA/CSANZ, 2018). ACC 2018 rehberinde ilave olarak hedef BKİ'nin 18,5-24,9 aralığında olması, hedef bel çevresinin erkeklerde 94 cm'den, kadınlarda ise 80 cm'den düşük olması önerilmektedir (Jones ve diğerleri, 2018).
- **Fiziksel Aktivite:** Stabil KY'li hastaların hafif ve orta derecede solunumu arttıracak düzeyde ve düzenli egzersiz yapması önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016; NHFA/CSANZ, 2018; WHO, 2018).
- **Alkol ve Sigara Kullanımı:** Alkol erkeklerde günlük 20 gramdan az, kadınlarda ise 10 gramdan az olması gerektiği bildirilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016; Jones ve diğerleri, 2018; NHFA/CSANZ, 2018).
- **Uyku Bozuklukları:** Uyku sırasında gerçekleşen apneler dolaşımı etkilemekte ve bu durum da kalp dokularına zarar vererek KY'nin ağırlaşmasına neden olmaktadır (O'Connor ve diğerleri, 2009; NHFA/CSANZ, 2018).
- **Cinsel Yaşam:** Cinsel aktivitenin istenmeyen semptomlara yol açmaması koşuluyla KY'de önerilebilir (Ponikowski ve diğerleri, 2016).

- **Bağışıklama/Aşılama:** Solunum yolu enfeksiyonları KY’de dekompanseasyonun ana nedenleri arasında yer aldığından KY’li hastalarında yılda bir defa influenza aşısı ve doktorunun önerisi ile pnömokok aşısı yaptırmaları önerilmektedir (Ponikowski ve diğerleri, 2016; NHFA/CSANZ, 2018).
- **Yolculuk ve Boş Zaman Aktivitesi:** Seyahat edilecek ortamın uygunluğu, Implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör önerileri göz önünde bulundurulmalıdır (Ponikowski ve diğerleri, 2016). Stabil KY olan hastaların yolculuk yapabileceği bildirilmektedir (NHFA/CSANZ, 2018).

Anahtar Kelimeler: *Kalp Yetersizliği; İkincil Koruma; Hemşirelik.*

KAYNAKÇA

1. Abraham, W.T., Krum, H. (2007), Heart Failure, a Practical Approach to Treatment, USA: McGraw-Hill Companies.
2. Angelidou, D. (2010). Caring for the Heart Failure Patient: Contemporary Nursing Interventions, Hospital Chronicles, Supplement, 1-8.
3. Berra, K., Miller, N. H. ve Jennings, C. (2011). Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention from Research to Clinical Practice. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(2_suppl), S42–S50. doi:10.1016/S1474-5151(11)00115-0
4. Değertekin, M., Erol, C., Ergene, O., Tokgozoglul, L., Aksoy, M., Erol, M. K., ... Kozan, O. (2012). Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey (HAPPY) Çalışması. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology, 40(4), 298–308. doi:10.5543/TKDA.2012.65031
5. Jones, R., Arps, K., M. Davis, D., S. Blumental, R. ve Martin, S. S. (2018). Clinician Guide to the ABCs of Primary and Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease-.American College of Cardiology. Erişim Tarihi 14 Kasım 2018, <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/03/30/18/34/clinician-guide-to-the-abc>
6. Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 18–27. doi:10.26453/otjhs.338014
7. NHFA/CSANZ. (2018). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand : Guidelines for the Prevention , Detection , and Management of Heart Failure in Australia 2018. Heart, Lung and Circulation, 27, 1123–1208. doi:10.1016/j.hlc.2018.06.1042
8. O’Connor, C. M., Whellan, D. J., Lee, K. L., Keteyian, S. J., Cooper, L. S., Ellis, S. J., ... HF-ACTION Investigators, for the. (2009). Efficacy and Safety of Exercise Training in Patients With Chronic Heart Failure. JAMA, 301(14), 1439. doi:10.1001/jama.2009.454
9. Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... Others, A. (2016). 2016 ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure The Task Force For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure Of The European Society Of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 37, 891–975. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
10. Reboussin, D. M., Allen, N. B., Griswold, M. E., Guallar, E., Hong, Y., Lackland, D. T., Vupputuri, S. (2018). Systematic Review for the 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology, 71(19), 2176–2198. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.004
11. WHO (2018). HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling.

KARDİYORENAL SENDROMLARDA İKİNCİL KORUMA

Prof. Dr. Belgüzar Kara

Yüksek İhtisas Üniversitesi, Ankara

GİRİŞ

Vücudumuzda normal fizyolojik fonksiyonların gerçekleşmesi, organlar arasındaki iletişim ağına bağlıdır. Bir organda ortaya çıkan fonksiyon bozukluğu, bir başka organda fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Kalp ve böbrekler arasında fizyolojik, biyokimyasal ve hormonal ilişkiler nedeniyle karmaşık bir etkileşim söz konusudur. Kalp ve böbrek kan basıncı kontrolü, vasküler tonüsün sürdürülmesi ve kan volümünün homeostazisini sağlayan organlardır. Kalp ve böbrek hastalıkları hem dünyada, hem de ülkemizde oldukça yaygın görülmekte, sıklıkla birlikte ortaya çıkarak morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarını artırmaktadırlar.

Kardiyorenal sendrom (KRS), kalp ve böbrek arasındaki karşılıklı etkileşimi ifade etmek için kullanılan genel bir terimdir. KRS; kalp ve böbrekte karmaşık patofizyolojik bozukluklar nedeniyle bir organda ortaya çıkan akut veya kronik fonksiyon bozukluğunun diğer organda akut veya kronik fonksiyon bozukluğuna neden olmasıdır. Bu sendrom ilk ortaya çıkan organ fonksiyon bozukluğu ve hastalığın kronikleşme eğilimi esas alınarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Kardiyorenal sendrom: sınıflama, tanım, koruma ve yönetim stratejileri

Tipler	Tanım	Primer Sorun	Koruma Stratejileri*	Yönetim Stratejileri
Tip 1: Akut kardiyorenal sendrom	Kalp fonksiyonlarında akut kötüleşmeye bağlı akut böbrek hasarı ve/veya fonksiyon bozukluğu	Akut dekompanse kalp yetmezliği Akut koroner sendrom Kardiyojenik şok	Kan basıncı kontrolü İlaç tedavisi (RAAS'ı bloke eden ilaçlar, BB) Koroner arter hastalığı risk faktörlerinin ortadan kaldırılması Diyet ve ilaç tedavisine uyum Venöz konjesyonun giderilmesi	Nedene yönelik tedavi Genel destekleyici tedavi (oksijen tedavisi, ağrıyı, pulmoner konjesyonu giderme, aritminin tedavisi, kardiyak outputu artırma, nefrotoksinlerden kaçınma, böbrek fonksiyonlarını izleme).
Tip 2: Kronik kardiyorenal sendrom	Kalp fonksiyonlarında kronik anormalliklere bağlı böbrek hasarı ve/veya fonksiyon bozukluğu	Kronik kalp hastalıkları (sol ventrikülde yeniden yapılanma ve fonksiyon bozukluğu, diyastolik fonksiyon bozukluğu, kalp fonksiyonlarında kronik anormallikler, kardiyomiyopati)	Organ fonksiyon bozukluğuna neden olan nörohümorale, inflamatuvar ve oksidatif hasarın önlenmesi İlaç tedavisi (RAAS'ı bloke eden ilaçlar önerilir. Diğer ilaçların etkinliği bilinmemektedir.). Diyet ve ilaç tedavisine uyum	Nedene yönelik tedavi Genel destekleyici tedavi (hipovolemi, hipotansiyon, aneminin tedavisi, nefrotoksinlerden kaçınma, böbrek fonksiyonlarını ve serum elektrolit düzeylerini izleme). Ekstrakorporeal ultrafiltrasyon

Tip 3: Akut renokardiyak sendrom	Böbrek fonksiyonlarında akut kötüleşmeye bağlı akut kalp hasarı ve/veya fonksiyon bozukluğu (kalp yetmezliği, aritmi veya pulmoner ödem gibi)	Akut böbrek hasarı (akut böbrek yetmezliği ve glomerulonefrit gibi)	Kontrast nefropatinin önlenmesi Hipervolemi, hipernatremi, üremi, hiperkalemi ve inflamatuvar hasarın önlenmesi RRT ile hipervolemi ve hipernatreminin önlenip önlenemeyeceği bilinmemektedir.	Nedene yönelik tedavi (renovasküler hastalık varlığı dışlanır) Kalpte akut fonksiyon bozukluğunun tedavisi Diüretik direnci geliştiğinde böbreklerin erken desteklenmesi
Tip 4: Kronik renokardiyak sendrom	Kronik böbrek hastalığına bağlı kalp fonksiyonlarında azalma, kardiyak hipertrofi ve/veya kardiyovasküler hastalıklar	Kronik böbrek hastalığı (kronik glomerüler hastalık gibi)	Sol ventrikül hipertrofisi, ateroskleroz, hipervolemi, hipernatremi, üremi, anemi, albüminüri, kemik ve mineral bozuklukları ile diğer faktörlerin (nörohümorale, inflamatuvar ve oksidatif hasar) önlenmesi Böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi	Nedene yönelik tedavi (kardiyak tamponad gibi kalple ilgili faktörler dışlanır) Kalp yetmezliğinin tedavisi Erken RRT desteği.
Tip 5: Sekonder kardiyorenal sendrom	Sistemik durumlara bağlı kalp ve böbrekte fonksiyon bozukluğu	Sistemik hastalıklar (sepsis, diyabet, amiloidoz gibi)	Sistemik faktörlerin (immün, inflamatuvar, oksidatif stres, tromboz) giderilmesinin kalp ve böbrek hasarını önleyip önlemeyeceği bilinmemektedir.	Nedene yönelik tedavi Genel destekleyici tedavi

KRS başladıktan sonra hastalıktan korunmak çok zordur. Bütün hastalarda tam olarak geriye dönüş sağlanamaz ve ciddi sağlık sorunları gelişebilir. Tablo 1’de KRS’nin alt tiplerine göre koruma ve yönetim stratejileri yer almaktadır. KRS’nin yönetiminde hastaların bireysel özelliklerinin dikkate alınması ve kombine tedavi yöntemlerinden yararlanılması önerilmektedir. KRS’nin tedavisi organlarda ileri hasarın ve sekonder hasarların gelişmesini engellemeye yönelik olarak planlanmalıdır. Böbrek fonksiyonlarını korumaya yönelik yapılan tedavilerin pulmoner ve sistemik konjesyona yol açarak kalp yetmezliğini kötüleştirme riski, volüm kaybının da böbrek fonksiyonlarını kötüleştirme riski vardır. Bunun için tedavi dikkatli planlanmalı, kalp ve böbrek fonksiyonları sürekli izlenmelidir. KRS’nin koruma ve yönetim stratejileri açısından farklı seçenekler mevcuttur:

Diüretikler: Lup diüretikleri, akut dekompanse kalp yetmezliğinde sıvı yüklenmesini gidererek belirti ve bulguları iyileştirmesine karşın, uzun süreli morbidite ve morbiliteyi azalttığı ile ilgili bir kanıt mevcut değildir. Bu ilaçlar diürezi hızlandırdığında nörohormonal aktivasyona yol açarak böbrek fonksiyonlarını kötüleştirebilirler. Lup diüretikleri kullanılırken bir diğer önemli sorun, diüretik direncinin gelişmesidir. Akut dekompanse kalp yetmezlikli hastalarda sistemik volüm yüklenmesinin aşamalı diürez sağlanarak azaltılması ve ilaç dozlarının böbrek fonksiyonları, sistolik kan basıncı ve kronik diüretik kullanım durumu dikkate alınarak planlanması önerilmektedir. Ayrıca lup diüretikleri ile tiazidlerin birlikte kullanımı, distal tübüllerde sodyum reabsorbsiyonunu engelleyerek diürezi artırabilmektedir.

Vazodilatör tedavi: Nesiritide, hafif diüretik etkili bir vazodilatör olup, klinik etkinliği tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda nesiritidin akut dekompanse kalp yetmezlikli hastalarda kısa süreli yararlı etkileri olduğu bulunurken, böbrek fonksiyonları ve mortaliteye olumsuz etkileri olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bu ilacın tedavide etkinliğini destekleyen klinik kanıtlara gereksinim duyulmaktadır.

Ultrafiltrasyon: KRS gelişen hastalarda diüretik tedavisine rağmen volüm yüklenmesi ve venöz konjesyon sürebilir. Bu hastalar için bir diğer tedavi seçeneği, suyun ve düşük molekül ağırlıklı maddelerin yarı geçirgen bir membran aracılığıyla vücuttan uzaklaştırılmasını sağlayan ultrafiltrasyondur. Bu yöntemde diüretik tedavisi sırasında gelişebilen elektrolit dengesizlikleri gözlenmemektedir. Çalışmalarda ultrafiltrasyon işleminde standart diüretik tedavisine göre daha fazla sodyum ve volüm kaybı sağlandığı; ancak serum kreatinin değerinde bir değişiklik olmadığı bildirilmektedir.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri: Bu ilaçlar kronik sistolik kalp yetmezlikli hastaların tedavisinde temeldir. Akut dekompanse kalp yetmezlikli hastalarda ADE inhibitörlerinin erken dönemde kullanılması, böbrek yetmezliği ve elektrolit dengesizliklerine neden olabilmektedir.

Diğer tedavi yöntemleri: KRS’de vazopressin antagonistleri, endotelin reseptör blokeri, adenosin reseptör blokeri, eritropoezi stimüle eden ajanlar, antiplatelet ilaçlar, inotropik ajanlar, beta blokerler, vitamin D reseptör aktivatörleri, noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon ve kardiyak resenkronizasyon gibi tedavilerin etkinlikleri ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Sonuç olarak, klinik kanıtlar kalp hastalıklarının böbrek fonksiyonlarında azalma ve böbrek hastalıklarında ilerleme ile ilişkili olduğunu; böbrek fonksiyon bozukluğunun da kalp hastalıklarının gelişmesi ve sağlık sonuçları açısından bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Günümüzde kardiyorenal etkileşimler daha iyi anlaşılmasına karşın, bu sendroma yönelik kılavuzlara gereksinim duyulmaktadır. KRS’nin yönetiminde multidisipliner, çok yönlü ve hasta merkezli bir yaklaşım gereklidir. Sağlık personellerinin hastalıktan koruma ve yönetim sürecinde bu iki hayati organ arasındaki karşılıklı bağımlı ilişkiye odaklaşmaları önerilmektedir. Kardiyorenal etkileşimlerin daha

ileri çalışmalarla anlaşılması; koruma, erken tanı ve etkin tedaviyi içeren kontrol stratejilerinin geliştirilerek istenen sağlık sonuçlarına ulaşılmasını mümkün kılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100.000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *American Heart Journal* 2005;149:209-216.
2. Attanasio P, Ronco C, Anker SD, Mariantonietta C, von Haehling S. Role of iron deficiency and anemia in cardio-renal syndromes. *Seminars in Nephrology* 2012;32:57-62.
3. Bilgiç A, Yılmaz H, Rüzgaresen NB, Akçay A. Kardiyorenal sendromlar. *Yeni Tıp Dergisi* 2012;29:70-75.
4. Chan EJ, Dellsperger KC. Cardiorenal syndrome: the clinical cardiologists' perspective. *Cardiorenal Medicine* 2011;1:13-22.
5. Chuasuwan A, Kellum JA. Cardio-renal syndrome Type 3: epidemiology, pathophysiology, and treatment. *Seminars in Nephrology* 2012;32:31- 39.
6. Cozzolino M, Bruschetta E, Stucchi A, Ronco C, Cusi D. Role of vitamin D receptor activators in cardio-renal syndromes. *Seminars in Nephrology* 2012;32:63-69.
7. Cruz D. Cardiorenal syndrome in critical care: the acute cardiorenal and renocardiac syndromes 2013. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2013;20:56-66.
8. Fabbian F, Pala M, De Giorgi A, et al. Clinical features of cardio-renal syndrome in a cohort of consecutive patients admitted to an internal medicine ward. *The Open Cardiovascular Medicine Journal* 2011;5:220-225.
9. Goldberg A, Kogan E, Hammerman H, Markiewicz W, Aronson D. The impact of transient and persistent acute kidney injury on long-term outcomes after acute myocardial infarction. *Kidney International* 2009;76:900-906.
10. Heywood JT, Fonarow GC, Costanzo MR, Mathur VS, Wigneswaran JR, Wynne J. High prevalence of renal dysfunction and its impact on outcome in 118.465 patients hospitalized with acute decompensated heart failure: a report from the ADHERE database. *Journal of Cardiac Failure* 2007;13:422-430.
11. House AA. Cardio-renal syndrome type 4: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Seminars in Nephrology* 2012;32:40-48.
12. Ismail Y, Kasmikha Z, Green HL, McCullough PA. Cardio-renal syndrome type 1: epidemiology, pathophysiology, and treatment. *Seminars in Nephrology* 2012;32:18-25.
13. Iyngkaran P, Schneider H, Devarajan P, Anavekar N, Krum H, Ronco C. Cardio-renal syndrome: new perspective in diagnostics. *Seminars in Nephrology* 2012;32:3-17.
14. Kahveci A, Tuğlular S. Kalp yetmezliğinde ileri ultrafiltrasyon seçeneği. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 63-66.
15. Kara B. Kardiyorenal Sendromda Güncel Yaklaşımlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014;13:335-344.
16. Koreny M, Karth GD, Geppert A, et al. Prognosis of patients who develop acute renal failure during the first 24 hours of cardiogenic shock after myocardial infarction. *The American Journal of Medicine* 2002;112:115-119.
17. Nalçacı SO, Özener İÇ. Kalp yetersizliği ve kardiyorenal sendrom. *Klinik Gelişim Dergisi* 2011;24:56-62.
18. O'Connor CM, Starling RC, Hernandez AF, et al. Effect of nesiritide in patients with acute decompensated heart failure. *The New England Journal of Medicine* 2011;365:32-43.

19. Ronco C, Kaushik M, Valle R, Aspromonte N, Peacock WF. Diagnosis and management of fluid overload in heart failure and cardio-renal syndrome: the "5B" approach. *Seminars in Nephrology* 2012;32:129-141.
20. Ronco C, McCullough P, Anker SD, et al. Cardiorenal syndromes: report from the Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative. *European Heart Journal* 2010;31:703-711.
21. Ronco C. The cardiorenal syndrome: basis and common ground for a multidisciplinary patient-oriented therapy. *Cardiorenal Medicine* 2011;1:3-4.
22. Schwilk B, Wiedeck H, Stein B, Reinelt H, Treiber H, Bothner U. Epidemiology of acute renal failure and outcome of haemodiafiltration in intensive care. *Intensive Care Med.* 1997;23:1204-1211.
23. Soni SS, Ronco C, Pophale R, Bhansali AS, Nagarik AP, Barnela SR. Cardio-renal syndrome type 5: epidemiology, pathophysiology, and treatment. *Seminars in Nephrology* 2012;32:49- 56.
24. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, et al. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey-the CREDIT study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation.* 2011;26:1862-1871.

ÇOCUKLUKTAN ERİŞKİNLİĞE GİDEN YOLDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ

Prof. Dr. Ayşegül İŞLER

Akdeniz Üniversitesi, Antalya

GİRİŞ

2016'da dünya genelinde yaklaşık 40.5 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) (NCD, non-communicable disease) nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bunların %4'ü 30 yaşın altında, %38'i 30-70 yaş aralığında ve %58'i 70 yaşın üstündedir. Bu ölümlerin %80'i kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet nedeniyle gerçekleşmiştir. BOH'lar 10 yaş üstü her yaş grubundaki tüm ölümlerin en az %25'i ve 40 yaşın üstündeki ölümlerin yarısından fazlasından sorumludur. BOH'lar için önemli bir yıl olan 2018'de 27 Eylül'de gerçekleştirilen dünya zirvesinde ise 2030 dünya hedefleri belirlenmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların 2030 yılı için üçte birinin azaltılması adına hedef 3.4 belirlenmiştir. Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için belirlenen politikalar sigara ve alkol kullanımını azaltma, kan basıncının düşürülmesi, akut ve kronik BOH'lar için etkili ve kaliteli önleyici ve iyileştirici bakımlara eşit ulaşım sağlanmasıdır (Ezzati et al., 2018); *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020; Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020*)

Çocukluk Çağında Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Obezite

Çocukluk çağı obezitesi 21. yüzyılın en ciddi küresel sağlık sorunlarından biridir. Beden kütle indeksinin (BKI) %85-95 aralığında olması aşırı kilolu, %95 ve üstü ise obeziteyi ifade etmektedir (<https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html>). DSÖ'nün 2016 verilerine göre 5 yaşın altında yaklaşık 41 milyon, 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuk aşırı kilo ya da obezite ile yaşamaktadır. 2025 yılı sağlık hedefleri arasında obezitenin artışı önlemek yer almaktadır. Obezitenin yayılımı düşük ve orta geliri olan ülkelerde daha hızlı büyüme göstermektedir. Obezite prevalansı son 50 yılda yaklaşık olarak üç katına çıkmıştır.

Obezite ile mücadele için 4-5 yaşlarından itibaren çocukların vücut ağırlıklarının izlemi, fiziksel aktivite, okul çevresi düzenlemesi, atıştırma ve şeker alımının kısıtlanması gibi diyet değişimleri önemlidir (WHO, 2018). Aşırı kilo ve obezite kronik hastalıkların önlenmesi için aşılması gereken önemli bir engeldir. Ekonomik büyüme ve sanayileşme, mekanikleşme, sedanter yaşam tarzının artması, işlem görmüş ve yüksek kalorili beslenmeye geçiş gibi faktörler obeziteyi gündemimize taşımıştır. Günümüzde obezitenin hızla artması ve bir diğerini de etkilemesi söz konusu olduğundan obeziteyi tanımlamak için, 'globesity' epidemisinin yeni bir ifade olarak kullanıldığı görülmektedir. Çocukluk ya da adolesan çağı obezitesi koroner arter hastalığı, inme, yetişkin dönemdeki hipertansiyon, dislipidemi ve disglisemi gibi riskleri önemli düzeyde arttırdığı bilinmektedir (Hruby & Hu, 2015).

Diyabet

Diğer bir kronik hastalık, dünya genelinde yedinci sırada ölüme neden olan diyabet hastalığıdır. Tip 1 diyabet çocukluk ve ergenlik döneminin en sık görülen endokrin-metabolik bozukluğudur. Kilolu ve obez olan çocuklarda tip 2 diyabet görülme sıklığı artmaktadır. Tip 2 diyabet 8 yaş altı çocuklar da dahil olmak üzere tüm yaş gruplarında görülmektedir (<http://www.who.int/diabetes/world-diabetes-day/en/>).

Koroner Arter Hastalığı

Diyabetin koroner arter hastalığı riskini arttırdığı bilinen bir gerçektir. Bu iki hastalık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir kohort çalışmasında 18 yaşından önce tip 1 diyabet tanısı alan 603 hastanın 10 yıl izlemi yapılmıştır. Toplam 108 hastada (%17,5) KAH ortaya çıkmıştır. KAH ve HbA_{1c} arasında pozitif bir ilişki tanımlanmıştır (Orchard et al., 2003).

Astım

Astım küresel olarak 235 milyon insanı etkileyen ve çocuklarda en fazla görülen kronik hastalıktır. Astım tedavi edilememesine rağmen uygun yönetim ile kontrol altına alınabilmektedir. İlaç tedavisinin yanında uyaranlardan kaçınılması, astım ataklarının önlenmesi gibi uygun hastalık yönetimi ile ölüme kadar gidebilen astım kontrol altına alınmış olacaktır (<http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/>).

Kronik Hastalık Yönetiminin Önemi

Kronik hastalıklara çocukların yanıtları kompleks bir süreçtir. Hem çocuklar hem aileleri bu süreci nasıl yöneteceklerini öğrenmek durumundadır. Bu süreci etkileyen faktörler; akran desteği, ailenin imkan ve olanakları, duygusal ve bilişsel yanıtlar, günlük görevler ve kardeşler olabilir (Potts&Mandleco 2012). Kronik hastalığa sahip adölesanlar (KHA) bağımsız hastalık yönetimi geliştirmeli, kendi sağlık uzmanı ekibi ile etkili iletişimi güçlendirmelidir. Bu sayede adölesanların yetişkin odaklı sağlık bakım sistemlerine geçişi kolaylaşacaktır. Çocuk odaklı sağlık bakımı anlayışından yetişkin odaklı sağlık bakımına geçişin eksik ya da yanlış yönetilmesi, mental sağlık, psikolojik sonuçlar, fonksiyonel yeterlik, gelişimsel süreç, iş durumu, evlilik hayatı gibi yetişkinlikteki birçok süreci olumsuz etkiler (Huang et al., 2014).

KAYNAKLAR

1. Ezzati, M., Bennett, J. E., Stevens, G. A., Mathers, C. D., Bonita, R., Rehm, J., Chalkidou, K. (2018). NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet Child*, 392(10152), 1072-1088.
2. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020 (erişim tarihi:28.10.2018)
3. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 (erişim tarihi:28.10.2018)
4. <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html> (erişim tarihi:28.10.2018)
5. WHO (2018). Taking Action on childhood obesity (erişim tarihi:28.10.2018)

6. Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The epidemiology of obesity: A big picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673-689.
7. <http://www.who.int/diabetes/world-diabetes-day/en/> (erişim tarihi:28.10.2018)
8. Orchard, T. J., Olson, J. C., Erbey, J. R., Williams, K., Forrest, K.Y.Z., Kinder, L. S., Becker, D. (2003). Insulin resistance–related factors, but not glycemia, predict coronary artery disease in type 1 diabetes: 10-year follow-up data from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications study. *Diabetes Care*, 26(5), 1374-1379.
9. (<http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/>) (erişim tarihi:28.10.2018)
10. Potts, N. L., & Mandleco, B. L. (2012). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*: Cengage Learning.
11. Huang, J. S., Terrones, L., Tompane, T., Dillon, L., Pian, M., Gottschalk, M., Bartholomew, L. K. (2014). Preparing adolescents with chronic disease for transition to adult care: a technology program. *Pediatrics*, peds. 2013-2830.

ONCOLOGY NURSING IN TURKEY

Prof. Dr. Gulbeyaz Can

Istanbul University Cerrahpasa Florence Nightingale Nursing Faculty, Istanbul, TURKEY

INTRODUCTION

Each day many cancer patients apply to our clinics for cancer treatment planning. Once patients admitted to clinic, all of them know that they have the right to expect that every effort are made to ensure that their care and treatment are both safe and effective.

The first step in treatment planning is to ensure that all patients receive treatment specific to their diagnosis. Depending diagnostic results of the patient physician discussing treatment options with patients, obtain informed consent for treatment and confirm the treatment plan of patient. Providing comprehensive care to cancer patients and administrating cancer therapy safely are the primarily responsibly of the oncology nurse.

Oncology nursing is recognized as a nursing specialty in Turkey. Turkish Oncology Nurses Association has been established in 1989 and takes an active role in the widespread education about cancer care nursing. There are different graduate / postgraduate programs and national certification programs for Oncology nurses in Turkey. Care experiences of many oncology nurses in our country depends on these courses and/or oncology nursing certification program approved by Turkish Ministry of Health.

Scientific meetings are held in the field of oncology nursing with regards to evidence based nursing, and clinical practice guidelines are established based on research results. In the consensus meetings held by Florence Nightingale Faculty of Nursing in 2007, 2010 and 2014, unity of knowledge was established with the participation of oncology nurses, academicians and health care professionals, and care standards were established in the light of evidence based practices, and those results were included to the consensus decision book.

Administering chemotherapy safely is the primarily responsibility for most of the oncology nurses. Sometime patients may experience different adverse events, which require a dose delay, dose reduction, or discontinuation of chemotherapy. Careful reviewing of the written order to determine the appropriateness of the therapy, verifying the accuracy of the prescribed doses, determining the eligibility of the patient to receive the therapy, and delivering the medication using the Five Rights of medication administration: right patient, right drug, right dose, right route, and right time is important responsibility of the oncological nurses in our country.

REFERENCES

1. Geliştirme, Başbakanlık Mevzuatı. "Yayın Genel Müdürlüğü (2010) Resmi Gazete." Hemşirelik Yönetmeliği (2010): 20100308-4.
2. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Konsensus'07, ed. G. Can, N. Enç ve S. Akaya, Mavi İletişim Danışmanlık AŞ Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
3. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, 2010 İstanbul Konsensusu, ed. G. Can Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, İstanbul 2010.
4. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya–Konsensus 2014, Ed. G. Can, Nobel Tıp Kitapevleri, Mart 2015, ISBN: 978-605-335-138-2

BEHÇET OLGUSUNA YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZEL

Kastamonu Üniversitesi, Kastamonu

GİRİŞ

Behçet hastalığı (BH) ilk olarak 1937 yılında, Türk dermatoloğu Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve hipopiyonlu üveit ile üçlü semptom gösteren bir hastalık olarak tarif edilmiştir. Tüm dünyada ve hemen hemen her ırkta görülebilen BH, 'İpek Yolu' üzerinde bulunan ülkelerde oldukça sık görülmektedir (Aytuğar ve Pekiner, 2011). BH en sık 20-40 yaşları arasında görülmektedir. Son 30 yıl içindeki saha araştırmaları hastalığın her iki cinsiyette neredeyse eşit oranda görüldüğüne işaret etmektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen saha çalışmalarında hastalığın prevalansı için 20-420/100.000 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (Alpsoy, 2017).

Klinik Bulgular

Behçet hastalığı sistemik bir vaskülitir. Tüm organ sistemlerinde tutulum mümkündür. Hastalığın tanısında kullanılan spesifik bir laboratuvar yöntemi bulunmamaktadır ve tanı klinik bulgular ile mümkündür (Çınar ve Kartal, 2017). Ayrıca, Behçet hastalarının dikkatli bir dermatolojik muayeneden geçirilerek dermatolojik bulguların ayrı ayrı incelenmesi ile diğer deri hastalıkları ile ayrımları yapılmalıdır (Köse, 2009).

Tedavi

Tedavinin amacı: akut atakları baskılamak, organ hasarını önlemek, remisyon oluşturmak, nöksleri en aza indirmektir. Hastalığın tedavisi, hastanın kişisel özellikleri, hastalığın şiddeti ve etkilenen organlar göz önüne alınarak planlanmaktadır. Hafif seyreden mukokutanöz tutulumda topikal tedaviler kullanılırken, diğer durumlarda sistemik tedaviler kullanılmaktadır. Günümüzde şiddetli ve dirençli durumlarda başta anti-TNF'ler olmak üzere birçok biyolojik tedavi başarılı bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Arslan Yalçın, 2017; Mat, 2009).

Hemşirelik Bakımı

Kronik bir hastalık olan BH da gerek multisistem organ tutulumu gerekse yüksek morbidite ve mortalite nedeniyle kişinin hem bedensel ve ruhsal sağlığını hem de fiziksel özürülülüğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Mumcu, 2006; Uğuz, 2006). Behçet hastalarında yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler arasında; yorgunluk, disabilite ve ağrı yer almaktadır (Tanrıverdi, Taşkıntuna Duru ve Özdal 2003; Uğuz, 2006). BH'ndaki kronik romatolojik problemlerin hastaların; günlük yaşam aktivitelerini sınırladığı, kendilerine güvenlerini ve çevreleri ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği, ağrılı ağız ülserlerinin de hastaların konuşmalarını, yemek yemelerini engellediği, kişinin beden imajını olumsuz yönde etkilediği, eklem tutulumunun ağrıya ve fiziksel aktivite

kısıtlılığına neden olduğunu, ağrılı genital ülserlerin hastaların beden imajını ve cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Canbolat, 2010).

Hemşirelik Tanıları

- Ağrı
- Beden gereksiniminden az beslenme
- Fiziksel mobilitede yetersizlik
- Yorgunluk
- Sosyal izolasyon
- Bilgi eksikliği
- Anksiyete
- Enfeksiyon riski
- Bulantı
- İdrar boşaltımında değişiklik
- Beden imajında değişme
- Konstipasyon (Erdemir, 2005).

KAYNAKLAR

1. Alpsy, E. (2013). Behçet Hastalığı: Etyopatogeneizde Güncel Bilgiler. Turk J Dermatol., 7, 41-5.
2. Alpsy E. (2017). Behçet's Disease: Epidemiology. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 10(4), 265-70.
3. Arslan Yalçın, B. (2017). Tedavi. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 10(4), 330-6.
4. Aytuğar, E., Namdar Pekiner, F. (2011). Behçet Hastalığı. MÜSBED, 1(1), 65-73.
5. Canbolat, Ö., Yurtsever, S. (2011). The Quality of Life in Patients With Behçet's Disease. Asian Nursing Research, 5, 229-35.
6. Çınar, S., Kartal, D. (2017). Behçet Hastalığı Mukokutanöz Klinik Bulgular. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 10(4), 278-82.
7. Erdemir, F. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı.Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
8. Evereklioğlu, C. (2005). Current concepts in the etiology and treatment of Behcet disease. Surv Ophthalmol., 50, 297-350.
9. Köse, O. (2009). Behçet Hastalığında Tanı ve Ayırıcı Tanı. Türkderm, 43, Özel Sayı 2, 87-91.
10. Mat, C. (2009). Behçet Hastalığında Tedavi. Türkderm, 43, Özel Sayı 2, 92-7.
11. Mumcu, G., İnanç, N., Ergun T, İkiz, K.(2006). Oral Health Related Quality of Life is Affected by Disease Activity in Behcet's Disease, Oral Dis.,12, 145-51.
12. Tanrıverdi, N., Taşkıntuna Duru, C., Özdal, P. (2003). Health-related Quality of Life in Behçet Patients with Ocular Involvement. Jpn J Ophthalmol., 47, 85-92.
13. Uğuz, F., Dursun, R., Kaya, N., Çilli, A.S. (2006). Behçet Hastalarında Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi,7, 133-9.

ROMATOİD ARTRİT OLGUSUNA YAKLAŞIM

Doç. Dr. Hatice MERT

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

OLGU

Romatoid artrit tanısıyla izlenen Bayan ZY, 68 yaşında, kadın hastadır. ZY emekli öğretmen ve 2 çocuk sahibidir. 2003 yılında el ve ayak bileğinde şişlik, ağrı, her iki omuz başında ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu şikayetleri ile polikliniğe başvurmuş ve yapılan tetkikler sonucu romatoid artrit tanısı almıştır. Özgeçmişinde hiperlipidemi, hipotroidi, osteoporoz (2008), mide ülseri (2016), karaciğer hastalığı (2016) ve el bileğinde tenosinovit (2010) vardır. Bayan ZY, alkol kullanmıyor, sigara içmemiş, egzersiz yapmıyor. Annede ankilozan spondilit ve ailede hiperkolesterolemi mevcut. Vücut ısısı: 36.8, nabız: 88 dk, ritmik, solunum: 18 dk, kan basıncı: 140/70 mmHg'dır.

Bayan ZY yürümekte, kendine bakmakta, olağan işlerini yapmakta güçlük çekmediğini, orta derecede ağrı ve rahatsızlığı olduğunu belirtmektedir. Sağlık durumunu değerlendirmesi 100 VAS üzerinden 71'dir. Kasım 2018'de yapılan değerlendirmesinde VAS-Ağrı: 21, VAS-yorgunluk: 0 ve şiş eklem sayısı (28): 1 olarak belirlenmiştir. Eklem dışı bulgusu yok. Röntgen filminde ellerde bilateral olarak orta düzeyde kemik demineralizasyonu olduğu belirtilmiş. Bayan ZY'nin laboratuvar bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Artrit nedeniyle yardımcı araç kullanımı veya operasyon öyküsü yok. Bayan ZY'ye 2003 yılında Metotreksat (mtx) başlanmış. Bulantı nedeniyle uzun zaman kullanmamış. 2016 yılında karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği nedeni ile kesilmiş. 2001-2014 yılları arasında prednol kullanmış. Bayan ZY biyolojik ilaç olarak 2003-2014 yılları arasında Enbrel, Adalimumab ve Ritux kullanmış. Hastanın yakınmaları geçmeyince 2015 yılında Abatasept başlanmış ve devam etmektedir. Diklofenak kullanmaktadır.

Tablo 1. Bayan ZY'nin Laboratuvar Bulguları

Geldiğinde Laboratuvar Bulguları		En Son Laboratuvar Bulguları	
Sedimentasyon	62 mm/saat		31
RF	114.5		-
Anti-CCP	>3200		-
CRP	25.1		1.6
		WBC	12.4
		RBC	4.81
		HGB	13.9
		HCT	42.2
		PLT	197
		GLUKOZ	99
		ÜRE AZOTU(BUN)	11.90
		T Kol:	319
		HDL:	53
		LDL:	238
		Trigliserid:	141

ROMATOİD ARTRİT (RA)

Eklemlerin sinoviyal membranından kaynaklanan kronik, otoimmün bir bozukluktur. Hastalık yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan inflamasyon, ağrı, tutukluk ve ilerleyici eklem harabiyeti ile karakterizedir. Alevlenme ve remisyon dönemleri vardır. Romatoid artritin nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Risk faktörleri genetik yatkınlık, hormonlar, ileri yaş, cinsiyet ve sigaradır. Sigara, genetik yatkınlığı olan kişilerde RA riskini artırır ve tedavinin başarısını güçleştirir. Romatoid artrit tüm etnik grupları etkiler. Prevalansı farklılık göstermesine rağmen %1-2 olup, bu oran 70 yaşlarındaki kadınlarda %5'e kadar yükselmektedir. En sık 30-60 yaşları arasında ve kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görülmektedir. Ülkemizde standardize edilmiş RA prevalansı %0.36'dır.

KLİNİK BELİRTİLER

Hastalığın evresine ve şiddetine göre değişir.

Eklem tutulumunun karakteristik özellikleri

- El, bilek ve ayaklardaki küçük eklemlerden başlar.
- Progresif olarak diğer eklemleri tutar.
- Semptomlar akut başlangıçlı, bilateral ve simetrik.
- Eklemler sıcak, şiş ve ağrılıdır,
- Eklem tutukluğu genellikle sabahları olur.

Eklem dışı özellikler

- Ateş, kilo kaybı, yorgunluk, anemi, duyu değişiklikleri ve lenf nodlarında büyüme
- Raynaud fenomeni (soğuk ve stres ile ortaya çıkan vazospazm)
- Ağrısız ve hareketli romatoid nodüller; kemik çıkıntılar üzerinde subkutan dokuda bulunur
- Arterit, nöropati, perikardit, splenomegali ve Sjögren sendromu (kuru göz ve mukoz membranlar)

TANI

Hasta öyküsü ve fizik muayene tanıda önemlidir. Romatoid artritli yetişkinlerin yaklaşık %80'inde romatoid faktör (RF) pozitifdir ve hastalığın aktif döneminde titresini artırır. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), akut fazda yükselir. C-reaktif protein (CRP) ve antinükleer antikor (ANA) test sonuçları pozitif olabilir. Anti-sitrüline peptid antikor (ACPA) testinin romatoid artrit tanısını koymada yaklaşık %95 özgüllüğü vardır. Kırmızı kan hücrelerinin sayısı ve C4 kompleman bileşeni azalır. Tanıda radyolojik incelemeler kullanılabilir. Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) ve Avrupa Romatizma ile Mücadele Kurumu (EULAR) tarafından tanımlanan RA tanısına ilişkin kriterler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Romatoid Artrit Tanı Kriterleri (2010 ACR/EULAR)

	Puan
Klinik olarak en az bir eklemden saptanmış sinovit Başka bir hastalıkla açıklanamayan sinovit varlığı olan hastalar taranmalıdır	
A. Eklem tutulumu • 1 büyük eklem • 2-10 büyük eklem • 1-3 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın) • 4-10 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın) • > 10 eklem (en az biri küçük eklem)	0 1 2 3 5
B. Seroloji (Sınıflama için en az bir test sonucu gereklidir) • Negatif RF ve negatif ACPA • Düşük-pozitif RF veya düşük-pozitif ACPA • Yüksek-pozitif RF veya yüksek-pozitif ACPA	0 2 3
C. Akut faz parametreleri (Sınıflama için en az bir test sonucu gereklidir) • Normal CRP veya normal ESR • Anormal CRP veya anormal ESR	0 1
D. Semptomatik süre • < 6 hafta • ≥ 6 hafta	0 1
Tanı: Puanlama sonucunda, skorun ≥ 6/10 olması RA tanısı için gereklidir. ACPA: Anti-sitrüline peptid antikor; ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı; CRP: C-reaktif protein	

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al: 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative, *Arthritis Rheum* 62:2569, 2010.

TEDAVİ

Güncel tedavi yaklaşımı, artrit başlangıcında, haftalar aylar içerisinde temel etkili ilaçların başlanmasıdır.

Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ): Antiinflamatuar ve analjezik özellikleriyle inflamasyonu azaltır ve kronik inflamatuvar ağrı yönetiminde etkilidir. NSAİİ'ler inflamasyondan ve vücuttaki diğer pek çok süreçten sorumlu olan prostoglandinlerin biyosentezini bloke eder. Gastrointestinal kanama öyküsü, alkol, tütün, antitrombotik ilaç ve kortikosteroid kullanımı değerlendirilmeli. Kardiyovasküler ve renal problemler açısından hasta izlenmelidir.

Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD): Romatizmal hastalıkların tedavisinde hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) önemli rol oynamaktadır. Irreversibl eklem değişiklikleri RA'in ilk yıllarında ortaya çıkabileceği için DMARD'ların erken dönemde kullanılmaya başlanması eklem hasarını geciktirmekte ve işlev kayıplarını azaltmaktadır. DMARD'lar, kemik destrüksiyonuna ilişkin radyolojik bulguları, eklem şişliğini azaltırlar, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein (CRP) ve romatoid faktör seviyelerini düşürürler. Bu ilaçlar ile tedavi tamamlandıktan sonra, yeni bir alevlenme oluşuncaya kadar hastalık aylarca stabil kalabilmektedir. İlaç seçimi hastalık aktivitesine, hastanın fonksiyon düzeyine ve yaşam şekline göre yapılır. RA'in erken dönem tedavisinde DMARD grubundan metotreksat tercih edilir. **Metotreksat** bir folik asit antagonistidir. Dehidrofolat redüktazı inhibe ederek, hücre proliferasyonunda önemli olan pürin metabolitlerinin sentezini azaltır. DNA, RNA ve protein sentezini baskılayarak hücre ölümüne yol açar. RA'daki etkisi daha çok

antiinflamatuvar özelliği ile ilgilidir. Toksik etkisi diğer ilaçlardan daha azdır. Yan etkiler genellikle ilk altı ay içinde kendini gösterir. Gastrointestinal sistem yan etkileri arasında bulantı, hazımsızlık, karın ağrısı, diyare, ülser ve kilo kaybı sayılabilir.

Kortikosteroidler: Eklem ağrısı ve inflamasyonun kontrolünde etkilidir ve hastalar kortikosteroid tedavisi başladıktan sonra birkaç gün içinde hızlı bir iyileşme yaşayabilirler. İlacın sabah saatlerinde uygulanması RA semptomlarını azaltmada yarar sağlamaktadır.

Biyolojik Ajanlar: RA’te hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak için kullanılır. DMARDlara yanıt vermeyen orta ya da şiddetli hastalığı olan kişilerde veya DMARD’la kombine olarak kullanılabilir. Ciddi ya da kontrol edilmeyen enfeksiyon varlığında kontrendikedir. Hastalar enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilmelidir. Biyolojik tedavi sırasında canlı aşı uygulanmamalıdır.

BAKIM YÖNETİMİ

RA yönetiminde ilk girişimler kapsamlı bir sağlık öyküsü almakla ve kas-iskelet sistemine odaklanan fiziksel değerlendirme ile başlar. Ayrıca RA’in eklem dışı belirtileri de değerlendirilir. Hastanın eklemeleri ödem, nodül, deformite açısından değerlendirilir ve eklemlerde ağrı ve tutukluk olup olmadığı sorulur. Hastanın postürü ve günlük yaşam aktivitelerini yapma yeteneği ve beslenme durumu değerlendirilir. Ev ortamının hastanın hareket yeteneği açısından güvenli olup olmadığı hakkında hasta ve ailesinden bilgi alınır. Hastanın duyu durumundaki değişiklikler gözlenir.

Hemşirelik Tanıları

- Eklem inflamasyonu, hastalığın alevlenmesi ve doku hasarındaki artışa bağlı **ağrı**
- Hastalık aktivitesi, ağrı, yetersiz uyku, yetersiz beslenme ve duygusal strese bağlı **yorgunluk**
- Eklem ağrısı, tutukluk ve deformiteye bağlı **fiziksel harekette bozulma**
- Kontraktürler, yorgunluk ve hareket kaybına bağlı **öz bakım eksikliği**
- Hastalığın kronik olmasına, uzun süreli tedavi gerektirmesine, tutukluk ve aktivitelerini yapamamasına bağlı **beden imajında bozulma**

Ağrı ve Rahatsızlığı Azaltma: Çeşitli konfor önlemleri sağlanır (örneğin, ısı veya soğuk uygulama, masaj, pozisyon değişiklikleri, dinlenme, köpük yatak, destekleyici yastık, ateller, gevşeme teknikleri, oyalayıcı aktiviteler). Reçete edilen anti-inflamatuar, analjezik ve yavaş etkili antiromatizmal ilaçlar uygulanır. Hastanın gereksinimlerini karşılamak amacıyla ilaç programı bireysel olarak düzenlenir. Ağrı ve hastalığın kronikliği hakkındaki duygularını sözlü olarak ifade etmesi sağlanır. Hastaya ağrı ve romatizmal hastalığın patofizyolojisi hakkında eğitim verilir. Ağrıdaki öznel değişiklikler değerlendirilir. Yürüme, su aktiviteleri gibi egzersizler önerilebilir. Yoga ve Tai chi nin yararlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Yorgunluğu Azaltma: Yorgunluk hastaların %40-70’inde görülmektedir. Yorgunluğu azaltmak için yorgunluğa neden olabilecek fiziksel ve duygusal faktörler belirlenir. Hastaya yorgunluk konusunda

eğitim verilir. Hastalık aktivitesinin yorgunluk ile ilişkisini açıklanır, rahatlatıcı önlemler açıklanır ve uygulanır. Uyku rutini geliştirilir ve desteklenir (ılık banyo ve uykuyu destekleyen gevşeme teknikleri); sistemlerin, eklem ve duygusal stresin rahatlatılması için dinlenmenin önemi açıklanır. Enerji koruma tekniklerini kullanma yolları açıklanır (hız kontrolü, yetki devretme, öncelikleri planlama). Uygun egzersizler önerilir. Uygun aktivite/dinlenme programının geliştirilmesi kolaylaştırılır. Tedavi programına uyum göstermesi konusunda teşvik edilir. Demir kaynağı da dahil yeterli beslenmeye teşvik edilir. Bilişsel davranışsal tedavi önerilir.

Hareketliliği Arttırma: Hareketlilikteki kısıtlanma durumunu ifade etmesi için teşvik edilir. Uğraş veya fizik tedavi konsültasyonuna gereksinimi değerlendirilir: Etkilenen eklemlerin hareket aralığı vurgulanır. Yardımcı cihazların kullanımı teşvik edilir; güvenli ayakkabı kullanımı açıklanır; her bireye uygun pozisyon/postür kullanılır. Çevresel engellerin tanımlanmasında hastaya yardım edilir. Bağımsız bir şekilde hareket etmesi için cesaretlendirilir ve gereksinim olduğunda yardımcı olunur. Aktivite için yeterli zaman verilir. Aktivite sonrası dinlenme süresi sağlanır, eklem koruma ve işi basitleştirme ilkeleri desteklenir.

Öz Bakımı Arttırma: Öz-bakım eksikliklerinin ve öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmesini engelleyen faktörlerin tanımlanmasında hastaya yardım edilir. Eklem koruma, enerji koruma ve iş basitleştirme kavramları da dahil öz-bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla hedefler belirlenir ve bunları gerçekleştirme ile ilgili hastanın algıları ve öncelikleri temel alınarak bir plan geliştirilir; uygun yardımcı cihazlar sağlanır; yardımcı cihazların doğru ve güvenli kullanımı desteklenir.

Beden İmajını ve Baş Etme Becerilerini Geliştirme: Hastanın hastalık belirtileri ve tedavisi üzerinde kontrol unsurlarını tanımasına yardımcı olunur. Duygularını, algılarını ve korkularını ifade etmesi konusunda teşvik edilir; hastanın mevcut durumu değerlendirmesine ve sorunları tanımlamasına yardımcı olunur. Hastalıktan etkilenen yaşam alanları belirlenir. Soruları cevaplanır ve olası mitler ortadan kaldırılır. Hastaya geçmişteki başa çıkma mekanizmalarını tanımlamada ve etkili başa çıkma mekanizmasını belirlemede yardımcı olunur. Semptomların yönetilmesi ve günlük fonksiyonu desteklemek amacıyla aile ve arkadaşlarının desteğini almak için bir plan geliştirilir

Potansiyel Komplikasyonları İzleme ve Yönetme: Hastanın ilaçlardan kaynaklanan yan etkileri tanımasına ve bunlarla baş etmesine yardımcı olunur. Gastrointestinal sistem kanaması veya iritasyonu, kemik iliği baskılanması, böbrek veya karaciğer toksisitesi, artmış enfeksiyon insidansı, ağız yaraları, döküntüler ve görme değişiklikleri de dahil ilaçların yan etkileri izlenir. Kronik inflamasyon ve inflamatuvar sitokinlerin yükselmesi ateroskleroza hızlandırır ve RA hastaları kardiyovasküler komplikasyonlara yatkın hale gelir. Bu süreçte eğitim, motivasyon ve bireyselleştirilmiş plan yapılmasında hemşirenin rolü önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Akkoç N. (2010). Türkiye’de Romatizmal Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Diğer Ülkelerle Karşılaştırılması. RAED. 2: 1-8.
2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. (2010). Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative, *Arthritis Rheum* 62:2569-2581.
3. Crawford A, Harris H. (2015). Understanding the effects of rheumatoid arthritis. *Nursing*, 45: 32- 38.
4. Durham CO, Fowler T, Donato AM, et al. (2015). Pain management in patients with rheumatoid arthritis. *The Nurse Practitioner*. 40: 38-45.
5. England BR, Thiele GM, Anderson DR, Mikuls TR. (2018). Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: mechanisms and implications. *BMJ*. 361: 1-17.
6. Geenen R, et al. (2018). EULAR recommendations for the health professional’s approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 77:797.
7. Garcia-Diaz S. & Corominas H. (2013). Nurse management of cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis *British Journal of Nursing*. 22 (14): 813-817.
8. Katz P. Causes and consequences of fatigue in rheumatoid arthritis (2017). *Curr Opin Rheumatol*, 29:269–276.
9. Lau CS, Chia F, Harrison A et al. (2015). APLAR rheumatoid arthritis treatment recommendations. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 18: 685–713.
10. Meyer Pieter WA, Anderson R., Ker James A, Ally Mahmood TM (2018). Rheumatoid arthritis and risk of cardiovascular disease: Review Article. *Cardiovascular Journal of Africa*. 29:1-5.
11. Mok CC. (2017). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis: what is new in 2017 and its applicability in our local setting. *Hong Kong Bulletin on Rheumatic Diseases* .
12. Zangi HA, et al. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 74:954–962.
13. Zegkos T, Kitis G. & Dimitroulas T. (2016). Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: assessment, management and next step. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 8(3): 86–101.

ÜLKEMİZDE KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON HEMŞİRELİĞİ

Uzm. Hem. Esra Atakul

Ankara

GİRİŞ

Hematopoetik kök hücre nakil tarihçesine bakıldığında erken klinik çalışmalar 1950'li yıllara dayanmaktadır. Fare çalışmalarını Don Thomas'ın 1957'de yayınlanan altı hastalık olgu serisi izler. 1959'da aynı ekip tek yumurta ikizinden akut lösemi olgusuna başarılı bir sinjeneik HKH nakli gerçekleştirmiş ve 1972'de ilk defa ağır aplastik anemili bir olguya başarılı allojenik HKH nakli uygulamıştır. Hansen 1979'da ilk uyumlu akraba dışı kemik iliği naklini gerçekleştirerek, akraba dışı gönüllü verici bankalarının kurulması gerekliliğini ortaya koymuştur. İlk otolog periferik kök hücre nakli, İngiltere Hammersmith Hastanesinde 1981 yılında uygulanmıştır. 1988 yılında G-CSF kullanılarak mobilize edilen kök hücre nakli Dana-Farber Cancer Hastanesinde uygulanmıştır. Bu çalışmalarda G-CSF ve GM-CSF kullanılarak periferik kandaki kök hücre miktarının 60-100 kat daha artırılabilceği gösterilmiştir. İlk başarılı kordon kanı kök hücre nakli ise 1988 yılında Gluckman tarafından Paris'de Fanconi aplastik anemili bir hastaya yapılmıştır.

Türkiye'de ilk allojenik kemik iliği nakli 1978'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Prof. Dr. Korkut Özerkan, ilk otolog kemik iliği nakli 1984 yılında Prof. Dr. Önder Berk ve ekibi tarafından Gülhane Askeri Tıp Akademisinde, ilk otolog periferik kan hematopoietik hücre transplantasyonu ise 1992 yılında uygulanmıştır. Pediatrik olgularda ilk kök hücre nakli İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan Bizim Lösemili Çocuklar Vakfı adına Prof. Dr. Gündüz Gedikoğlu ve Prof. Dr. Sema Anak tarafından gerçekleştirilmiştir. İlk pediatrik otolog kök hücre nakli, 1992 yılında multirelaps Hodgkin lenfomalı bir hastaya Dr. Atila Tanyeli tarafından yapılmıştır.

Kök hücre; kendini yenileyebilme, çoğalabilme ve başka hücrelere dönüşebilme özelliğine sahip klonal hücrelerdir. Kök hücre kaynaklarından Hematopoetik Kök Hücre (HKH), doğumdan sonra kemik iliğinde yerleşir ve milyarlarca kan hücresinin üretilmesini sağlarlar. HKH transplantasyonunun temelini oluştururlar. Hematopoetik kök hücre tespitinde hücre yüzeyindeki CD34+ kök hücre belirteci olarak kullanılır ve akım sitometri yöntemi ile tespit edilir.

HKHN'de kullanılan kök hücre kaynakları, kemik iliği, periferik kan ve kordon kanıdır. Kemik iliği genel anestezi altında toplanır. Sınırlı sayıda HKH içerir. G-CSF mobilize periferik kan kök hücre kolay toplanır. Genel anestezi gereği yoktur. G-CSF'ye bağlı yan etkiler görülebilir. Yüksek hücre sayısı vardır. Kordon kanı ise toplanması kolay ve zararsızdır. Dondurulmuş ünitelere kolayca ulaşılabilir. Bulaşabilen hastalık riski düşüktür. Parsiyel HLA uyumu kabul edilebilir. Hücre sayısı sınırlayıcı unsurdur.

Nakilde kullanılacak CD34+ hücre dozu sayısı Otolog naklinde $> 2 \times 10^6$ CD34+ hücre/kg, Allojeneik nakilde $> 5 \times 10^6$ CD34+ hücre/kg ve Kord Kanı naklinde ise $> 2 \times 10^6$ CD34+ hücre/kg'dır.

Toplanan kök hücrelerin saklanması ise -80 °C'nin üzerinde 5 yıla kadar, -150°C'nin üzerinde 10-15 yıla kadar, -196°C'de çok daha uzun yıllar saklanabilmektedir.

Kök hücre nakil tipleri dört grup altında toplanabilir.

1. Allojenik kök hücre nakli
2. Otolog kök hücre nakli
3. Sinjeneik kök hücre nakli
4. Kordon kanı nakli

1.Allojenik Kök Hücre Nakli: Sağlıklı vericiden alınan hematopoetik kök hücrelerin, hazırlama rejimi ile myeloablatif hale getirilmiş alıcıya verilmesi, alıcıda vericinin hematoimmünopoetik sisteminin yapılandırılmasıdır.

2.Otolog Kök Hücre Nakli: Kişinin kendisinden alınan kemik iliği ya da periferik kandan ayrıştırılan kök hücrenin, dimetil sülfoksit (DMSO) ya da hidroksetil starch (HES)' la dondurularak -135 °C mekanik dondurucu, -156 °C buhar ya da -196 °C nitrojen tanklarında saklanıp, yüksek doz kemoterapi sonrasında kişiye verilmesi işlemidir.

3.Sinjeneik Kök Hücre Nakli: İkiz kardeşten kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir.

4. Kordon Kanı Nakli: İnsan lökosit antijeni (Human Leucocyte Antigens: HLA) doku uyumlu kardeşten kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir.

Kök Hücre Mobilizasyonu

Mobilizasyon, kök hücrelerin toplanması için kemik iliğinden üretimi artırmak ve perifere salınımını artırmak için kullanılan bir yöntemdir. Allojeneik kan hücre naklinde, kök hücreler hemen toplanabilir, işlenebilir ve hemen hastaya nakledilebilir. Mobilizasyon, kemoterapi uygulaması ve büyüme faktörünün tek başına ya da kombine uygulanmasıyla elde edilir.

Hazırlama Rejimleri

Kök hücre naklinde hazırlama rejimlerinin temel amacı, hastalığın tedavi etmek ve allojenik kök hücre nakli yapılan hastalarda, nakledilen hücre reddini önleyecek şekilde yeterli immünsüpresyonu sağlamaktır. Yüksek doz kemoterapi tek başına ya da kemoterapi ve total beden ışınlaması (Total body irradiation: TBI) yöntemleri birlikte hazırlama rejimi olarak uygulanmaktadır. Planlanan hazırlama rejimi hastada nakil sürecinde görülebilecek komplikasyonları belirleyebilmektedir.

Komplikasyonlar

Nakil sürecinde görülebilecek komplikasyonlar; naklin tipine, uygulanan hazırlık rejimine ve hastanın durumuna çeşitli şekillerde gelişebilir. Kısa dönemde görülebilen (akut) yan etkiler; nötropeni (enfeksiyon), trombositopeni (kanama), anemi (yorgunluk), bulantı-kusma(kas kaybı), dehidratasyon, diyare, mukozit ve renal yetmezliktir. Uzun dönem yan etkiler ise; İnfeksiyonlar (varicella zoster,

kapsüllü bakteriler), kronik pulmoner hastalık, karaciğer yetmezliği, katarakt, oto-immün yetmezlik, infertilite ve renal yetmezliktir.

HKHN'de Hemşirelerin Rolü

Nakil planlanan hastanın nakil öncesi hazırlığını yapmak (hekim ile nakil gününü belirleme ve aferez ünitesi ile iletişim, santral venöz kateter yerleştirilmesi, hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi), planlanan hazırlık rejiminin ve profilaktik tedavinin güvenli ve tam dozda verilmesini sağlama, nakil günü hastanın hazırlığı ve hücrenin uygun koşullarda hastaya verilmesini sağlama, nakil sonrası takibini sağlama, bütün süreç boyunca mevcut/olası komplikasyonların yönetimi ve hasta/hasta yakınlarının desteklenmesi ve bilgilendirilmesidir.

HKHN komplikasyonları takibinde; transplant hastalarında görülebilecek graft versus host hastalığı, veno-oklüzif hastalık gibi önemli komplikasyonların erken tanınması/önlenmesi veya tedavisine yönelik yakın takip ve tedavi sürecinde yer alan kemoterapiler, immunsupresifler, İntravenöz, oral ve topikal ilaç tedavileri, TPN ve beslenme destekleri ve kan ürünleri transfüzyonlarının oluşturduğu yoğun şekilde verilen tedavi ve desteklerin uygulanması hemşirelerin sorumluluğundadır.

Derin nütropeniye bağlı olarak gelişen enfeksiyon riskinin önlenmesi ve buna yönelik kontrol önlemlerinin uygulamasında nakil hemşiresi önemli bir role sahiptir. Hastanın günlük bakımı (ağız bakımı, banyo, cilt bakımları vb.), diyeti, ziyaretçi ve çevre kontrolü gibi kısıtlamaların olduğu kontroller hemşirelerin günlük işlevleridir.

Günlük Hemşire Bakım-Takibi

- Fizik muayene
- Laboratuvar sonuçları takibi (kan sayımı, elektrolit)
- KT-RT toksisite izlemi
- Mukozit takibi - Ağız bakımı
- Santral venöz kateter bakımı
- Cilt bakımı ve vücut banyosu
- Hasta bilgilendirme- eğitim
- Hasta ziyaretlerine ekip ile katılım

Hastaların anksiyete ya da kaygıların olduğu bu dönemi daha rahat geçirmelerinde hemşirenin rolü büyüktür. Süreç içerisinde hasta da görülebilecek psiko-sosyal problemleri yakından izlemek, gerekirse buna yönelik hasta/hasta yakınlarına psiko-sosyal desteği sağlamaktır.

Hasta/hasta yakını eğitimleri:

- Bilgi eksiklikleri ve bakıma yönelik konuları içerir.
- Bilgilendirmeler nakil aşamasına karar verilmesinden taburculuk ve evde bakıma kadar sürer.
- Bu uzun süreçte hem yatan hem ayaktan hastalarda hasta ve yakınının eğitimi önemlidir

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE GEBELİK

Hem. Sevginar Şentürk

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) sık görülen, morbidite ve mortalite oranları yüksek olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sağlık bütçelerine büyük yük getiren, farkındalığı ve erken tanısı düşük olan, buna karşın erken tanı konulduğunda önlenebilen veya ileri evrelere seyri yavaşlatılabilen bir hastalıktır. National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) tarafından hazırlanan 2002 yılı KBH Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre KBH;

- 1) Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma olsun veya olmasın, böbrekte 3 ay veya daha uzun süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallikler olması,
- 2) Böbrek hasarı olsun ya da olmasın GFH'nin 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dk/1,73 m²'den daha düşük olması olarak tanımlanmıştır

K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri. Tanım GFH (ml/dk/1,7)

- 1 Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı ≥ 90
- 2 Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı 60 – 89
- 3 Orta derecede böbrek yetmezliği 30 – 59
- 4 Şiddetli böbrek yetmezliği 15 – 29
- 5 SDBY <15.

GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİLER

Böbrek Boyutları ve Toplayıcı Sistem

Gebelikteki değişiklikler geri dönüşlüdür. Böbreklerin boyutları 1-1,5 cm kadar artar. Toplayıcı sistemler ile ureterlerde sağda daha belirgin olmak üzere dilatasyon olur. Bu değişiklikler doğumdan sonra da bir süre daha (3 aya kadar) devam edebilir. Postpartum küçülme parankim kaybı olarak yorumlanmamalıdır.

Renal Fonksiyonlar

GFR ve böbrek plazma akımı % 25-40 oranında artar. Serum kreatinin ve üre seviyeleri düşer. BUN >13 mg/dl, Kreatinin >0.8 mg/dl ise renal patoloji açısından değerlendirilmelidir. Albümin, aminoasit, glikoz, ürik asit, vitaminlerin idrarla atılımı artar.

Asit-Baz Dengesi

Hormonların etkisiyle meydana gelen hiperventilasyona bağlı olarak.

Solunumsal alkaloz, PaCO₂ düşük, renal bikarbonat eşiği ve serum bikarbonat düşüktür.

Volüm ve Ozmolarite Regülasyonu

Total vücut sıvısı 6-8 L artar. Plazma ozmolaritesi düşüktür (-10 mOsm/L) ve Serum Na normal bireylerden 3-5 mEq/L düşüktür. Fizyolojik hipervolemi vardır.

Kan Basıncı Değişiklikleri

Östrojen, progesteron, PgE ve PgI artışı, renin-anjiyotensin direnci etkilidir. Gebeliğin başlangıcında ortalama kan basıncı düşüktür. Termde gebelik öncesi değerlere ulaşır. Kardiyak output artmakla birlikte periferik direnç düşer. Diastolik basınç üst sınırı: 2. trimesterde 75 mmHg, 3. trimesterde 85 mmHg'dır.

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE GEBELİK

KBH, sürecinde ortaya çıkan metabolik ve hormonal değişiklikler doğurganlık çağındaki kadınlarda fertilitiyi ciddi düzeyde etkilemektedir. Doğurganlık çağındaki kadınların % 3'ünde evre 1-2 KBH, %0,6-0,7'sinde evre 3-5 KBH ile karşılaşmaktadır. Hastalığın evresi ilerledikçe hem anne hem de fetal risk artmaktadır. Önceki hipertansiyon ve/veya proteinüri varlığı riski daha da arttırmaktadır.

KBH olan kadınlarda hipogonadizm, anovuluar sikluslar ve oligo-amenore infertilitenin başlıca nedenleridir. Menstrüel siklus korunmuş olsa bile sıklıkla düzensizdir. Hastalığın ileri evrelerinde azalmış seksüel ilgi infertiliteye katkı sağlamaktadır. Erken evre ve nadiren ileri evre hastalar da gebe kalabilir. Gebeliklerin bir kısmı fetal kayıpla sonuçlanırken özellikle RRF korunmuş hastalarda miada ulaşılabilir.

Karşılaşılabilecek Başlıca Komplikasyonlar

- Maternal ölüm riski düşük olup çoğunlukla altta yatan immünolojik hastalığın aktivasyonuna bağlıdır.
- Böbrek fonksiyonlarının kötüleşmesi, hipertansiyon gelişmesi, proteinüri artışı.
- Fetal prematürite başlıca fetal riski oluşturur
- Diyabet, SLE gibi özgün hastalıklarda perinatal ölüm riski artabilir
- Birden fazla gebelik anne-bebek ilişkili komplikasyonlarda artışa neden olabilir

Hafif düzeyde böbrek yetersizliği olan hastalarda; GFH: 60-89

- Gebeliğin ilk yarısında serum K_r düzeyleri yanıltıcı olabilir.
- Gebelik sırasında böbrek fonksiyonlarında bozulma görülebilir.
- Bozulma altta yatan hastalığa bağlı olabilir.
- Kalıcı veya geçici olabilir.
- Böbrek hasarının progresyonunda hipertansiyon belirleyici rol oynar

Orta derecede böbrek yetersizliği olan hastalarda; GFH: 30-59

- Gebeliğin böbrek fonksiyonları üzerindeki kötü etkileri tartışmalıdır.
- Bu grup hastalarda daha çok fetal komplikasyonlar artmıştır.
- Proteinüri ve hipertansiyon hem böbrek fonksiyonları hem de fetal komplikasyonlar üzerinde önemli etkiye sahiptir.
- Gebeliğin ilk yarısında serum kreatinin düzeyi yanıltıcı olabilir.

- Bir kısım çalışmada hastaların bir grubunda SDBH'na ilerlemenin hızlandığı ortaya konarken bir kısmında doğum sonrası böbrek fonksiyonları etkilenmemiştir.

Orta-ileri derecede böbrek yetersizliği olan hastalarda: GFH: 29-15

- Bu grup hastada gebelik daha düşük ihtimalle mümkündür.
- Gebe kalındığında ise miada ulaşma oranı düşüktür.
- Kötü sonuçlar nedeniyle kontrasepsiyon önerilmektedir.
- Gebelik oluşması durumunda fetal komplikasyonlar sıktır.
- Gebelik sırasında veya sonrasında SDBH'na ilerleme riski daha yüksektir.

Canlı doğum oranı, böbrek fonksiyonları normal olan hastalarda %90'ın üzerinde olup fonksiyon kaybıyla düşmektedir. Erken evrelerden itibaren gebelikte istenmeyen sonuçlar artmıştır. Komplikasyon sıklığı böbrek yetersizliğinin evresi ile ağırlaşmakta ve artmaktadır.

Anne ile ilgili olumsuz sonuçlar:

- Hipertansiyon,
- Proteinürinin ağırlaşması
- Preeklampsi-eklampsi
- Böbrek yetersizliği
- Ölüm

Bebek ile ilgili olumsuz sonuçlar:

- Erken doğum
- Düşük doğum ağırlığı
- Büyüme gelişme geriliği
- Malformasyon
- Fetal kayıp

Gebelikte Hasta Yönetimi

KBH etyolojisi mümkünse belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalı. Takip sıklığı arttırılmalı, düzenli GFH takibi yapılmalı. KB, proteinüri, volüm durumu sık değerlendirilmeli, preeklampsi açısından dikkatli olunmalı. Üriner sistem enfeksiyonları açısından dikkatli olunmalı. Erken doğum konusunda hazırlıklı olunmalı. İlaçlar gözden geçirilmeli (ACEi!) ve gerekli değişiklikler yapılmalı

Gebelikte Erken Doğum

Şiddetli preeklampsi	Eklampsi	KB'nın kontrol altına alınamaması
HELLP sendromu	Fetal distress	Ağır böbrek fonksiyon kaybı

Doğum sonrası takip: Gebeliğin böbrekler üzerindeki etkisi 3 ay kadar devam eder. 3-6 ay süre ile sık takip edilmeli. Doğumdan hemen sonra ortaya çıkabilecek hızlı fonksiyon kaybı konusunda dikkatli olunmalı. KB ve proteinüri yakından takip edilmeli ve en kısa zamanda uygun tedaviye geçilmeli.

Glomerüler Hastalıklar ve Gebelik

- Gebeliğin 3. trimesterinde ortaya çıkan proteinüri için glomeruler hastalık ile preeklampsinin ayırımı yapılmalıdır.
- Gebelik süresince glomerulonefrit ilk defa ortaya çıkabilir veya olan hastalığın kötüleşmesi veya relaps şeklinde karşımıza çıkabilir.
- Proteinüri ve nefrotik sendrommembranöz glomerulonefrit, minimal değişiklik hastalığı veya fokal segmental glomerulosklerozun bulgusu olarak karşımıza çıkabilir.

- IgAN olan hastalarda gebelik hastalığının progresyonunu hızlandırmaz, ancak GFH<70 ml/dk, kötü kontrollü HT ve proteinürisi olan hastalar doğum sonrası yüksek progresyon riski altındadırlar.
- Gebelik başlangıcında hematüri, proteinüri gibi bulguların gebeliğe bağlanması nedeniyle tanı gecikebilir.
- Gebelikte ortaya çıkan proteinüri sıklıkla preeklampsiye bağlanmakta ancak hematüri eşlik ediyorsa böbrek hastalığı konusunda dikkatli olunmalıdır.
- IgAN, FSGS, MDH, MGN ve MPGN doğurganlık çağında en sık karşılaşılan primer glomerulonefritlerdir.
- İzole proteinüri, hematüri, hızlı ilerleyen glomerulonefrit tablosuyla ortaya çıkabilirler.
- Biyopsi endikasyonları kanama ve gebelik dolayısıyla sınırlıdır.
- Böbrek biyopsisi, erken gebelikte hızlı ilerleyen böbrek fonksiyon kaybı ve ağır proteinüri olması durumlarında düşünülmeli.

SLE ve Gebelik

- SLE olan kadınlarda uzun süreli remisyonda gebelik normal seyredebilmekle birlikte aktif dönemde gebelik engellenmelidir.
- Ağır pulmoner hipertansiyon, ağır restriktif AC hastalığı, ağır kalp yetersizliği gebelik için mutlak kontrendikasyonlardır.
- Ağır böbrek yetersizliği (sCr>2,5/evre 3-5 KBH) gebelik için olası kontrendikasyondur.
- Steroid ve/veya AZT idame dozlarında güvenle kullanılabilir ancak diğer sitotoksik ilaçlar verilmemelidir (Siklofosfamid, MMF, leflunomid !!!)
- SLE'li gebeler üst düzey hastanelerde multidisipliner takip edilmeli.
- Özellikle tekrarlayan düşükleri olan antifosfolipid sendromlu hastalarda IVIG uygun bir tedavi seçeneği olabilir.
- Antifosfolipid Ak düzeyi yüksek hastalarda DMAH aspirinle veya aspirinsiz verilmelidir.
- Doğum sırasında alevlenmeleri önlemek için yüksek doz steroid verilmesi tartışmalıdır ve postpartum 6-12 ay yakın takip önemlidir.
- AZT ve siklofosfamid alanlarda emzirme önerilmez.

Dişabetik Nefropati ve Gebelik

- Preeklampsi ve üriner enfeksiyon sıklığı artmıştır.
- Renal komplikasyonlar nadirdir.
- HT gelişmeyen gebeler yakın izlem ile normal bir gebelik geçirebilirler.
- Nefrotik düzeyde proteinüri ve KB'da artış ileri dönemlerde görülebilse de doğum sonrası normale döner.

ODPBH ve Gebelik

- Artmış üriner sistem enfeksiyonu riski nedeniyle sıkı takip edilmeli.
- Preeklampsi riski artmıştır.
- İyi hidrasyon sağlanmalı ve prognoz diğer gruplardan daha iyidir.
- PKBH'da BFT'leri ve KB normal ise gebelik olumsuz etkilenmez.
- KB artmış ise antihipertansif tedavi yeterlidir.
- Hiperfiltrasyonu olan hastalarda diyet önlemleri yeterlidir.

Böbrek Taşı ve Gebelik

- Nadir (1/1500-3000) görülmekle birlikte erken doğum eylemi ve enfeksiyon gibi tablolara yol açabilir. Üriner staz, hiperkalsiüri, yüksek idrar pH'sı, artmış ürik asit, okzalat gibi predispozan nedenler önemlidir. Uterus dışı ağrıların en sık nedenlerindedir ve 2-3. trimestrede sık görülür.
- 1/3'de hematüri nedenidir
- Tanıda USG yeterli olup nadiren MRI gerekebilir.
- Çoğunlukla kendiliğinden düşer ancak nadiren üreteroskopik girişim, DJS, nefrostomi gibi invaziv müdahale gerekebilir.
- EMR, gebelik kayıpları, erken doğum gibi durumlara yol açabileceğinden yakın takip önerilir.

Tek Böbrek ve Gebelik

- Gebelik için kontrendikasyon değildir
- Hipertrofiye uğrar
- Enfeksiyon açısından dikkatli olunmalı.

THE GAP BETWEEN THEORY AND PRACTICE IN NURSING

Assoc. Prof. Dr. Özlem OVAYOLU

Gaziantep University, Gaziantep

Gradually increasing role of nurses in the healthcare system increases the importance of nursing education (1). Nursing education is a process of consciousness development regarding the profession of nursing (2). This education aims to train professional nurses who learn, share, apply and evaluate the results of their practices, have a high capacity of adapting to changing conditions and provide a quality healthcare service in the 21st century (3,4). Accordingly, some basic principles in nursing education include training nurses in such a way that they will meet the healthcare needs of society and provide a quality service as expected from them, grounding the curriculum at the level of bachelor degree, preparing a curriculum based on research-evidence and skills and accrediting theoretical training and practice officially (1). As is known, theoretical training, research and clinical practice are the major components of professional nursing (2,5). The basic approach in applied sciences like nursing is to reveal the relationship between theory and practice and carry the theory into effect (5). Just like in the curriculums of all practice-based disciplines, theoretical knowledge and clinical practice are inseparable components of nursing education (6-8). Thus, if nursing has to reveal its potential as a profession, it is very important for theory to direct the research and practice. Because theory, practice, and research are a cyclical process defining the science of nursing. Practice serves this cycle as a catalyser. Questions are asked and hypotheses are developed in practice environments (5). Theory guides in conceptualizing a problem and reveals searchable questions. Researches, on the other hand, arrange studies that develop or refine theories and practitioners test the theories. In conclusion, theory forms a roof for research; whereas, practice provides an environment suitable for the theory. In the light of all these information, it is possible to state that theory, research and practice are basic elements for forming and spreading the nursing knowledge and they are also inseparable components (5,9). Today, however, the contradictions and differences between theory and clinical practice in nursing education continue to be an important matter (7,10). Especially the gap between theoretical training and practice which are intended to be given in the light of evidence-based practices (6) remains a serious problem for clinicians, academician nurses and students (11). In addition, because the profession of nursing requires multidisciplinary work, this gap between theory and practice also affects other healthcare professionals and patient care, thus the community health negatively (3). Therefore, this study will broadly address some reasons that may cause differences between theoretical training and practice in nursing education, such as clinical environment, excess number of students, insufficient number of instructors, difficulties experienced in conducting theoretical courses, differences in undergraduate nursing programs, and failure of evidence-based research results to reflect patient care.

REFERENCES

1. Tuna R. Türkiye’de Hemşire Yetiştiren Yükseköğretim Kurumlarındaki Öğrenci ve Öğretim Elemanı Dağılımı. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;2(2):94-99.
2. Kırşan M, Korhan EA. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Öğretimde Yaşadıkları Etik Sorun Deneyimleri. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2017;25(1):20-7.
3. Yüksek Öğretim Kurulu Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştay Raporu, 23 Kasım 2017 Yükseköğretim Kurulu, <http://www.yok.gov.tr/web/guest/hemsirelik-lisans-egitimi-calistay-raporu-yayimlandi>, 4 Temmuz 2018.
4. Alan N, Khorshid L. Fakülte Mezunu Hemşirelerin Lisans Eğitimine İlişkin Görüşlerinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2015;18(2):87-93.
5. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9 (1):6-14.
6. Raines DA. Using a K-W-L Chart to Bridge the Theory-Practice Gap. Nurs Educ Perspect. 2018 May/Jun;39(3):182-183. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000256.
7. Bayar K, Çadır G, Bayar B. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya Yönelik Düşünce ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2009; 8(1):37-42.
8. Karaöz S. Hemşirelik Eğitiminde Klinik Değerlendirmeye Genel Bakış: Güçlükler ve Öneriler. DEUHYO ED 2013; 6(3):149-158.
9. Karagözoğlu Ş. Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 64–71.
10. Yava Ayla, Sütçü Çiçek H. Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016; 65–71.
11. Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: an issue for nursing education. Collegian. 2011;18(2):93-8.

FORUM–TEORİ VE UYGULAMA ARASINDAKİ DERİN BOŞLUK

Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI

İzmir Demokrasi Üniversitesi, İzmir

Araştırma sonuçlarının uygulamaya yansıtılması; hemşirelik uygulamalarının profesyonelliğin olmazsa olmaz koşullarından olan bilimselliğe temellendirilmesini, üretilen bilginin kullanılıp, geliştirilmesini, hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasını, toplumdaki hemşirelik imajının olumlu yönde geliştirilmesini, maliyet etkili bakım verilmesini, sağlık politikalarının oluşturulmasını, mesleki otonomilerinin ve motivasyonlarının artırılmasını sağlar. Bu etkinliklerin yerine getirilmesi, araştırma sonuçlarının uygulamaya yansıtılması ile olasıdır. Pek çok disiplinde olduğu gibi hemşirelikte de uygulama ve araştırma arasındaki boşluk, araştırma temelli uygulamaların bakıma yansıtılmaması ile sonuçlanmıştır. Bunun en büyük nedenlerinden biri akademisyen ve klinisyen arasındaki yetersiz ve etkin olmayan işbirliğidir. Akademik-klinik işbirliğinin uzun soluklu olamamasının nedenleri arasında; işbirliklerinin daha çok kişisel ilişkilere dayalı olması, kurumsal boyutta sahip çıkılmaması, okul ve hastane alt yapısının yetersiz olması, klinik hemşirelerinin yoğun çalışma koşulları, çalışanların iş yükünü arttırması sayılmaktadır. İşbirliğini engelleyici faktörlerin başında hemşirelerin çalışma koşullarının zorluğu ve akademisyenlerin sahadan uzak olması gösterilmiştir. Eğitim ve rol farklılıkları da iletişime dair yaşanan sorunların en önemli kaynağı sayılmaktadır. Bu farklılık ortak dil kullanımını etkileyerek algı ve önyargı gibi önemli bir iletişim engeli oluşturmaktadır. Eğitim farklılığı nedeni ile ortak bilgi ve tecrübe alanı daralmaktadır. Akademisyen hemşireler bilimsel ve araştırmacı rolleri ile klinisyen hemşireler ise daha çok uygulayıcı ve bakım verici rolleri ile mesleklerini yürütseler de diğer rollerinden vazgeçmeleri ya da bu rollerini ihmal etmeleri anlamına gelmemelidir. Klinisyenler için her olgu özeldir, onlar belli bir evrenin ortak özelliklerinin ne olduğunu ya da deney sonuçlarını merak etmezler. Hedefleri hasta bakımını geliştirecek yanıtlar bulmaktır. Uygulayıcılar “nasıl” sorusuna yanıt ararken akademisyenler “neden” olduğunu bilmek isterler. Uygulayıcılar araştırma bulgularından çok örneklere, sağduyularına ve önceki deneyimlerine inanma eğilimlerindedirler. Bu rol farklılığın en üzücü yargısı, birbirini kalıplaşmış olarak görmeleridir. Araştırmacılar, gerçek yaşam koşullarında çalışanlar tarafından “fildişi kule idealistleri” olarak görüldüğünden, hasta bakımını geliştirmek için yapılan araştırmalar ne yazık ki uygulama alanında kabul görmemektedir.

Klinisyen ve akademisyen arasındaki ilişkiyi güçlendirecek, kanıta dayalı uygulamalarının hasta bakımına yansıtılmasına odaklı çözümlerde işbirliği, sağlık politikası geliştirme ve alanlarda uygulama uzmanları yetiştirme hemşirelik eğitiminin birincil hedeflerinden biri olmak zorundadır. Klinik alanlarda hemşirelik bilimini özümseyen hemşirelere, bilim insanlarına ihtiyaç vardır. Uygulama alanlarındaki yönetici hemşirelerin, öncelikle mesleğinin bilimsel hedeflerine sahip çıkacak ve bu hedefleri hasta bakım kalitesiyle sunabilecek faaliyetler içerisinde olması ve bu paylaşımları

destekleyebilmesi için, akademisyenle aynı bakış açısında olması gerekmektedir. Aksi takdirde klinisyen ve akademisyenin aynı amaca uygun birlikteliği beklentiden öteye geçememektedir.

KAYNAKLAR

1. Ardahan M., Özsoy S. Türkiye'deki Hemşirelik Araştırmalarındaki Eğilimler: Yüksek Lisans Ve Doktora Tezleri Üzerine Bir Çalışma. Gümüşhane University Journal of Health Sciences:2015;4(4)
2. Kapborg I. Nursing Education In Sweden: Development From Vocational Training To Higher Level Education. Journal of Advanced Nursing 1998;27:372-378.
3. Kocaman G. Türkiye'de Hemşirelik Eğitim Sorunları Ve Çözüm Arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği 12 Mayıs Hemşireler Günü Özel Baskısı, 2006,ss:166-197.

FORUM–TEORİ VE UYGULAMA ARASINDAKİ DERİN BOŞLUK-ÖĞRENCİ BAKIŞ AÇISIYLA

Arş. Gör. Funda SOFULU

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

Hemşirelik, temeli kuramsal ve uygulamalı eğitime dayanan profesyonel bir meslektir. Eğitimin uygulama boyutuna klinik uygulama denilmekte ve hemşirelik eğitiminin bütüncü ve temel taşlarından birini oluşturmaktadır. Klinik uygulama alanları öğrencilere rol modellerini gözlemleme, sorumluluk alarak tek başına uygulama yapabilme, hastanın klinik tablosuna göre davranma, karar verme ve bir ekip üyesi olarak çalışabilme olanağı sağlar, öğrencilere okul ortamında öğretilen teorik bilgi ve pratiği gerçek ortamda yaşayarak ve yaparak bütüncüleştirme fırsatı verir.

Öğrencilerin okul ortamında teorik olarak aldıkları bilgileri, klinik uygulama alanlarında davranışa dönüştürme sürecinde oradaki uygulamaların öğrencinin bilgisiyle örtüşmesi, uygulama çeşitliliği ve uygulama yapma sıklığı çok önemlidir. Mesleğe tam anlamıyla hazır olma aşamasında, etkin bir klinik uygulama sonunda öğrenci bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tüm becerilerde kendisini geliştirmektedir. Klinik uygulama, kuramsal eğitimin verildiği sınıf ortamının aksine kompleks ve sosyal bir ortamda gerçekleştiği için birçok faktörden etkilenen oldukça karmaşık bir süreçtir.

Bu süreçte hemşirelik öğrencileri, sağlık profesyonellerinin ya da öğretim elemanlarının, hastalara hasta yakınlarına ya da kendilerine karşı profesyonel olmayan tutum ve davranışları ile karşılaşabilmekte ve deneyimledikleri bu olumsuzluklar klinik öğrenme süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Öğrenci iletişimde bulunduğu öğretim elemanının davranışlarından etkilenir. Bu nedenle nitelikli bir eğitimin sağlanabilmesi için öğretim elemanlarının tutum ve davranışlarıyla öğrencilere örnek olmaları, öğrencilerin öğretim elemanlarının gözünde değerli olduklarını hissetmesi, öğretim elemanlarının öğrencilerini tanımaya yönelmeleri gerekir. Hemşirelik eğitiminde ise öğrencilerin öğretim elemanlarından saygı, sevgi ve anlayış, karşılıklı güven duygusu hemşirelik mesleğini sevdirecek bir yaklaşım beklenmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin, ders sürecinde öğretilen teorik bilgileri, uygulamada sorun yaşamalarında birçok neden bulunmaktadır. Klinik uygulamanın yapıldığı kliniklerde, öğrenci sayılarının çok fazla olması ve dolayısıyla herkese eşit uygulama fırsatının doğmaması ve kliniğin şartları gereği uygun malzemelerin temin edilememesi gibi birçok neden sayılabilir.

Aynı zamanda klinik uygulamaların öğrenciler için stres oluşturması, kısa süreli olması, beceri odaklı olmaması, klinik ortamın öğrenme hedefini karşılamaması, rol modeli görmekteki sorunlar ve iş merkezli çalışmalar nedeniyle tam olarak istendik şekilde uygulanamamaktadır.

Ders sürecinde öğretilen bilgileri kliniklerde şartlar ve koşullar nedeniyle uygulayamama hemşirelik öğrencilerinin sıklıkla etik ikilem yaşamalarına sebep olmaktadır. Etik ikilem tamamen

tatmin edici bir alternatifin bulunmadığı, ne yapılırsa yapılsın, bazı ilke ve kurallar arasında çelişmenin olduğu durumlardır. Öğrencilerin klinik uygulama da yaşadıkları etik ikilemlerin yarar sağlama, zarar vermeme, gizlilik, mahremiyet, otonomi, gibi etik ilke ihlallerine temellendiği ve etik değerlerden en sık insan onurunun zedelendiği görülmektedir.

Hemşirelik öğrencileri eğitimleri süresince mesleki değerlerine ve yeni rollerine uyum sağlarken sağlık bakımındaki eşitsizlikler ve farklılıklar, hasta haklarına duyarlılık veya farkındalık eksikliği verilen hemşirelik bakımını ve alınan kararları olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Öğrencilerin klinik uygulamalardan istenilen kazanımları sağlayabilmeleri için öğretim elemanlarının öğrencilerin yanında daha uzun süre bulunması ve iyi bir rol modeli olması, klinik hemşireleri ve eğitimcilerin işbirliğinin sağlanması ve sürdürülmesi öğrencilerin klinik uygulamada yaşadığı güçlükleri öğretim elemanlarıyla paylaşması için uygun ortamın sağlanması ve düzenli olarak klinik hemşireleri ve okul çalışanlarının sorunların çözümüne yönelik toplantılar yapması önerilebilir.

YAŞLANMA ULUSAL EYLEM PLANINDA GELECEK HEDEFLERİMİZDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Doç. Dr. Sevgisun Kapucu

Hacettepe Hemşirelik Fakültesi, Ankara

GİRİŞ

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı birey sayısında hızla artış gözlenmektedir. 2017 yılı TÜİK verilerine göre ülkemizdeki yaşlı oranı %8.3'dür. Bu oranla yaşlı ülkeler arasında yer almamızdan dolayı sosyal ve sağlık politikalarımızın güncellemesi kaçınılmazdır. Yaşlanma, artan yeti yitimi ve başkalarına daha fazla bağımlılıkla ilişkili olduğundan, yaşlanan bir toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürme, sosyal ve ekonomik olarak önem taşımaktadır. Yaşlıların sağlık gereksinimlerinin kendine özgü yanları vardır ve bu sağlık bakımının uygun bir şekilde planlanması, sunulması ve geliştirilmesinde geriatri eğitimi anahtar bir faktördür. Yaşlıların bakımı alanında çalışan tüm mesleklerin yaşlanmaya bağlı gelişen fizyolojik değişimler ve yaşlıları etkileyen hastalıklar konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Dolayısıyla hemşireler, hekimler, diş hekimleri, fizyoterapistler ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin tümü geriatri biliminin uygulayıcılarıdır.

Geriatric ve gerontoloji hemşireliği; yaşlıların özgün gereksinimlerini anlamayı, değerlendirmeyi, geriatric bakım ve rehabilitasyonu planlamada, uygulamada bilgi ve beceri ile yürütülen bakım etkinliklerini kapsar. Bu bakımın herhangi bir patolojik sürecin çözülmesine yönelik uygulamaları da içermesi gerekir. Ayrıca, bakım etkinliklerinin yaşlının bakımından sorumlu aile üyeleri gibi profesyonel olmayan bakım verenlerin gereksinim ve isteklerini de kapsamı çok önemlidir.

Geriatric Hemşiresinin Görevleri;

- Yaşlı birey ve bakım verenlerin eğitimini yapmak,
- Yaşlı birey ve bakım verenlere danışmanlık yapmak,
- Sağlığı korumak ve fiziksel değerlendirme yapmak,
- Öz bakım ve kişisel hijyeni öğretmek,
- Ev ziyaretleri yapmak,
- Kazaya neden olacak durumları değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak,
- Yaşlı bireyin kapasitesini artırmak,
- Akut sağlık sorunları, kronik hastalıkların değerlendirmesini yapmak, hemşirelik tanılarına yönelik girişimleri uygulamaktır.

Tüm dünyada ve ülkemizde artan yaşlı nüfusuna paralel şekilde geriatric hemşirelerine gereksinimde artmaktadır. Ülkemizde özel dal hemşireliğinin gelişimi yeterli olmamakla birlikte gereksiniminin de artacağı öngörülen konular arasındadır. Özellikle geriatric hemşireliğine olan gereksinim artacağı sağlık bakanlığının “yaşlanma ulusal eylem planları” arasında da belirtilmektedir.

Yaşlıya bakmaya yetkin hemşire gücünün yetiştirilmesi ve alandaki hemşirelerin sürekli hizmetiçi eğitim programları ile güçlü kılınması planlanmaktadır.

Geriatri Hemşireliğinin Geliştirilmesine Yönelik Hedefler;

- Ülkemizde geriatri hemşireliğinin kurulması, eğitim koşulları ve özelliklerinin belirlenmesi ve geriatri hemşirelerinin statüsünü geliştirmek amacıyla ilgili birimler ile işbirliği yapılması
- Mevcut Geriatri Hemşireliği Derneğinin işlevselliğini artırmak ve güçlü kılınması
- Geriatri hemşireliğindeki gelişmeleri izlemek ve ülkemizde geriatri hemşireliğinin geliştirilmesinin sağlanması
- Geriatri hemşireliği ile ilgili araştırmalar yapmak ve sonuçlarını hizmete yansıtmak
- Ülkemizde yaşlı sağlığını koruyan ve geliştiren davranışlar, yaşlı sağlığı ile ilgili çözüm gerektiren sağlık sorunları, hastalık, bozukluk ve sakatlığa ilişkin öncelikli konularda birey, aile, toplum ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi
- Geriatri hemşireliği sertifika programlarının başlatılması
- Geriatri hemşireliği özel dal hemşireliği için adımların atılması ve konu hakkında bakanlıkla işbirliği yapılması

Geriatrik Bireylerin Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi İçin Gelecek Hedeflerimiz;

- Aktif ve sağlıklı yaşlanma programlarının geliştirilmesi
- Kronik hastalıkların azaltılması ve komplikasyonlarının kontrol altında tutulması
- Kırılgan yaşlıların belirlenerek izlem programlarının oluşturulması ve komplikasyonların azaltılması
- Kanser vakalarının azaltılması ve kanserli hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi
- Yaşlıların sosyal desteklerinin artırılması ve uygun sosyal programların oluşturulması
- Emekli yaşlıların hayatın içinde yer alması için uygun politikaların geliştirilmesi
- Yaşlı dostu hastane ve kurumların oluşturulması
- Yaşlıya yönelik kanser ve kronik hastalık tarama programlarının oluşturulması
- Yaşlıda erken dönem malnutrisyon ve depresyon taramalarının yapılması
- Yaşlı bakım kurumlarında takip ve iyileştirme çalışmalarının yapılması
- Riskli yaşlı grupların (yalnız yaşayan, bağımlı, psikiyatrik hastalığı olan, istismara maruz kalan vb) belirlenmesi, izlemi ve rehabilitasyonu için uygun program ve prosedürlerin oluşturulması

Sonuç olarak ülkemizde geriatri hemşireliği alanında var olan gereksinimi karşılamak için;

- Geriatriğin hemşirelik eğitiminde lisans ve lisansüstü programlarda etkin biçimde yer alması
- Görev içi eğitim ve sertifika programları ile yaşlı birey ile çalışan hemşirelere eğitim desteği verilmesi

- Eğitimlerde başarılı yaşlanmaya/aktif yaşlanmaya sosyal, ekonomik, kültürel ve ruhsal boyutları ile mutlaka özel önem verilmesi
- Yaşlıya yönelik özellikle uzun dönem bakım, akut ve primer bakım, rehabilitasyon konuları ve ayrıca yaşlılığa ilişkin diğer genel konuların ele alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri hemşireliği. Akademik Geriatri Dergisi, 2009;1 (2): 73- 81.
2. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi (I): bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması programının dayandığı temeller, deneyimler ve eğitim programı önerisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(1): 33-39.
3. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi (II): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması-Deneyimler ve eğitim programı önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5: 40-7.
4. DPT raporu 2007: Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı, ISBN 978 – 975 – 19- 4115 - 5 (basılı nüsha)
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan, 2013-2017.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü- Sağlık Turizmi Birimi. 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010 Aralık / Ankara
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, 10. Kalkınma planı 2014-2018.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023 Sağlık Vizyonu Yeni Dönem Öncelikleri, 25 Mart 2016, İstanbul.
9. Aydın Z. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Geriatri 1999; 2: 179- 87.

MAJÖR ACİLLER

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ

Majör aciller; genellikle çok az belirti ile veya belirti olmaksızın kişide yaralanma, ciddi hasara veya ölüme neden olan veya bu kapsamda tehdit edici olan olay olarak tanımlanır. Özellikleri bakımından majör aciller; etkili ve koordineli bir yanıt sağlamak için ilave kaynakların/personelin harekete geçirilmesini gerektirir. Acil servise sık başvurusu yapılan hastalıkların yanı sıra doğal afetler/ savaş-terör saldırıları/ büyük çaplı kazalar, yangınlar/ kimyasal ve radyoaktif kazalar nedeniyle oluşan aciller de bu kapsamda değerlendirilmektedir. Yurt dışında bu durumlarda oluşturulan planlar da mevcuttur. Bu planların (Major Emergency Management) ana ve ortak teması “Her zaman hazırlıklı olmak” şeklindedir.

Acil servise yapılan başvuruların değerlendirildiği çalışmalardan birinde (Kurtoğlu ve ark.) ambulans ile gelen başvuruların %80.1’i sarı, %4.5’i kırmızı, %5.7’si yeşil alan hastası olarak belirlenmiştir. Semptomlara göre en sık başvurular sıralandığında %28.5 travma, %27.5 **kardiyak ve pulmoner semptomlar**, %13.2 **nörolojik semptomlar**, %9.35 GİS semptomlu hastalardır. Bozan ve ark. (2005) çalışmasında başvuruların %42,34 sarı, %10,42’i kırmızı, %47,24 yeşil alan hastası olduğu, çok acil olanların çoğunu ileri yaştaki hastaların oluşturduğu, en sık başvuru nedenleri **göğüs ağrısı**, karın ağrısı, **nefes darlığı**, baş ağrısı olduğu saptanmıştır. Demircan ve ark. (2005) çalışmasında en çok konsültasyon yapılan bölümlerin İç Hastalıkları (n:2796), Kardiyoloji (n:2268) ve Nöroloji (n:1605); en sık majör başvuru semptomlarının; **göğüs ağrısı** (n:898), **nefes darlığı** (n:782) ve **bilinç bozuklukları** (n:447), en sık konulan tanıların ise; çeşitli enfeksiyonlar (n:785), akut koroner sendrom (n:462), intoksikasyonlar (n:417) ve onkolojik-hematolojik malignite acilleri (n:358) olduğunu saptanmıştır.

Acil servis çalışanları tarafından **hızlı ve beceriyle gerçekleştirilen girişimler**; acil servise başvuran hastalar için **yaşam ve ölüm arasındaki fark** anlamına gelir. Acil servis hemşiresi ise; bu ekibin önemli bir partneri olarak; ani gelişen ve ciddi bir hastalıkla yüzleşen hastaya yardım eder ve aynı zamanda farklı sosyo-ekonomik ve etnik altyapısı olan bir çok hastanın tedavisinde görev alır.

Acil servis hemşiresinin sorumlulukları a) Triage b) Yaşamsal bulguların alınması c) İlaç uygulama d) Tedavi yapma e) Hasta izlemi ve takibi f) Kayıt tutma g) Acil servisten taburculuğun gerçekleştirilmesidir.

Acil serviste yaşamı tehdit eden acil durumlar; kardiyopulmoner arrest, akut koroner sendromlar, solunum acilleri, bilinç kaybı ve nörolojik acillerdir. Burada kardiyopulmoner arrest ve akut koroner sendromlardaki güncel yaklaşımlar tartışılacaktır.

Kardiyopulmoner Arrest; kalbin elektriksel uyarılarının önemli derecede bozulmasının sonucu olarak; kardiyak fonksiyonların kaybı, solunumun durması, hastanın tam bilinç kaybı olarak tanımlanır.

Arrest durumunda uygulanacak acil girişimler; kardiyopulmoner resusitasyon ve acil defibrilasyon, göğüs kompresyonlarına başlanması, havayolu açıklığının sağlanması, ileri kardiyak yaşam desteğinde acil ilaçların uygulanmasıdır. Acil hemşirelik girişimleri ise; hızlı ve doğru EKG çekme ve yorumlama, değişiklikleri/ normalden sapmaları bilme, temel ve ileri yaşam desteği (algoritmalarla) bilme ve uygulayabilme, resusitasyonda ilaç yönetimini bilme, güncel bilgilerin ve kanıta dayalı uygulamaların yakın takipçisi ve uygulayıcısı olma (Yaşam boyu öğrenme), ekip çalışmasının önemini ve değerini bilme ve kanıt oluşturan doğru kayıt tutmayı içermektedir.

Kardiyopulmoner arrestin en sık nedeni; akut koroner sendromlardır. Akut koroner sendrom (AKS) terimi, koroner kan akımında ani azalmaya bağlı gelişen akut miyokard iskemisi ve/veya infarktüsü ile uyumlu çeşitli durumları tanımlar. Unstable angina pectoris (UAP), ST elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMİ) ve ST elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMİ) şeklinde ortaya çıkar. STEMİ'yi NSTEMİ'den **ayıran özellik**; EKG bulgularıdır. ST elevasyonu olmadan Troponin T veya I'da yükselme NSTEMİ'ni gösteren miyokard nekrozunun en spesifik belirteçleridir. Tedavi hedefleri; ventriküler fibrilasyonu veya aşırı bradikardi gibi yaşamı tehdit eden durumları tedavi etmek, sol ventrikül fonksiyonunu korumak ve miyokard hasarının genişlemesini en aza indirerek kalp yetmezliğini engellemektir. Hemşirelik bakımının hedefleri ise; yaşamı tehdit eden durumların önlenmesi veya erken tanınması için uygun hemşirelik girişimlerinin yapılması, kardiyak fonksiyonların korunması için gerekli olan/istem yapılan tedavilerin eksiksiz uygulanması, takibinin ve gözleminin yapılması, komplikasyonların önlenmesine yönelik girişimlerin planlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşmaya yönelik başlıca hemşirelik girişimleri; acil damaryolu açma ve sıvı yönetimi, laboratuvar incelemelerinin sağlanması, kardiyak ve hemodinamik monitörizasyon, acil ilaç uygulamaları ve etkilerinin sıkı takibi (Oksijen, fibrinolitikler, trombolitikler, vb), ilgili ekiple hızlı ve etkin iletişim (konsültasyon vs), hastaya fiziksel, psikolojik destek sağlama ve hasta yakınlarıyla iletişim/ bilgilendirme.

2015 ERC Kılavuzunda AKS bulgu ve semptomlarının tipik olarak göğüs ağrısı, dispne ve terleme olmasına karşın; yaşlılar, diyabetikler ve kadınlarda atipik semptomların olabileceği bildirilmiştir. Ancak semptomlardan hiçbiri tek başına tanı kriteri olarak kullanılamaz. Hasta öyküsü ilk görüşmede dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. Hastane öncesi ortamlarda ve acil birimlerde çalışan sağlık ekibi klinik pathway protokollerini kullanması şiddetle önerilmektedir. **12 Derivasyonlu EKG'nin** erken tanı ve triyajı kolaylaştırmak için hastayla ilk temastan itibaren en kısa sürede çekilmesi ve yorumlanması gerekliliği vurgulanmaktadır. AKS'nin tanınmasında en önemli girişim olan EKG; STEMİ durumunda acil reperfüzyon tedavisi gereksinimini gösterir. İ inferior Mİ tanılanan tüm hastalarda sağ prekordiyal derivasyonlar da çekilmelidir (sağ ventrikül Mİ tanılamak için). Hastane dışı 12 derivasyonlu EKG çekilmesi, nakledilen merkeze haber verilmesini olanaklı kılar ve hastaneye varıştan itibaren tedaviyi hızlandırır. Birçok çalışma, hastane öncesi 12 derivasyonlu EKG kullanımı ile reperfüzyon tedavi süresinin 10 ila 60 dakika kısaldığını ortaya koymuştur. Bu hem Perkütan Koroner

Girişim (PKG), hem de fibrinolitik tedavisi alan hastalarda artmış sağkalım ve daha kısa reperfüzyon süresi anlamına gelmektedir. EKG’de ST elevasyonu yoksa, destekleyici bir hikaye ve **artmış biyobelirteç düzeyleri** (troponinler, CK ve CK-MB) NSTEMI’yi tanımlar ve sırasıyla STEMI ile UAP’tan ayırır. Acil servis şartlarında, yatakbaşı troponin testleri tedavi sürecini hızlandırmakta ve hastane yatışını kısaltabilmektedir.

Oksijen uygulamasının komplikasyonsuz Mİ’lü hastalarda miyokardiyal hasarı artırdığına dair bazı kanıtlar mevcuttur. **Ağrının hafifletilmesi** oldukça önemlidir. Bu sadece hastanın konforunun sağlanması için değildir, çünkü ağrı aynı zamanda kalbin iş yükünü artıran ve vazokontrüksiyona neden olan sempatik aktivasyona neden olur. **Anksiyete** Mİ fizyopatolojisine ve ağrıya oluşan doğal bir yanıttır. Trankilizanlarla hafifletilmesi büyük rahatlık sağlar. Reperfüzyon fibrinoliz ile sağlanacaksa **hedef STEMI tanısı konduktan sonraki 10 dk. içinde bolus fibrinolitik ajanı enjekte etmektir.** Önceki ESC kılavuzlarında bu süre 30 dk olarak bildirilmişti. Ancak bu hesaplama ilk tıbbi kontakt kurulduğu andan itibaren şeklinde ifade edilmekteydi. STEMI tanısı ilk tıbbi kontakt sağlandıktan sonraki 10 dk içinde konulmalıdır. Tedavi süresini kısaltmak için hastane öncesi ortamlarda fibrinolitik uygulanması önemle vurgulanmaktadır. Bolus trombolitik uygulamasından sonra hasta mümkün olduğu kadar kısa sürede PKG yapılan bir kuruma transfer edilmelidir. Rescue-PKG; fibrinolizin yetersiz olduğu durumlarda veya hemodinamik/elektiriksel dengesizlik, iskeminin kötüleşmesi veya geçmeyen göğüs ağrısı durumlarında endikedir.

Etkin bir tedaviyi geciktiren zamanlar; hastanın olası ciddi semptomları farketmesi için geçen zaman, İleri yaşam desteği deneyimli yardıma ulaşma zamanı, hastaneye transfer zamanı, triyaj ve acil birimden koroner yoğun bakıma transfer zamanıdır.

KAYNAKÇA

1. Ibanez B., James S., Agewall S. Et.al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Euroepan Heart Journal, 2017:1-66.
2. ---Emergency Department STEMI Algorithm. Cardiac Care Network. Erişim adresi: <https://www.corhealthontario.ca/STEMI-Algorithm-Poster-18x24.pdf>, Erişim tarihi: 15.12.2018
3. Tokem Y., Sucu Dağ G. Dölek M. Bir Bakışta Acil Hemşireliği. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 1.Basım. 2017. Ss:22,36-38.
4. Kılıçaslan İ., Bozan H., Oktay C., Göksu E. Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5(1):5-13.
5. Herren KR., Mackway-Jones K. Emergency management of cardiac chest pain: A review. Emerg Med J. 2001;18:6-10.

Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI

İzmir Demokrasi Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ

Kriz beklenmedik, aniden gelişen, hızlı hareket eden ve herhangi bir hazırlık yapılmadan karşı karşıya kalınan ve örgüt için iyi değerlendirilmezse çöküş, iyi değerlendirilirse bir fırsat anlamına gelebilen bir durumdur. Kriz yönetimi ise, olabilecek sorunların önceden tespit edilmesi, önlenmesi ya da sonuçlarının sınırlanmasına yönelik adımlar atmak yerine ortaya çıktıklarında tepki gösterilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi krizlerin önceden kestirilmesi ve oluşmasını engelleyici ya da durdurulmadığında sonuçlarını kısıtlayıcı adımların atılması gerekmektedir.

Acil sağlık hizmeti, içinde kriz durumunu da barındıran bir sistemdir. Afet durumları, kitlesel eylemler ve toplu yaralanma gibi toplumsal vakalarda hizmetin yanı sıra süreci de iyi yönetmek gerekir. Hatta öyle ki bu kriz yönetimi bazen sağlık hizmetinin bile önüne geçebilecek sorunlara sebep olabilmektedir.

Acil servislere her gün oluşan olağanüstü tablonun ortak noktası; yaşanan binlerce hayatın ani gelişen sağlığı tehdit eden olaylar sonrasında çözüm araması ve normale dönme çabasıdır. 2011 yılında acile başvuru sayısı 95 milyona yakinken, 2015 yılında bu rakam yaklaşık 111 milyon olarak ifade edilmiştir. 2017 Yılı Ocak-Ekim dönemine ait T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü raporlarına göre bakanlığa bağlı hastanelerde toplam acil servis muayene sayısı ise 84.545.429'dur. Bu yığılma gerçek acil hastalara zamanında ve doğru müdahaleyi zorlaştırmakla birlikte aslında her gün afet ve kriz yaşanan bir ortamı tanımlamaktadır. Acil serviste gerçekten kriz dediğimiz durumu yaratabilecek birçok faktör vardır;

- Bir üst düzey ülke yöneticisinin veya ünlü birinin acil servise getirilmesi
- Tek bir hasta
- Toplu kaza-kavga-çatışma
- Doğal afetler
- İlaç ve malzeme durumu
- Acil servis mimarisi
- Ekip arası iletişim-sizlik
- Mesai dışı saatler
- Ekibin deneyimi ve hazır oluşu

Kriz durumunda acil servisin rutin işleyişinden farklı olan unsurlar aslında krize katkı sağlayabilir:

- *Hastaların hepsi bir anda gelir.
- *Hastaların çoğu telaşlıdır.
- *Gereğinden çok fazla sağlık personeli odadadır.
- *Hastaların çoğu/tümü yabancı olabilir.
- *Hastaların yakınları kayıptır, veya aynı olayı yaşayan yakınları mevcuttur
- *Diğer bölümlerin sağlık ekibi iyi niyetli olarak odayı doldurur.
- *Diğer bölüm doktorları ve hemşireleri iyi niyetli olarak hastalarınıza müdahale eder.
- *Kimlik/pasaport kaybı, kayıtlarda isimsiz ve kimliksiz hasta sayısı artabilir.
- *Yazılı ve görsel basın kapıdadır.
- *Hastane yönetimi ve emniyet mensupları odadadır.
- *Yatak sayısı yetersiz kalabilir.

Yaşanılan ve yaşanabilecek bu kaotik durumlara acil servis ekibi olarak her zaman hazırlıklı olmak beklentiden çok zorunluluktur. Profesyonel yaklaşım tarzı ve hastaya en fazla yararı göz önünde bulundurma amacı başta olmak üzere kriz yönetimi aynı zamanda acil servislerin yönetim becerilerini de ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bozkurt İ. Acil sağlık hizmetlerinde kriz yönetimi: Gezi Parkı deneyimi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013; 28 s: 68-69
2. Soytekin Y. Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi. www.gru-basicskills.aku.edu.tr
3. Afacan M A. Acil Serviste Kriz Yönetimi. www.atuder.org.tr
4. Afet ve Acil Tıp. <http://xn--acltp-t9a.com/acl-tpta-krz-yonetm>

LYME HASTALIĞI

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

Adnan Menderese Üniversitesi, Aydın

GİRİŞ

Lyme hastalığı, bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi*'nin neden olduğu ve kenelerle (*Ixodes ricinus* başta olmak üzere) bulaşan, kemirgenler ve memelilerin konakçısı olduğu sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle ilkbahar aylarında havaların ısınması ile doğaya çıkan keneler tarafından bulaştırılan zoonotik bir hastalıktır. Hastalık ABD de 2016 da 36.429, Kanada da 992 olgu rapor edilmiştir. Avrupa ülkelerinde son yıllarda artış göstermiştir. Ülkemizde özellikle batı bölgelerinde, ormanlık nemli alanlarda, ilkbahar ve yaz mevsimlerinde, insanlarda ve hayvanlarda seroprevalans %5-12 arası gibi değişik rakamlardadır.

Bulaşma, enfekte kenenin deriye tutunduktan itibaren bakterileri bulaştırması için 24-72 saat kalması gerekmektedir. Kene ısırmasından sonra birkaç gün ila bir ay sonra ortaya çıkan ve hastaların %60-80'inde ilk görülen deri lezyonu olan "eritama migrans (EM)" dir. Lyme hastalığı üç evreden oluşur. Bunlar; erken lokal, erken yaygın ve geç dönem denilen devrelerdir. Erken lokal dönemde EM tipik olarak ısırık yerinden dışa doğru genişleyen ve birkaç hafta kalan kızarıklığın çapı büyüyebilir ve "boğa gözüne" benzer. Bazı kişilerde birden fazla sayıda kızarıklık gelişebilir, başkalarında ise kızarıklık gelişmeyebilir veya kızarıklık olup olmadığını anımsamazlar. EM ile birlikte ateş, halsizlik, eklem ağrıları, baş ağrısı ve lokal ağrılı bezlerde şişlik olabilir. İkinci dönemde hastalarda en sık görülen yüz felci, kalpte ileti bozukluğu (akut gelişen ileri derecede (2. veya 3. derece) günler-haftalar süren atrioventriküler iletim defekti), menenjit belirtileri, değişik sinir tutulumuna bağlı ani bıçak saplanır gibi ağrılar, uyuşma, karıncalanma, özellikle diz eklemlerinde ağrı, şişlik kızarıklık olabilir. İlerleyen üçüncü dönemlerde beyin tutulumuna bağlı psikolojik sorunlar, epileptik ataklar ve unutkanlık gibi bilişsel bozukluklar görülür.

Hastalığın tanısında kene ile temas olsun olmasın klinik olarak düşünülen hastalarda 2-6 haftalık aralarla ELISA veya IFA ile antikor testi (Lyme IgG ve IgM) yapılmasıdır. Antikorların oluşumu genelde 3 haftadan sonra başlar ve IgG ömür boyu devam edebilir. Bu testler pozitif olduğu zaman hastalığın aktif olup olmadığına Western Blot denilen ve *Borrelia*ya ait gerçek antikorları gösteren testin yapılması gerekir.

Lyme hastalığı birkaç haftalık antibiyotik (örneğin; doksisiklin, amoksisilin veya sefuroksim aksetil) tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilir.

LYME DISEASE

Lyme disease is a systemic infectious disease that is caused by *Borrelia burgdorferi*, a spirochete, contaminated by ticks (particularly *Ixodes ricinus*) and hosted by the rodentia and mammals. It is a zoonotic disease contaminated by ticks which emerge in the nature in warm weather especially during the spring months. It was reported that there were 36.429 cases in the USA and 992 cases in

Canada in 2016. There has been an increase in the European countries in recent years. The seroprevalence in our country varies between 5-12% especially in western regions, forested dampy areas, spring and summer months, humans and animals.

It takes 24-72 hours for an infected tick to transmit the bacteria after hanging on to the skin. A skin lesion, "eritama migrans (EM)" develops within a few days or a month after the tick bite in 60-80% of patients. There are three stages of lyme disease; early local, early common and late stage. In the early local stage, EM may typically expand outward from the bite area and the rash which remains for a few weeks may grow in diameter and it resembles a "bull eye". Some people may develop multiple rashes, whereas others may not even develop any rash or notice it. EM may cause fever, fatigue, joint pain, headache and gland swellings with local pain. In the second stage, patients may frequently experience facial paralysis, cardiac conduction disorder (atrioventricular conduction defect that develops acutely and lasts for days-weeks on the highest degree (2nd or 3rd degree), meningitis symptoms, knife-like sudden pain caused by different nerve involvements, paresthaesia, formication, pain especially in the knee joints, swelling and rash. In the advancing third stage, patients may experience psychological problems, epileptic attacks and cognitive disorders like obliviousness depending on brain involvement.

After identifying the disease, it is required to apply an antibody test (Lyme IgG and IgM) with ELISA or IFA to patients who are considered clinically, whether contacted a tick or not, at 2-6-week intervals. Antibodies will generally form after 3 weeks and IgG may continue for a lifetime. If these tests come out positive, the activeness of the disease should be examined with a test called Western Blot which shows the real antibodies of Borrelia.

Lyme disease can be cured successfully with an antibiotic treatment (for example; doxycycline, amoxicilline or cefuroxime axetil) of a few weeks.

SAĞLIKLI BESLEN-MİKROBİYOTANA İYİ BAK-SAĞLIKLI YAŞA

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ONGAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir

İnsanlar mikrobiyomlardan oluşmuştur ve sadece insan barsağında 100 trilyon yani insan hücre sayısının 10 katı mikroorganizma, bu mikroorganizmalardan gelen 3 milyon gen yani insan genlerinin 150 katı gen bulunmaktadır. 300-1000 arasındaki sayıda türden oluşan mikroorganizma kompozisyonu yaklaşık 2 kg ağırlığında gelmekte ve tüm vücut fonksiyonlarını kontrol etmektedir.

İnsan sağlığı ve vücut homeostazında etkili olan barsak mikrobiyotası 4 dominant aileden oluşmaktadır; bacteroidetes, firmicutes, actinobacteria, proteobacteria. Actinobacteria ailesinin %0.7-16.7'sini bifidobacterium oluşturmaktadır.

Yeterince alındığında, sindirim sisteminden geçerek canlı olarak barsağa ulaşan ve intestine yapışabilen/tutunan ve konakçı sağlığını olumlu yönde etkileyen mikroorganizmalara probiyotik denmektedir. Probiyotikleri (yararlı bakterileri) çoğaltan, aktivitesini arttıran sindirilmeyen besin bileşenleri ise prebiyotik olarak adlandırılmaktadır. Prebiyotikler, probiyotiklerin sayısını arttırarak probiyotiklerin zararlı bakterilerin sayısını azaltma etkisine katkı verirler. Probiyotikler, inflamatuvar barsak hastalığı, diyare, irritabl barsak sendromu, gluten intoleransı, gastroenterit, Helicobacter pylori enfeksiyonu ve kolon kanserinin önlenmesi ve tedavisinden büyük rol oynamaktadır. Probiyotikler epitel bariyer gelişiminde büyük rol oynar, intestinal epitel hücre farklılaşması ve hızla çoğalmasını kontrol eder, patojen mikroorganizmaları inhibe eder. Sağlıklı barsak mikrobiyotası ile **kısa zincirli yağ asitleri** ve diğer **biyoaktif bileşikler** açığa çıkar.

İnsan mikrobiyota popülasyonu **endojen** ve **eksojen** koşullardan etkilenir. En önemli etkiyi **diyet** yapmaktadır. **Beslenme** insan barsak mikrobiyotasının **bileşimini** ve **fonksiyonlarını**, sağlığa ve hastalıklara yansiyacak şekilde etkiler. Özellikle **kompleks karbonhidratlar mikrobiyotaya ulaşabildiği** için kolonda fermente edilir, **sağlığı geliştirici son ürünler** açığa çıkarır. Kalın barsak kanseri ve barsak hastalıklarından koruyucu etki gösteren, bağışıklık güçlendirici, kan kolesterolü ve şekeri denetiminde rolü olan oligosakkaritlerin bazıları sindirilmeden kalın barsağa geçerek fermente edilir ve patojen bakterilerin çoğalmasını engelleyen bifidobakterilerin çoğalmasını uyarır. Fermentasyon sonucu; kısa zincirli yağ asitleri, metan, H₂, CO₂ oluşur. Kısa zincirli yağ asitleri; bütirik, asetik, propiyonik asit olarak adlandırılmaktadır. Bu oligosakkaritler; **galakto-oligosakkarit (rafinoz, staçioz, verbakoz) ve frukto-oligosakkaritlerdir. Galakto-oligosakkaritler;** galaktoz + glukoz + fruktoz + galaktoz + glukoz + fruktoz + ... yapıda olup beta gluklan yapıdadır ve kurubaklagillerde bulunur. **Frukto-oligosakkaritler;** glukoz + fruktoz + glukoz + fruktoz + glukoz + fruktoz + ... yapıdadır ve **soğan, sarımsak, buğday, çavdar, yerelması, muz, hindiba-acı marulda** bulunur. Diyet posası tüketimi bütirat üreten tür bakterilerde artış yapar, bu bakteriler (Roseburia, Blautia, Eubacterium rectale, Faecalibacterium prausnitzii, Actinobacteria phylum (Bifidobacteria, Lactobacilli),

Bacteroidetes) distal kolonda posayı fermente eder. Kısa zincirli yağ asitleri sadece kolonositlere enerji sağlamaz, periferel organlar ve adipositlerde **insülin duyarlılığını** artırır. Bu da yağ birikimini önler, barsak motilitesini geliştirir, besin ögesi emilimini iyileştirir, konakçı immünitesini aktive eder. Bu nedenle **intestinal mikrobiyota modülatörü** olarak da adlandırılan oligosakkaritler mikrobiyotanın bileşimini, büyümesini, metabolizmasını, laktik asit bakterilerinin ve bifidobakterilerin aktivitelerini uyarır. Yüksek posalı diyet barsakta **Bifidobacterium** sayısını artırırken, düşük posalı diyet **Bacteroides** ve prevotella sayısını artırır. Bir başka deyişle **diyetle çeşitlilik değişir**. Diyet posasının, yüksek yağlı diyetle beslenmeden kaynaklanan **obeziteyi**, barsak mikrobiyotasını modüle ederek **önlediği** bildirilmiştir.

Açığa çıkan biyoaktif bileşikler konakçının barsak mukozasının bütünlüğünü korur, inflamasyon ve oksidatif stresi hafifleten bir etki gösterir. Temel olumlu etkiyi gösterdiği durum; kolorektal kanserdir. Kanserden, özellikle kolorektal kanserden korunmak için baklagillerin haftada 100 g tüketilmesi gerektiği bildirilmiştir. Yüksek posa ve düşük posalı deneysel diyetlerin ratlarda **bütirat** oluşturma etkisi incelendiğinde; *Butyrivibrio fibrisolvens* yüksek posalı diyetle **yüksek bütirat** oluşturmuş ve tümör yükünü azaltmıştır. Probiyotik ve/veya prebiyotiklerin antikanser etkileri şu mekanizmalara sahip mikrobiyota bileşenlerinin etkileriyle açıklanmaktadır; antitümorigenik/antimutajenik madde üretimi, mutajenik, karsinojenik, genotoksik bileşiklerin inaktivasyonu, hücrelerde antiproliferatif etkiler (apoptoz, kanser hücrelerine tutunma, hücre çoğalmasını inhibe etme, kanserli hücre istilasını azaltma), intestinal inflamasyonu azaltma ve konakçının immün yanıtını artırma.

Barsak mikrobiyotası diyet müdahalelerine çok **hızlı yanıt** verir; diyet değişiklikleri mikrobiyota değişikliklerinin %57'sinden sorumludur. Kısa süreli diyet değişiklikleri bile tüketilen besinlerin etkileriyle bakterilerin türünü değiştirebilir. Ancak diyet müdahalesinden önceki mikrobiyota kompozisyonu, müdahaleye verilen yanıtı etkilemektedir. Bu nedenle diyetle düreklik ve sürdürülebilirlik esastır. Diyetin makro besin ögesi örüntüsü de mikrobiyotayı etkilemektedir. Barsak sağlığını olumsuz etkileyebilecek bazı metabolitler açığa çıkaran proteinlerin fermentasyonu sonucu yüksek proteinli bir diyet bütirat üreten bakterilerin sayısını azaltır. **Diyet proteini**, barsak sağlığı açısından **karbonhidratlar** ile **birlikte tüketilmelidir**. Yüksek yağlı diyet ise safra asitlerinin üretimini uyardığı için safra asitlerini metabolize eden bakterilerin sayısı artarken, mikrobiyota değişikliğine neden olabilecek bir başka etkisi safra asitlerinin antimikrobiyal etki gösterdiği bazı türlerin sayısı azaltma yönündedir. Yağ tüketimi ve barsak mikrobiyotasına etki konusundaki hayvan çalışmalarına göre; alınan yağın hem **miktarı** ve hem de **niteliği** yağın mikrobiyota üzerindeki etkisini düzenlemektedir. Omega-3 yağ asitlerinin inflamasyondaki etkisi de mikrobiyota üzerinden tartışılmaktadır. Yağ içeriği yüksek, işlenmiş CHO'tan zengin, düşük posa içeren **Batı diyetleri** mikrobiyotadaki genel çeşitliliği azaltır, Bacteroidesler artarken Prevotella azalır. Tipik Batı diyeti olumsuz sağlık sonuçlarına neden olurken barsak mikrobiyota yapısında ve fonksiyonunda zararlı

değişiklikler yaratmaktadır. Öte yandan vejetaryen ve Akdeniz diyetinin barsak mikrobiyotasını etkileme potansiyeli yüksektir ve sağlığa yararlı sonuçlar vermektedir. Akdeniz diyetiyle alınan çok çeşitli **polifenoller** (flavanoidler) barsak mikrobiyotasını etkileyebilirken, fast food tüketimin parçası olan tatlandırılmış gazlı içeceklerle alınan tatlandırıcıların barsak çevresine ve sağlığına olumsuz etkilerinden söz edilmektedir. **D vitamininden** eksik bir diyetle beslenme sonucunda intestinal bariyer disfonksiyonu, disbiyozis ve inflamasyon olduğu belirlenmiştir. **A vitamini** ve kobalamin (**B12 vit**) de insan barsak mikrobiyotasının şekillendirilmesinde potansiyele sahip olabilir. Katkı maddelerinden **emülsifiyerler**; barsak mikrobiyotasını değiştirip, barsak disfonksiyonuna sebep olabilir. **Konakçı ile mikrobiyotası arasında giren bir engel gibi çalışır. Yapay tatlandırıcılar** ise enerjisiz tatlandırıcılardan etkilenen mikrobiyota konakçıyı metabolik hastalıklara duyarlı hale getirebilir, neden olduğu disbiyozis sonucu glukoz intoleransı gelişebilir.

Obez bireylerde diyetle alınan enerji hasatını arttıran türlerde artış görülür. Basit şeker emiliminin artışı da bu mikrobiyota değişikliğinden kaynaklanır. Firmicutes/Bacteroidetes oranı artar (çeşitlilik azalır!) enerji hasatını arttıran bu türdeki bakteriler; *Blautia hydrogenotrophica*, *Coprococcus catuss*, *Eubacterium ventriosim*, *Ruminococcus broomii*, *Ruminococcus obeum* = **obezojenik bakterilerdir**. İntestinal mikrobiyotanın yeme davranışı, enerji alımı, harcaması ve depolanmasında rolleri ile obezite üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bağışıklık ve endokrin sistem üzerinde etkili olarak obezite üzerinde rol oynamaktadır.

Sonuç olarak beslenme, insan barsak mikrobiyotasını etkilediği kanıtlanan bir değişkendir. Beslenme şeklinin değiştiği durumlarda mikrobiyata kompozisyonunda değişiklikler görülür. Çeşitli hastalıklarda/hastalıklara göre bireylerin mikrobiyotasını RESETLEME ve doğru noktada STABİLİZASYON sağlayan beslenme müdahaleleri için çalışmalar gerekmektedir. Bu modifikasyon sadece Obezite, Diyabet, Metabolik Sendrom, Anoreksiya nervoza gibi aşırı ve dengesiz beslenmeye bağlı olan gelişmiş ülke hastalıkları olmamalıdır. Asıl müdahalenin Malnütrisyon gibi yetersiz beslenme sendromlarında görmeyi diliyorum.

DİYET BİLEŞENLERİNİN ETKİLEDİĞİ BAKTERİ GRUPLARI

Diyet Bileşeni	Olumlu etkilenen bakteri grupları	Negatif etkilenen bakteri grupları	Diyet Bileşeni	Olumlu etkilenen bakteri grupları	Negatif etkilenen bakteri grupları
Üzüm çekirdeği ekstraktı	<i>Lactobacillus</i> , <i>Enterococcus</i>	<i>C. histolyticum</i>	Yeşil çay kateşinleri	<i>C. coccoides</i> – <i>E. rectale</i> , <i>Bifidobacterium</i>	<i>C. histolyticum</i>
Dahlia inulin	<i>R. flavefaciens</i> , <i>R. bromii</i> , <i>E. cylindroides</i>	-	Yüksek kakao içeriğinden gelen flavonoller	<i>Bifidobacterium</i> , <i>Lactobacillus</i>	<i>Clostridium</i>
Oolong çayı polifenoller	<i>Bifidobacterium</i> , <i>Lactobacillus</i> , <i>Enterococcus</i>	<i>Bacteroides</i> – <i>Prevotella</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>Clostridium</i> - <i>Eubacterium</i>	Nar yan ürünleri	Total bacteria, <i>Bifidobacterium</i> , <i>Lactobacillus</i>	-
Antosiyaninler	<i>Bifidobacterium</i> , <i>Lactobacillus</i> , <i>Enterococcus</i>	-	Siyah çay		-
Oligosakkaritler	<i>Bifidobacterium</i>	-	Kakao	-	<i>Bacteroides</i> , <i>Clostridium</i> , <i>Staphylococcus</i>

Gezen S, Yeditepe Ün, Biyoteknoloji Yüksek Lisans Tezi, 2016'dan alınmıştır.

DİKKAT!!! KATETER ENFEKSİYONU

Uzm. Hem. Huriye ÖZEN

Liv Hospital Enfeksiyon Kontrol Birimi, Ankara

GİRİŞ

Damar içi kateterleri sıvı replasmanı, parenteral beslenme, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, ilaç uygulamaları ve hemodinamik izlem amacı ile santral veya periferik damarlara kateterler yerleştirilir.

Venöz ve Arteriyel Erişim İçin Kullanılan Kateterler

- Periferik venöz kateterler (PVK)
- Periferik arteriyel kateterler
- Orta-hat kateterleri
- Tünelsiz santral venöz kateterler (SVK)
- Tünelli SVK
- Periferik Yolla Takılan SVK (PICC)
- Pulmoner arter kateterleri
- Tamamen implante edilen kateterler (port)
- Umbilikal kateterler

Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (SVKİ-KDİ)'nin Epidemiyolojisi

ABD'de yılda >150 milyon intravasküler kateter takılıyor. ABD'de YBÜ'de 80.000/yıl SKİ-KDE geliyor. Ülkemizde, Ulusal Hastane Enfeksiyonları Surveyans Ağı (UHESA) 2014 verilerine göre SVKİ-KDİ hızının ağırlıklı genel ortalaması, farklı yoğun bakım ünitelerinde farklı olmakla birlikte, "1.0-5.7" arasında (1000 kateter günü başına) değişmektedir.

Tüm hastane enfeksiyonları arasında dördüncü sıklıkta görülmektedir. Hastaneden kazanılmış primer kan dolaşımı enfeksiyonlarının %85'i SVK'lara bağlı olarak ortaya çıkar. Etkenler; S. aureus, gram-negatif bakteriler, Candida'dır.

SVK-KDİ nasıl gelişir?

SVK-KDİ'na neden olan mikroorganizmalar; kateter dış yüzeyi ve lümeni boyunca ilerleyerek, vücuttaki başka bir odaktan kana karıştıktan sonra katetere yerleşerek enfeksiyona neden olurlar.

SVK-KDİ'ye neden olan mikroorganizmaların kaynağı;

- Sağlık çalışanının cilt florası
- Hastanın cilt florası
- İnfüzyon sıvısı (kontaminasyon durumunda)
- Hastanın vücudunda başka bir enfeksiyon odağı olabilir

SVKİ-KDİ önlemek için neler yapılmalı?

- Surveyans yapılmalı
- Sağlık çalışanları eğitilmeli
- Uygun kateter tipi ve uygun damar seçilmeli
- Kateter takılırken ve kullanılırken asepsiye dikkat edilmeli
- Kateter ve eklerinin değişimi ile ilgili kurallara uyulmalı

Damarıçi Kateterlerde (DİK) Enfeksiyon Riski

Port<PVK<Periferik Arteriyel Kateter<Tünelli SVK≈PICC<Pulmoner Arter Kateteri ≈Tünelsiz SVK

Umbilikal arter kateteri ≈ umbilikal venöz kateter

• Sürveyans

DİK giriş bölgesi hergün kontrol edilmelidir:

- Şeffaf örtü kullanılan hastalarda kontrol amacıyla kateter giriş bölgesine bakılmalı
- Gazlı bez kullanılan hastalarda bu bölge bütünlüğü bozulmamış gazlı bez üzerinden palpe edilmeli
- Kateter giriş yerinde duyarlılık saptanması, gösterilebilen bir enfeksiyon odağı bulunmaksızın ateşinin çıkması veya lokal enfeksiyonu ya da kan dolaşımı enfeksiyonunu düşündüren diğer bulguların saptanması durumunda kateter giriş yerindeki örtü kaldırılarak kateter giriş bölgesi incelenmeli
- Kateteri takan kişi, kateterin takıldığı-çıkarıldığı gün ve saatler, pansuman değiştirilme tarihleri kayıt altına alınmalı
- Herhangi bir lokal ya da sistemik enfeksiyon bulgusu olmayan hastalarda, çekilen kateterlerin ucundan rutin kültür gönderilmemeli
- Servis veya poliklinik hemşiresi tarafından, hastalara ve hasta bakımında görev alan yakınlarına kateter giriş yerinde fark ettikleri herhangi bir değişiklik veya rahatsızlığı doktor/hemşireye bildirmeleri gerektiği konusunda eğitim verilmeli

• El Hijyeni

- DİK giriş bölgesinin palpasyonu öncesinde ve sonrasında, kateter takılmasından, pansuman değiştirilmesinden ve kateterle ilgili her tür manipülasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalı
- Eldiven kullanımı el hijyeni gerekliliğini ortadan kaldırmaz

• Aseptik Teknik, Kateter Takılması

- DİK takılması ve bakımı sırasında aseptik teknik kullanılmalı
- Periferik DİK'leri takarken steril olmayan temiz eldiven giyilmeli ve ilgili hemşirelik protokolüne uygun olarak damar yolu açılmalı
- Aseptik Teknik, Kateter Takılması
- Arteriyel veya santral DİK'ler takılırken steril eldiven giyilmeli

- Periferik venöz DİK'lerin bakımı sırasında steril olmayan eldiven, diğer tüm kateterlerin bakımı sırasında steril eldiven giyilmeli
- Rutin olarak arteriyel veya venöz "cutdown" ile damar yolu açılmamalı

- **Kateter Giriş Yerinin Bakımı**

- DİK takılmasından önce ve pansuman değişimi sırasında cilt uygun bir antiseptik solüsyonla temizlenmeli.
- %2'lik klorheksidin içeren antiseptik solüsyonlar tercih edilmekle birlikte, tentürdiyot, iyodofor veya %70'lik alkol de kullanılabilir.
- Kateter takılmadan önce giriş yerine sürülen antiseptik solüsyon cilt üzerinde kalmalı ve hava ile temas ederek kuruması beklenmeli
- Kateter takılması veya pansuman değiştirilmesi sırasında cilde aseton veya eter gibi organik sürülmemelidir.

- **Kateter Giriş Yeri Örtüleri**

- Kateter giriş yerinin örtülmesi için steril gazlı bez veya steril, şeffaf, yarı geçirgen örtüler kullanılmalıdır.
- Arteriyel kateter giriş yerlerinde steril gazlı bez tercih edilmelidir. Hasta fazla terliyor ise veya kateter giriş yerinden kanama veya sızdırma var ise, gazlı bez örtüler, şeffaf örtülere tercih edilmelidir.
- Tüneli santral venöz kateterlerin (SVK) ve portların giriş yerinin tamamen iyileştikten sonra kapatılmasına gerek yoktur.
- Steril gazlı bezle yapılan pansumanlar (arteriyel giriş yerleri dahil) 48 saatte bir, şeffaf örtü kullanılan pansumanlar haftada bir değiştirilmeli
- Kateter pansumanı nemlendiğinde, gevşediğinde (bütünlüğü bozulduğunda) veya gözle görülebilir kirlenme meydana geldiğinde mutlaka değiştirilmeli
- DİK'ler su ile temas ettirilmemeli, hasta duş almadan önce kateter, bağlantı cihazları ve kateter giriş yeri su geçirmez bir örtü ile kaplanmalı
- Fungal enfeksiyonları ve antimikrobiyal direnci artırıcı etkileri nedeniyle kateter giriş yerine antibiyotik içeren krem uygulanmamalı

- **Damar İçi Kateterlerin Seçimi ve Değiştirilmesi**

- DİK'lerin takılacağı bölge seçilirken hem enfeksiyon, hem de mekanik komplikasyon gelişme riski dikkate alınmalı
- Yarar/zarar göz önünde bulundurularak komplikasyon gelişme riskinin en düşük olduğu bölge ve teknik tercih edilmeli
- Kullanım endikasyonu ortadan kalkar kalkmaz kateter çekilmeli
- Santral venöz veya arteriyel kateterler rutin olarak değiştirilmemeli

- Aseptik kurallara uyularak takıldığı konusunda şüphe bulunan tüm DİK'ler mümkün olan en kısa zamanda (mutlaka ilk 48 saat içinde) değiştirilmeli
- Erişkin hastalarda, flebit gelişimini önlemek için PVK'ler 72-96 saatte bir değiştirilmeli
- Bir enfeksiyon kaynağı olabileceği düşünülen DİK'in değiştirilmesi konusundaki karar klinisyen tarafından, hastanın durumu değerlendirilerek verilmelidir.
- Sadece ateşi olan bir hastada rutin olarak kateter değiştirilmemeli.
- Kateter giriş yerinde pürülan materyal (enfeksiyon göstergesi) görülen her tür DİK en kısa süre içinde değiştirilmeli
- Hemodinamik yönden stabil olmayan ve kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonundan şüphelenilen her hastada DİK değiştirilmeli
- Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu şüphesi veya kateter giriş yerinde pürülan materyal olan hastalarda kateter değiştirme işlemi kılavuz tel aracılığı ile yapılmamalı

- **İnfüzyon Setlerinin ve Parenteral Sıvıların Değiştirilmesi**

- İnfüzyon setlerinin değiştirilme tarihleri kayıt altına alınmalıdır:
- Katetere bağlı enfeksiyon kanıtlanmadığı veya bu yönde bir şüphe olmadığı sürece, sürekli infüzyon için kullanılan setler ve bunlarla ilgili her tür bağlantı 72 saatten daha kısa aralıklarla değiştirilmemeli
- Damar yolu sürekli olarak açık tutulmayan ve sadece günün belirli zamanlarında infüzyonla parenteral ilaç verilen hastalarda (örneğin, günde iki, üç veya dört kez "minibag" içinde hazırlanarak verilen antibiyotikler) her seferinde yeni set kullanılmalı, bir kez kullanılan set ağzı kapatılarak bir sonraki kullanıma kadar bekletilmemeli

- **Kullanım amacına göre infüzyon setlerinin değiştirilme sıklıkları:**

- Sadece dekstroz ve amino asit içeren solüsyon veriliyorsa; 72-96 saatte bir
- Propofol infüzyonu için kullanılan setler: 6-12 saatte bir
- Kan, kan ürünleri ve lipid emulsiyonlarının (glukoz ve amino asitlerle kombine olarak verilen üçlü solüsyonlar veya tek başına uygulanan lipid solüsyonları) verilmesi için kullanılan setler: infüzyonun başlamasını takiben 24 saat içinde değiştirilmeli

- **Parenteral sıvıların değiştirilmesinde aşağıdaki kurallara uyulmalı:**

- Lipid içeren solüsyonların (üçlü solüsyonlar gibi) infüzyonu 24 saat içinde tamamlanmalı
- Sadece lipidden oluşan solüsyonların infüzyonu 12 saat içinde tamamlanmalıdır.
- Volüm yüklenmesi konusunda endişe duyuluyorsa bu süre 24 saate kadar uzatılabilir.
- Kan ve kan ürünlerinin infüzyonu dört saat içinde tamamlanmalı

- **İntravenöz İlaçların Puşe Edilmesi**

- Sadece damar içine sulandırılmadan direkt olarak verilmesinde sakınca olmayan ilaçlar intravenöz yolla puşe edilmelidir.
- Antibiyotikler kesinlikle puşe edilerek verilmemelidir.
- İntravenöz yolla puşe edilecek ilaç tercihen ven valflerinden veya inraketler üzerindeki kapak ya da stop-cock kullanılarak verilmelidir. Ven valfleri kullanılmadan önce mutlaka %70'lik alkol veya bir iyodofor ile temizlenmelidir.
- Kullanılmayan bütün üçlü musluklar (stopcock) kapalı tutulmalıdır.

- **İntravenöz Karışımların Hazırlanması ve Kalite Kontrolü**

- Her parenteral solüsyon açılmadan önce son kullanım tarihi ve görüntü kontrolü yapılmalıdır.
- Son kullanım tarihi geçmiş olan veya bulanık olduğu görülen, içinde partikül bulunan, kabında çatlak olan veya sızdırdığı fark edilen hiçbir parenteral solüsyon kullanılmamalı. Parenteral ilaçlar veya katkı maddeleri için mümkün olduğunca tek dozluk ampul veya flakonlar tercih edilmeli
- Tek dozluk ampul veya flakonlar içinde kalan solüsyonlar daha sonra kullanılmak üzere birbirine eklenerek saklanmamalı
- Her parenteral solüsyon açılmadan önce son kullanım tarihi ve görüntü kontrolü yapılmalıdır. Son kullanım tarihi geçmiş olan veya bulanık olduğu görülen, içinde partikül bulunan, kabında çatlak olan veya sızdırdığı fark edilen hiçbir parenteral solüsyon kullanılmamalıdır.
- Parenteral ilaçlar veya katkı maddeleri için mümkün olduğunca tek dozluk ampul veya flakonlar tercih edilmelidir.
- Tek dozluk ampul veya flakonlar içinde kalan solüsyonlar daha sonra kullanılmak üzere birbirine eklenerek saklanmamalıdır.
- Parenteral karışımların hazırlanmasına başlamadan önce "El Hijyeni Talimatı"na uygun olarak el hijyeni sağlanmalıdır.

- **Periferik Venöz Kateterler**

- Kateter seçilirken kullanım amacı, muhtemel kullanılma süresi, bilinen komplikasyonlar (flebit ve infiltrasyon gibi) ve kateteri takan kişinin deneyimi dikkate alınmalı
- Damar dışına kaçması durumunda doku nekrozuna neden olabilecek sıvılar ve ilaçlar için kelebek iğnelerin kullanımından kaçınılmalı
- İV tedavinin altı günden uzun sürmesi bekleniyor ise orta hat kateterleri veya periferik yoldan takılan santral kateterlerin kullanımı tercih edilmeli
- Erişkinlerde periferik kateterlerin üst ekstremité venlerine takılması önerilir.
- Alt ekstremitéye takılmış olan bir kateter en kısa süre içinde çıkarılarak üst ekstremitéden yeni bir kateter takılmalıdır.
- Çocuk hastalarda periferik kateterlerin takılması için el, ayak sırtı veya saçlı deri kullanılabilir.

- Kateter giriş yeri her gün kontrol edilmelidir.
- Gazlı bez kullanılan durumlarda kontrol amacı ile kateter giriş yeri gazlı bez üzerinden palpe edilerek hassasiyet olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- Hastada klinik enfeksiyon bulgusu yok ise gazlı bezin kaldırılmasına gerek yok
- Lokal hassasiyet veya olası bir katetere bağlı KDI bulgularının varlığında gazlı bez mutlaka kaldırılmalı ve giriş yeri görülerek değerlendirilmeli
- Şeffaf örtü kullanılıyor ise kateter giriş yerinin günlük inspeksiyonu yeterlidir.
- Flebit (ısı artışı, hassasiyet, eritem, damar trasesinin palpe edilmesi gibi) veya enfeksiyon belirti ve bulguları geliştiğinde veya iyi çalışmadığı tespit edildiğinde periferik kateter değiştirilmelidir.
- Erişkin hastalarda kısa PVK'lar flebit riskini azaltmak için 72-96 saatte bir değiştirilmelidir.
- Eğer yeni periferik venöz damar yolu bulma konusunda sorun yaşanıyor ve flebit veya enfeksiyon bulguları yok ise PVK'lar daha uzun aralıklarla değiştirilebilir. Ancak bu durumda hem hasta, hem de kateter giriş yerleri çok yakından takip edilmeli (her shiftte en az bir kez)

- **Santral Venöz Kateterler**

- Hasta bakımı için gerekli olan en az sayıda port veya lümene sahip SVK'ların kullanılması tercih edilmeli
- Uzun süreli ve aralıklı damar erişimine ihtiyaç duyulan hastalarda kalıcı kateterler tercih edilmelidir. Sık veya sürekli damar erişimine gereksinim gösteren hastalarda ise periferik yoldan takılan santral kateter veya tünelli SVK'ların tercih edilmeli
- Geçici bir hemodiyaliz kateterinin üç haftadan uzun süre ile kullanılması bekleniyor ise manşetli kateterler tercih edilmeli
- Diyaliz için kalıcı erişim yolu olarak SVK yerine fistül veya greft tercih edilmeli
- Hemodiyaliz kateterleri, acil durumlar dışında kan alma veya hemodiyaliz dışı işlemler için kullanılmamalı
- Erişkin hastalarda enfeksiyon gelişme riskini azaltmak için tünelsiz SVK'ların jugüler veya femoral ven yerine subklavyan vene takılması önerilir.
- Kateter ihtiyacı olduğunda venöz stenoz gelişimini önlemek için hemodiyaliz ve ferezis amacıyla jugüler veya femoral kateter, subklavyan katetere tercih edilmelidir.
- SVK (periferik yolla yerleştirilen santral kateterler dahil) takılırken veya kılavuz tel üzerinden kateter değiştirilirken bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtüden oluşan maksimum bariyer önlemlerine uyulmalı ve aseptik teknik kullanılmalıdır.
- SVK, periferik yolla yerleştirilen santral kateter, hemodiyaliz kateteri veya pulmoner arter kateterlerinin katetere bağlı enfeksiyon gelişimini önlemek amacı ile rutin olarak değiştirilmesi önerilmez. Pulmoner arter kateterini korumak için kateter yerleştirilirken steril bir kılıf kullanılmalıdır.

- Kateter giriş yeri iyileşene kadar, kalıcı kateter üzerindeki pansumanın bir haftadan daha sık aralıkla değiştirilmesine gerek yoktur.

Steril Kılavuz Tel Üzerinden Kateter Değiştirilmesinde Uyulması Gereken Kurallar

- ✓ Tünelli olmayan kateterlerde enfeksiyon gelişmesini önlemek için rutin olarak kılavuz tel üzerinden kateter değiştirilmemeli
- ✓ Herhangi bir enfeksiyon bulgusu yok ise iyi çalışmayan tünelli olmayan kateterler kılavuz tel üzerinden değiştirilmeli
- ✓ Kılavuz tel üzerinden kateter değişimi yapılırken yeni kateterin takılması işlemine başlamadan önce steril eldivenler çıkarılmalı ve yeni bir çift steril eldiven giyilmeli
- ✓ Çok lümenli bir kateter kullanılıyor ise lümenlerden biri sadece parenteral beslenme için ayrılmalı
- ✓ Kateter pansumanı ıslandığı, bütünlüğü bozulduğu, kirlendiği veya giriş bölgesinin inspeksiyonu gerekli olduğu zaman değiştirilmeli
- ✓ Kısa süreli kateterlerde kateter pansumanı, gazlı bez kullanılmış ise iki günde bir, şeffaf örtü kullanılmış ise en az yedi günde bir değiştirilmelidir.

Periferik Arteriyel Kateterler ve Basınç Monitorizasyonunda Kullanılan Cihazlar

- ✓ Tek kullanımlık transdüserler, tekrar kullanılabilen transdüserlere tercih edilmeli
- ✓ Katetere bağlı enfeksiyon gelişmesini önlemek amacı ile periferik arteriyel kateterlerin rutin olarak değiştirilmemeli
- ✓ Tek kullanımlık veya tekrar kullanılabilen transdüserler 96 saatte bir değiştirilmelidir. Sistemin diğer bileşenleri (tüp, sürekli yıkama cihazı ve yıkama solüsyonu dahil) de transdüser ile birlikte değiştirilmeli

Periferik Arteriyel Kateterler ve Basınç Monitorizasyonunda Kullanılan Cihazlar

- ✓ Basınç monitorizasyon sisteminin bütün elemanları (kalibrasyon cihazı ve yıkama solüsyonu dahil) steril olmalıdır.
- ✓ Basınç monitorizasyon sistemi ile ilgili manipülasyon sayısı ve sisteme girişler minimum düzeyde tutulmalıdır.
- ✓ Basınç monitorizasyon kateterinin açık kalmasını sağlamak amacı ile açık sistem (enjektör ve üçlü musluk gerektiren sistem) yerine kapalı yıkama sistemi (sürekli yıkama) tercih edilmelidir.

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ (VİP)

Uzm.Hemş.Sevil Yeşim CANTURAN

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi-Ankara

TANIM

Ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP); Entübasyon sırasında pnömonisi olmayan, invaziv mekanik ventilasyon desteğindeki hastada entübasyondan 48 saat sonra gelişen pnömonidir. Tüm hastane ilişkili enfeksiyonların %15'i; tüm YBÜ'nde edinilen enfeksiyonların %27'sinden sorumludur. Birincil risk faktörü mekanik ventilasyon (risk ventilatöre bağlı olmayanlara göre 6 ila 21 kez artmıştır).

Mekanik Ventilasyon (MV)

Mekanik Ventilasyon, kritik hastalığı olan ve solunum yetmezliği tablosundaki hastalar için hayat kurtarıcı bir tedavi şeklidir. ABD'de yılda 300.000 hasta MV'ye bağlanmaktadır. MV'ye bağlı hastalarda, komplikasyon gelişme ve kötü prognoz (ölüm dahil) riski yüksektir.

En sık görülen komplikasyonlar; VİP, sepsis, akut respiratuvar distres sendromu (ARDS), pulmoner emboli, barotravma ve pulmoner ödemdir. MV süresinde ve YBÜ/hastanede yatış süresinde uzama, artmış maliyet, bağımlı kalma ve ölüm riskinde artış görülmektedir.

Akut akciğer hasarı nedeniyle MV uygulanan hastalarda mortalite 15-19 yaşları arasında %24 iken, ≥85 yaş hastalarda %60'tır. SHİ enfeksiyon sürveyans sistemlerinde MV'ye bağlı hastalarda gelişen solunum sistemi komplikasyonları ile ilgili sürveyans tanımları VİP ile sınırlıdır.

NHSN (National Healthcare Safety Network) 2010: 3525 VİP olgusu bildirilmiş; VİP hızı: 0.0 – 5.8 / 1000 ventilatör günü olaak saptanmıştır.

Ventilatör İlişkili Pnömoni (VİP) Sürveyans tanımları subjektif klinik belirti ve bulgulara dayanıyor:

- Duyarlılığı ve özgüllüğü düşük, hasta kayıtlarında her zaman dokümanite edilmiyor
- Çoğunda VİP tanısı için akciğer grafisinde pnömoni ile uyumlu bulgu saptanması gerekli
- Akciğer grafisi ile doğru VİP tanısı konulabildiğini gösteren yeterli bilimsel kanıt yok
- Akciğer grafisinin tekniği, yorumlanması ve raporlanmasındaki değişkenlikler nedeniyle sürveyans için uygun bir tanı yöntemi değil

Yeni Tanı Kriterleri: Sürveyans tanımlarındaki kısıtlılık VİP önleme programları yönünden de önemlidir. Önleme stratejilerinin etkinliğini değerlendirebilmek için güvenilir sürveyans verisi gereklidir.

Yeni tanı kriterlerinin oluşturulması: Amaç; MV uygulanan erişkin hastalarda gelişebilecek farklı komplikasyonları saptayabilecek objektif, kullanımı kolay ve kısmen otomatize edilebilen bir kriter seti oluşturmak (CDC, 2011).

Ventilatör İlişkili Olay – VİO Algoritması

VİO tanısı objektif kriterlerin birlikte bulunması ile konur:

MV uygulanan hastada bazal stabilite veya düzelme dönemini takiben infeksiyon veya inflamasyon bulgularının saptanması ve solunum yolu infeksiyonu gösteren laboratuvar sonuçları

VİO tanısı konulabilmesi için bir hastanın iki takvim gününden uzun bir süreyle MV'ye bağlı olması gerekir.

VİO Algoritması

- Sadece erişkin hastaların (≥ 18 yaş) izlendiği YBÜ'lerde kullanılabilir
- Çocuk hastalar için geçerli değil
- Çocuk YBÜ'ler ve Yenidoğan YBÜ'ler VİO sürveyansına dahil edilmez
- Çocuk hastalar için eski VİP tanı kriterleri geçerli

Tanımlar-Genel İlkeler

Aralıklı pozitif basınçlı soluma (intermittent positive-pressure breathing - IPPB), nazal PEEP, CPAP, hypoCPAP gibi akciğer ekspansiyon gereçleri trakeostomi veya endotrakeal entübasyon yoluyla (Ör. ET-CPAP) uygulanmadıkça, mekanik ventilatör olarak değerlendirilmez.

Yüksek frekanslı ventilasyon veya “ekstrakorporeal” yaşam desteğine bağlı hastalar, VİO sürveyansı kapsamı dışında tutulmuştur.

APVR (Airway Pressure Release Ventilation) veya benzer moddaki hastalar sürveyansa dahildir.

Algoritmada yer alan PEEP değişiklikleri kriteri APVR modundaki hasta için uygulanamaz

VİO tanımında yer alan stabilite veya düzelme periyodu ve oksijenlenmenin bozulması ile ilgili göstergeler günlük en düşük FiO₂ düzeyinin takibi ile belirlenmelidir

Mekanik ventilasyon dönemi (episodu):

Hastanın birbirini izleyen günler içinde *her günün en az bir kısmını mekanik ventilatöre bağlı olarak geçirdiği* zaman dilimini tanımlar

Aynı yatış süresi içinde mekanik ventilasyona *en az bir takvim günü ara verilip* tekrar entübe edilerek yeniden mekanik ventilasyona başlandığında *yeni bir mekanik ventilasyon dönemi* başlamış olur

Positive end-expiratory pressure (PEEP):

Ekshalasyon sonunda ulaşılan solunum yolu basıncının atmosferik basınçtan yüksek olduğu solunum tedavisi tekniğidir. Konvansiyonel MV uygulanan hastalarda PEEP, hastanın oksijenasyon ihtiyacına göre ayarlanan parametrelerden biridir

Positive end-expiratory pressure (PEEP):

- **VİD tanı kriteri:** Bazal bir stabilite veya iyileşme dönemini takiben günlük minimum PEEP düzeyinde ≥ 3 cmH₂O artış olması ve bu artışın en az 2 takvim günü devam etmesi
- Günlük minimum PEEP değerinin en az bir saat süreyle korunmuş olması şartı aranır
- VİO sürveyansında 0-5 cmH₂O arasındaki PEEP ölçümleri eşdeğer kabul edilir

Solunan hava içindeki oksijen fraksiyonu (FiO₂) :

Ortamdaki hava için FiO₂ değeri 0,21'dir (Oksijen konsantrasyonu %21). MV uygulanan hastalarda FiO₂, hastanın oksijenasyon ihtiyacına göre ayarlanan parametrelerden biridir.

Solunan hava içindeki oksijen fraksiyonu (FiO₂) :

VİD tanı kriteri: Bazal bir stabilite veya iyileşme dönemini takiben günlük minimum FiO₂ düzeyinde $\geq 0,20$ (%20) artış olması ve bu artışın en az 2 takvim günü devam etmesi

Günlük minimum FiO₂ değerinin en az bir saat süreyle korunmuş olması şartı aranır

Bazal stabilite veya düzelme dönemi: Ventilatöre bağlanan hastada FiO₂ ve PEEP düzeylerinin bozulmaya başladığı günün hemen öncesinde, en az iki gün süreyle stabil seyrettiği veya minimum günlük FiO₂ ve PEEP değerleri açısından düzelme seyri gösterdiği dönem

Bazal stabilite veya düzelme döneminin 2. günündeki PEEP veya FiO₂ değeri \leq bazal stabilite veya düzelme döneminin 1. günündeki PEEP veya FiO₂ değeri olmalı

VİD tanısı konulabilmesi için karşılanması gereken temel koşul

Ventilatör ilişkili Durum (VİD)

“Bazal stabilite veya düzelme dönemi”nden sonra hastada oksijenlenmenin bozulduğunu gösteren, alttaki bulgulardan en az biri bulunmalıdır:

- Günlük minimum FiO₂ düzeyinde $\geq 0,20$ (20 puan) artış olması ve bu artışın ≥ 2 takvim günü süreyle devam etmesi
- Günlük minimum PEEP düzeyinde ≥ 3 cmH₂O artış olması ve bu artışın en ≥ 2 takvim günü süreyle devam etmesi

PEEP ve FiO₂ değerlerine hasta dosyasındaki kayıtlardan veya elektronik kayıtlardan ulaşılır.

Günlük minimum PEEP değeri, o gün içinde en az bir saat süreyle korunmuş olan en düşük PEEP değeridir

Günlük minimum FiO₂ değeri, o gün içinde en az bir saat süreyle korunmuş olan en düşük FiO₂ değeridir.

Olay Tarihi (Date of event) (VİO Tarihi): Bazal stabilite veya düzelme döneminin ardından oksijenlenmenin en az 2 takvim günü sürecek şekilde bozulmaya başladığı ilk takvim gününü tanımlar (FiO₂ veya PEEP değerinin tanımdaki eşik değerin üzerine çıktığı ilk takvim günü)

VİO tanımı 14 gün için geçerlidir. Birinci gün oksijenlenmenin bozulmaya başladığı gün (olay tarihi) olarak kabul edilir. 14 günlük dönem bitene kadar ikinci bir VİO rapor edilemez.

Tanı için beklenmesi gereken minimum süre:

VİO tanısı için hastanın en az 2 takvim günü süreyle mekanik ventilatöre bağlı olması gerekir. MV'nin başladığı gün 1. gün olarak kaydedilir. Olay tarihi olarak kabul edilebilecek ilk gün MV'nin 3. günüdür. VİO kriterlerinin tam olarak doldurulabileceği ilk gün ise MV'nin 4. günüdür.

VİO Pencere Dönemi:

Genellikle olay tarihi, olay tarihinin 2 gün öncesi ve 2 gün sonrasında oluşan 5 günlük süreyi ifade eder. Olay tarihi, MV'nin 3. veya 4. günü ise, MV'nin 3. gününden önceki günler tanım kapsamına dahil edilemeyeceğinden, pencere dönemi 3 veya 4 günlük süreyi kapsar.

Günlük Minimum PEEP Değeri

Günlük minimum PEEP değerinin en az bir saat süreyle korunmuş olması şartı aranır. PEEP değerini saatte bir kez veya daha sık monitörize eden ünitelerde bu kural daha standart bir şekilde uygulanabilir. PEEP değerini bir saatten daha uzun aralıklarla monitörize eden ve kayıt altına alan ünitelerde, o gün içindeki en düşük değer minimum PEEP değeri olarak kabul edilir.

- ✘ En düşük PEEP değeri gün sonuna doğru saptanmış, ve bir sonraki güne sarkacak şekilde bir saatten uzun süre devam etmiş ise, değer ilk kayıt altına alındığı gün için minimum PEEP değeri olarak kabul edilir
- ✘ PEEP değerini 15 dakikada bir monitörize eden ünitelerde minimum PEEP değerinin arka arkaya beş kez kayıt altına alınmış olması gerekir

PEEP değerini 30 dakikada bir monitörize eden ünitelerde minimum PEEP değerinin arka arkaya üç kez kayıt altına alınmış olması gerekir. PEEP değerini saatte bir kez monitörize eden ünitelerde minimum PEEP değerinin arka arkaya iki kez kayıt altına alınmış olması gerekir.

Günlük Minimum FiO₂ Değeri

Günlük minimum FiO₂ değerinin en az bir saat süreyle korunmuş olması şartı aranır. FiO₂ değerini saatte bir kez veya daha sık monitörize eden ünitelerde bu kural daha standart bir şekilde uygulanabilir. FiO₂ değerini bir saatten daha uzun aralıklarla monitörize eden ve kayıt altına alan ünitelerde, o gün içindeki en düşük değer FiO₂ değeri olarak kabul edilir.

- ✘ En düşük FiO2 değeri gün sonuna doğru saptanmış ve bir sonraki güne sarkacak şekilde bir saatten uzun süre devam etmiş ise değer ilk kayıt altına alındığı gün için minimum FiO2 değeri olarak kabul edilir
- ✘ FiO2 değerini 15 dakikada bir monitörize eden ünitelerde minimum FiO2 değerinin arka arkaya beş kez kayıt altına alınmış olması gerekir

FiO2 değerini 15 dakikada bir monitörize eden ünitelerde minimum FiO2 değerinin arka arkaya beş kez kayıt altına alınmış olması gerekir. FiO2 değerini 30 dakikada bir monitörize eden ünitelerde minimum FiO2 değerinin arka arkaya üç kez kayıt altına alınmış olması gerekir. FiO2 değerini saatte bir kez monitörize eden ünitelerde minimum FiO2 değerinin arka arkaya iki kez kayıt altına alınmış olması gerekir.

İnfeisyona Bağlı Ventilatör İlişkili Komplikasyon (İVİK)

Hastanın VİD kriterlerini karşılaması ve mekanik ventilasyonun *3. günü ve daha sonrası için geçerli olmak koşuluyla*; Oksijenasyonun kötüleşmeye başladığı günden iki gün öncesini veya iki gün sonrasında içine alan dönemde hastanın aşağıdaki iki kriteri birlikte karşılaması:

- Ateş $>38^{\circ}\text{C}$ veya $<36^{\circ}\text{C}$ veya $\text{WBC} \geq 12\ 000$ hücre/ mm^3 veya ≤ 4000 hücre/ mm^3
- Yeni bir antimikrobiyal ilaç başlanmış ve en az 4 gün devam edilmiş olması

Yeni Antimikrobiyal İlaç: Mekanik ventilasyonun en erken 3. gününde olmak koşuluyla VİO pencere döneminde yeni başlanan antibiyotiği tanımlar. Yeni olarak kabul edilmesi için hastanın bu antimikrobiyal ilacı başlanmasından önceki iki gün içinde almamış olması gerekir. Aşağıdaki yollardan biri ile veriliyor olması gerekir:

- ✓ İntravenöz
- ✓ İntramusküler
- ✓ Sindirim sistemi
- ✓ Solunum sistemi

Geçerli Antimikrobiyal Günü (Qualifying Antimicrobial Day)

VİO pencere dönemi içinde başlanan yeni antimikrobiyal ilacın İVİK tanı kriterini karşılaması için en az dört ardışık gün kullanılması gereklidir. Geçerli antimikrobiyal gün olarak kabul edilmesi için yeni antimikrobiyal ilacın hastaya uygulandığı günler arasında bir takvim gününü aşan boşluk bulunmamalıdır. Dört ardışık gün kriterinin aynı antimikrobiyal ilaçla karşılanması şart değildir. VİO pencere dönemi içinde olmak kaydıyla farklı antimikrobiyal ilaçlar da olabilir.

Olası Ventilatör İlişkili Pnömoni (OVİP)

VİD ve İVİK kriterlerini karşılayan hasta ve mekanik ventilasyonun *3. günü ve daha sonrası için geçerli olmak koşuluyla*; Oksijenasyonun kötüleşmeye başladığı günden iki gün öncesini veya iki gün sonrasını içine alan dönemde hastanın aşağıdaki iki kriterden birini karşılaması:

- Pürülan solunum sekresyonu veya;
- Balgam, endotrakeal aspirat (ETA), bronkoalveoler lavaj (BAL), akciğer dokusu veya korunmuş fırça örneğinin kültüründe üreme olması

Pürülan solunum sekresyonu: Akciğerler, bronşlar veya trakeadan gelen mikroskopun küçük büyütmesinde (low power field, x100) ≥ 25 nötrofil ve ≤ 10 epitel hücresi içeren sekresyon örneği yarı-kantitatif sonuç veren laboratuvarlar için yukarıda tanımlanan kantitatif eşik değerlere karşılık gelen bir sonuç verilmiş olmalıdır.

Kültür pozitifliği: Balgam, ETA, BAL, akciğer dokusu veya korunmuş fırça örneğinin kalitatif, yarı-kantitatif veya kantitatif kültüründe üreme olması*.

***Kapsam dışı durumlar:** Aşağıdaki üremeler anlamlı kabul edilmez (akciğer dokusundan üretilmediği sürece) ve bu kriteri karşılamaz:

- Oral veya solunum yolu flora bakterileri,
- Koagülaz negatif stafilokoklar,
- *Candida* türleri veya tiplendirilmemiş mayalar,
- Enterokok türleri

Kültür pozitifliği:

Kalitatif: Sadece mikroorganizma tiplendirilir (Örneğin, S.aureus)

Yarı-kantitatif: Üreme yoğunluğu tahminen bildirilir (1+,2+,3+,4+ veya az, orta, ağır)

Kantitatif: Üremenin yoğunluğu sayısal olarak ifade edilir (Örneğin, 10^4 cfu/ml)

Yarı kantitatif üremenin kantitatif değer olarak karşılığı laboratuvarından öğrenilebilir. Öğrenilemez ise “orta veya ağır” veya “2+, 3+ veya 4+” olarak bildirilen üremelerin tanı kriterini karşıladığı kabul edilir

Yüksek Olası Ventilatör İlişkili Pnömoni (YOVİP)

1) VİD ve İVİK kriterlerini karşılayan hasta ve Mekanik ventilasyonun *3. günü ve daha sonrası için geçerli olmak koşuluyla*; Oksijenasyonun kötüleşmeye başladığı günden iki gün öncesini veya iki gün sonrasını içine alan dönemde hastanın aşağıdaki iki kriterden birini karşılaması:

- Pürülan solunum sekresyonu ve

- ETA, BAL, akciğer dokusu veya korunmuş fırça örneğinin kültüründe üreme olması (Kantitatif veya semikantitatif eşdeğeri) veya

2) Aşağıdakilerden biri (Pürülan sekresyon şartı aranmaksızın):

- Plevra sıvısında kültür pozitifliği
- Pozitif akciğer histopatolojisi
- Legionella için pozitif diagnostik test
- Solunum sekresyonlarında influenza, RSV, adenovirus, parainfluenza virus, rhinovirus, human metapneumovirus için pozitif diagnostik test

Birinci kriter: Pürülan solunum sekresyonu (OVİP'teki tanımla aynı) ve Kültür pozitifliği: OVİP'teki kapsam dışı durumlar aynen geçerli

İkinci kriter: Plevra sıvısında kültür pozitifliği: Torasentezle veya göğüs tüpünün yerleştirilmesi sırasında alınan örneğin kültürü (Daha önceden takılmış olan göğüs tüpünden gönderilen örnekteki üreme anlamlı kabul edilmez)

Pozitif akciğer histopatolojisi: Abse veya konsolidasyon, akciğer parankiminde fungus invazyonu, viral patojenlere spesifik bulguların saptanması

Kültüre dayalı olmayan sonuçlar (Legionella ve seçilmiş viruslar)

- ✓ Antijen testi,
- ✓ PCR,
- ✓ Direkt floresan antikor testi
- ✓ Seroloji

Veri Analizi

- VİO hızı= (VİO sayısı/Ventilatör günü) x 1000
- VİD hızı= (VİD sayısı/Ventilatör günü) x 1000
- İVİK hızı= (İVİK sayısı/Ventilatör günü) x 1000
- OVİP hızı= (OVİP sayısı/Ventilatör günü) x 1000
- YOVI hızı= (YOVI sayısı/Ventilatör günü) x 1000
- İVİK-plus hızı= (İVİK + OVİP + YOVI sayıları/ ventilatör günü) x 1000
- Kombine OVİP ve YOVI hızı= (OVİP + YOVI sayıları /Ventilatör günü) x 1000

Kıyaslama:

Kurumlararası kıyaslama, halka veya kamuya açıklama, performansa dayalı geri ödeme sistemleri için genel VİO hızı ve İVİK-plus hızının kullanılması önerilir

Kurum veya ünite içi kıyaslamalar için spesifik VİO hızlarının (VİD, İVİK, OVİP, YOVI hızları) ve kombine OVİP-YOVI hızının kullanılması önerilir

VİP ÖNLENMESİ

Hedefler

Kontamine alet kullanımının önlenmesi Solunum-sindirim yolunun kolonizasyonunun önlenmesi
Sekresyonların aspirasyonunun önlenmesi

I- Kurumsal Önlemler

II- Hasta İzlemine Yönelik Önlemler

III- Kullanılan Tıbbi Aletlere Yönelik Önlemler

II- Hasta İzlemine Yönelik Önlemler

Aspirasyonun önlenmesi

Yarı oturur pozisyon (30–45 derece açıda)

Gastrik şişkinlik önlenmeli

Hortumlarda biriken sıvıların hastaya kaçması önlenmeli

– Hortumlar hasta başı seviyesinin altında olmalı

– Biriken sıvılar sağlık personeli ve çevre kontaminasyonuna neden olmadan boşaltılmalıdır.

Gerekmedikçe ventilatör devreleri değiştirilmemelidir.

Entübasyon ile ilgili öneriler

Gereksiz entübasyondan kaçınılmalı

Gerekli ise tecrübeli bir sağlık personeli tarafından uygulanmalı

Oral endotrakeal, orogastrik tüpler tercih edilmeli

Kontrendikasyon yoksa, **noninvaziv mekanik ventilasyon** uygulanması tercih edilmelidir.

Ağız bakımı

• Her şifte en az bir kez

• Diş, yanak ve dili kapsayacak şekilde

• Klorhekzidin

– VİP riskini azaltmakta

Kaf basıncının sürekli izlenmesi

• Aspirasyon önlenmesi

• Trakeal hasarın önlenmesi

Subglottik alanın aspirasyonu

• Özellikle erken başlangıçlı VİP insidansını azaltıyor

• Sürekli veya aralıklı olması ?

• Sürekli subglottik aspirasyon

– Maliyeti yüksek

– Mekanik ventilasyonun 72 saatten uzun süreceği düşünülen olgularda

Aspirasyon sistemleri ve işlemi

Açık ve kapalı aspirasyon sistemi: VİP insidansını değiştirmemekte

Kapalı aspirasyon sistemi

-Hasta ve sağlık çalışanları güvenliği

-Dirençli mikroorganizmalar, açısından gerekli

- Ekipmanın günlük değişimi gerekli değildir
- Kirlilik ve hasar olmadıkça haftada bir değiştirilmesi yeterlidir
- İşlem eğitilmiş kişiler tarafından yapılmalıdır

Stres ülser profilaksisi: Sükralfat, H2 reseptör blokerleri

- VİP gelişim riski yönünden birbirlerinden farklı olmadıkları
- Sükralfat kullanımının geç dönem VİP gelişimini azalttığı
- Kanama riski yüksek olan hastalarda ise; H2 reseptör blokerleri

Enteral Beslenme: VİP gelişimini artırıyor ancak parenteral beslenme komplikasyonları daha fazla

– Villus atrofi

– Bakteriyel translokasyon

– İntravasküler enfeksiyonlar

Gastrik distansiyona neden olmayacak hız ve miktarda erken trakeostomi açılması

Erken veya geç trakeostomi

- VİP insidansı

- Erken trakeostomi açılması için net bir öneri yok

Selektif orofaringeal ve gastrointestinal kontaminasyon

Rutin uygulama için kesin öneri yoktur. Mekanik ventilasyon süresi 48 saatten uzun olacağı tahmin ediliyorsa polimiksin, Tobramisin, Amfoterisin, 3-4 gün, intravenöz antibakteriyel

İyi bir enfeksiyon kontrol ve sürveyans programı ile desteklenmelidir.

Antimikrobiyal profilaksi; tek başına rutin olarak uygulanması önerilmemektedir

VAP Bundle / VİP Demeti / VİP Önleme paketi

“Pratikte, birlikte ve güvenilir şekilde uygulandığında, hasta sonuçlarında iyileşme sağlayan, genellikle 3-5 küçük, basit uygulama”

VİP Demeti: Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü (IHI-The Institute for Healthcare Improvement)

“Ventilatör demeti”

1-Yarı oturur pozisyon (30-45 derece)

2-Günlük “Sedasyon tatili” ve günlük ekstübasyon için değerlendirme

3-Peptik ülser profilaksisi

4-Derin ven trombozu profilaksisi

-Yarı oturur pozisyon (30-45 derece)

-Dezenfektanlarla orofaringeal dekontaminasyon (Klorheksidin),

-Subglottik sekresyon drenajı,

-Endotrakeal cuff basıncının takibi

- El hijyeni, personel eğitimi ve yeterli sayıda personel,
- Mikrobiyolojik sürveyans ve antibiyotik kontrol politikaları
- Ventilatör devrelerinin rutin değiştirilmemesi
- Sedasyon ve weaning için standardize protokollerin belirlenmesi
- Vizitler sırasında uyum kontrolü

VİP önlem paketi

- 61 hastane YBÜ; VİP hızında %45 azalma
- Tayland 18 hastane; 12 ay içinde VİP hızında önemli azalma: 13.3/1000 ventilatör günü
8.3/1000 ventilatör günü

KAYNAKLAR

1. Jt Com J Qual Patient Saf 2005;31:243-248.
2. Jt Com J Qual Patient Saf 2007;33:387-394.

ULUSAL VE ULUSLARASI DÜZEYDE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ VE UYGULAMALARI: ULUSAL ÖRNEKLER

Hemş. Gizem ARSLAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İzmir

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ); hasta takibinin sürekli olarak yapıldığı, yaşamsal verilerin monitörler, ventilatörler, infüzyon pompaları gibi teknolojik cihazlar kullanılan, bilgi ve beceri gerektiren ve disiplinler arası bir ekip çalışmasının zorunlu olduğu bakım merkezleridir. Girişimsel işlemler yoğun olarak uygulanan, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu birimlerdir (Tekin 2017, Terkeş ve ark. 2018, Terzi ve Kaya 2011). YBÜ; yüksek teknoloji, pahalı ekipman, karmaşık monitorizasyon, aşırı iş gücü ve bilimsel birikimin olduğu yerlerdir (Mohammed 2004).

YBÜ Tarihçesi

Dünyada yoğun bakım, akut hayatı tehdit edici hastalıkları olan hastaların hastanedeki ayrı bir bölümde bakılması gerekliliğinin fark edilmesiyle doğmuştur. 1800'lü yıllarda Florence Nightingale ameliyat sonrası hastaların ayrı bir alanda bulunmasının avantajlarını tanımlamıştır. 1900'lerde Baltimore'daki John Hopkins hastanesinde 3 hastalık bir nöroşirürji yoğun bakım ünitesi açılmıştır. Bunu Chicago'daki prematür infant ünitesi izlemiştir. 1950'lerde mekanik ventilasyonun gelişmesiyle birlikte bu terapiyi alan hastaların belirli bir lokalizasyonda bakılması gereksinimiyle yoğun bakım ünitesi fikri gelişmiştir. Ülkemizde ilk reanimasyon servisi 1959 da Haydarpaşa Numune Hastanesinde, daha sonra 1970 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde Dr. Cemalettin ÖNER tarafından kurulmuştur. (Çelik ve Veren 2009)

Türkiye'de ise ilk yoğun bakım servisi 4 yataklı olarak 1959'de Haydarpaşa Numune hastanesinde açılmış olan bu ünite kısa sürede 12 yataklı ve 1969'da da 1200m alana yayılan 30 yataklı yeni bir reanimasyon servisine dönüşmüştür. (Şahinoğlu 2011, Akpir 2002)

Kuruluş amaçları ve hedefledikleri tedavi planlarına göre yoğun bakımlar üç gruba ayrılmıştır.

- I. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi
- II. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi
- III. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008)

Hasta kabul esasları

Etik komite tarafından hasta kabulünde standartları sağlamak amacıyla yoğun bakım ünitesine kabul kriterlerini belirlenmiştir. Oluşturulan kriterler;

1. Öncelikler modeli
2. Tanıya dayalı model
3. Objektif parametreler modeli

1. Öncelikler Modeli: Eğer yatak sayısı veya YBÜ koşulları (ventilatör sayısı, enfeksiyon durumu, vb.) talebe yetişemiyorsa eşit yatış endikasyonu olan hastalar içinden ilk başvuran hastaya öncelik tanınır ve aciliyet durumuna göre triaj uygulanır. Öncelik sırası şu şekildedir:

- 1. Öncelik: YBÜ’de uygulanacak tedavilerden yarar görecektir, YBÜ dışında izlem ve tedavisi mümkün olmayan kritik durumdaki hastalar
- 2. Öncelik: YBÜ’de uygulanacak tedavilerden yarar görecektir, sürekli monitörizasyon gerektiren ve her an durumu bozulabilecek hastalardır
- 3. Öncelik: Altta yatan hastalık veya akut tablonun cinsi nedeniyle uzun dönem yaşam şansı fazla olmayan ancak akut tablonun iyileştirilmesi amacıyla yatırılan ve destek tedavilerinin kısıtlı tutulabileceği hastalardır
- 4. Öncelik: YBÜ’ye yatış endikasyonu olmayan ve aslında yatırılmaması gereken hastalardır. (Guideline, Crit Care Med 1999)

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ

Yoğun bakım hemşiresi;

- Karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak,
- Hastaları sürekli izlemek,
- Kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak,
- Hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak,
- Koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir.

Amerikan Hemşirelik Koleji Yüksek Öğrenim Kurumları Birliği (American Association of Colleges of Nursing) yoğun bakım hemşiresini, genel durumu kritik ve yaşamı tehdit altında olan hastanın en uygun ve doğru bakımı almasından sorumlu ve buna göre eğitilmiş, lisanslı hemşire olarak tanımlamıştır (Tekin 2017). Yoğun bakım ilkelerinin belirlenmesinde esas ilke, hasta yaşamının sürdürülmesidir (Dolgun 2016).

Yoğun Bakımda 7 C İlkesi

1. Compassion (şefkat)
2. Communication (iletişim)
3. Consideration (dikkate alma)
4. Avoidance of Conflict (çelişkiden kaçınma)
5. Comfort (konfora özden gösterme)
6. Carefulness (dikkatlilik)
7. Consistency (tutarlılık)

Yoğun bakım hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları

1.Hemşirelik Bakımı

- a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- d) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- e) Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- f) Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- ğ) Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
- ı) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
- i) Pacemakerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma

- a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.
- c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.
- ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
- d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.
- e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
- f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.
- g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.
- ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağırısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi)
- h) Acil durumlarda hekimle iş birliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir. (Yönetmelik 2011)

ULUSAL ÖRNEKLER: KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Yoğun bakım üniteleri 1852’de oluşmaya başlamasına rağmen koroner yoğun bakım üniteleri (KYBÜ)’nin oluşumu çok yakın bir tarihe 1960’lı yıllara dayanmaktadır. KYBÜ’lerinin oluşumu eksternal kardiyopulmoner resüsitasyonun doğuşu ile denk düşmektedir. (Tezol 2009)

Nüfusun yaşlanması, modern medikal yaklaşımların geliştirilmesi ile sağkalımın iyileşmesi ve kardiyak hastalıkların görülme sıklığının artışı nedeniyle, koroner yoğun bakım ünitelerine yatış ihtiyacı giderek artmaktadır. Bakım hizmetlerinin üst düzeyde verildiği koroner yoğun bakım ünitelerinde, hastalara verilen hemşirelik bakımı da ön plana çıkmaktadır. (Türen ve ark 2011). KYBÜ’leri aniden ortaya çıkan kritik kalp hastalıklarının yakından izlenmesi ya da kalp hastalıklarının seyrinde ani gelişen kritik durumların tedavisi amacıyla düzenlenmiş birimlerdir.

KYBÜ'nin uygulamaya girdiği 1960'lı yıllardan önce bu MI'den erken dönemde yitirilenlerin oranı %30'lara ulaşmaktaydı. MI geçirmekte olan hastalar bu birimlerde izlenmeye başladıktan sonra bu oran %15'lere düşmüştür (Tezol 2009). KYBÜ'lerinin esas ilkesi kardiyak rehabilitasyondur.

KYBÜ kabul edilen hastaların tanılarını görölme sıklıklarına göre;

- Akut miyokart enfarktüsü (STEMI – NONSTEMI)
- Akut koroner sendrom
- Pulmoner Hipertansiyon
- Hemodinamik bozukluk
- Aritmi
- Kalp Yetersizlikleri
- Endokardit-Perikardit-Myokardit
- Kardiyak Arrest
- Kalp yetersizliği veya MI e bağlı entübasyon riskinin bulunması
- Akut solunum yetersizlikleri gibi mortalite ve morbidite riski yüksek hastalıklar

Fiziki ortamı: KYBÜ, kardiyojji kliniğinde, riskin ve aktivitelerin en yüksek olduğu birim olarak değerlendirilmeli ve bu ünitelerde dıştan her türlü müdahaleyi engelleyecek bir kapı giriş sistemi bulunur. Yataklar arası mesafe, acil müdahaleler sırasında gerekli cihazların yatak yanına rahatlıkla yerleştirilmesine olanak sağlayacak ve ekibin müdahalesini zorlaştırmayacak şekilde belirlenir.

KYBÜ' leri birçok invaziv girişimin yapıldığı ünitelerdir. Bu nedenle ekip elemanlarının invaziv girişimler için gerekli bilgi ve beceriye de sahip olması gerekmektedir.

Ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklar tüm etnik gruplardaki erkek ve kadınlarda ölüm nedeni olarak ilk sırada yer almakta ve aynı derecede önemli olarak yaşamı kısıtlamaktadır. Bu nedenle KYBH, kardiyovasküler sağlığı en yüksek düzeye çikarma vizyonu ile birincil, ikincil ve üçüncül bakım alanlarında yer alması gereken önemli bir hemşirelik alanıdır.

Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği

Koroner yoğun bakım hemşiresi kardiyovasküler sağlığı yükseltme, akut ve kronik durumlarda müdahale, yaşam kalitesinin sürdürülmesi için rehabilitasyon gibi çok kritik görevleri yerine getirebilecek özelliklere sahip olmalıdır. Bu özellikler kritik düşünme, araştırma, eğitim, liderlik ve klinik bakım için gerekli bilgi ve beceriyi kapsamaktadır. KYBÜ hemşiresi kardiyak anatomi, fizyoloji, fizyopatolojiyi bilmeli ve bilgisini akut ve kronik seyirde hastanın değerlendirilmesinde, tedavi ve bakımın planlanmasında kullanabilmelidir. Bu nitelikler sadece koroner hemşireliğine özel değildir fakat koroner yoğun bakım hemşireliğinin vazgeçilmezleri olarak tanımlanmaktadır.

Hemşirenin Sorumlulukları

- Monitörizasyon (Hastanın sürekli vital bulgu takibi) ve Pacemaker takibi
- Anjiyografi öncesi-sonrası hasta takibi
- Mekanik ventilatöre bağlı hasta takibi (Aspirasyon, solunum modları ve kontrolü,)
- Skorumla sistemleri ile hasta takibi (Bası yarası, Ağrı, Oral Mukozit)
- Tedavi takibi (Kullanılan ilaçların güvenli, doğru olması)

- Nütrisyon takibi (Oral-parenteral-enteral beslenme)
- Enfeksiyon önlemleri ve takibi
- IABP-ECMO-Levitronix hasta takibi (Cihaz fonksiyonlarının kontrolü, komplikasyon takibi,kayıt)
- Hasta hijyeni/ Bakım planı oluşturup uygulama, sonuçlarını değerlendirme
- Aldığı-çıkardığı takibi / Ödem takibi (Kalp yetersizliği olan hastalar için primer !!!)
- İnfüzyon olarak giden ilaçların etkilerini, yan etkilerinin takibi
- Sistem muayenelerini eksiksiz olarak takibi (Nörolojik takip, solunumsal takip, kardiyovasküler takip, GİS, GÜS takibi)
- Oral mukozit tanılması ve bakımı önemlidir. Ağız hijyenindeki eksiklik hastayı ENDOKARDİT gibi tanılarla karşı karşıya getirir!!
- Kullanılan destek cihazlarında extremitte kontrolü (Dolaşım bozukluğu!)

Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanılan Cihazlar

ECMO (ekstrakorporeal membran oksijenasyonu): Geleneksel tedaviye yanıt vermeyen akut solunum yetmezliği ve/veya hayatı tehdit eden kardiyak performans kaybını önlemek için kullanılan, hayat kurtaran invazif bir tedavi yöntemidir. Türleri; Veno-arteriyel: Kardiyak-Pulmoner ve Veno-venöz: Pulmonerdir.

Levitronix: Devamlı sentrifugal (merkezkaç) akım ile çalışan kısa süreli olarak kullanılan mekanik dolaşım destek cihazıdır.

İmplant VAD: Sağ, sol veya biventriküler olarak 3 türü olan ventrikül destek cihazlarıdır. Yaygın olarak LVAD kullanılır. Bu cihazların kanüllerinde meydana gelebilecek herhangi bir kanama, enfeksiyon, tıkanma, kıvrılma veya yerinden çıkma gibi durumlar hastanın kaybı ile sonuçlanabilir. Hemşire bu nedenle dikkatli bir şekilde cihazların çalışma prensibini bilerek takip etmeli ve en ufak değişimi hekime bildirmelidir. (Baluniye ve ark 2018, Aydın ve Azap 2017, Yurttaş ve ark 2017)

İntraaortik Balon Pompası: Miyokarda oksijen sunumunu artırır, sol ventrikül iş yükünü azaltır ve kalp debisini artırır.

Swan-ganz Kateter (Pulmoner arter kateteri): Sol atrial basınç, pulmoner kapiller “wedge” basınç kardiak debi ve pulmoner arter basıncı ölçümleri yapılabilir. Aynı zamanda bu teknikle intrapulmoner şant fraksiyonu tahmin edilebilir. (Alkan 2012, Şanlı 2014)

Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanılan İlaçlar

- Antihipertansif ilaçlar (β-blokör, Ca kanal blokörleri, Vazodilatörler, Diüretikler)
- İnotrop/Vazopressör İlaçlar (Dopamin, Dobutamin, Epinefrin, Norepinefrin)
- Antianjinal İlaçlar (Nitritler, β-blokörler)
- Kalp Glikozidleri (Digoxin)
- β-Agonistler (Dopamin-Dobutamin)
- Antiaritmik İlaçlar

- Antikoagulan ve Antitrombotik İlaçlar (Heparin, Aspirin)

Kalp hastalıkları görülme oranı yüksek olan ülkemizdeki KYBÜ'lerini değerlendirdiğimizde rakamsal olarak oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Birçok hastanede kardiyoloji kliniği ya da KYBÜ bulunmadığından KYBÜ'nde takip edilmesi gereken hastalar genel yoğun bakım ünitelerinde izlenmekte ya da başka hastanelere nakledilmektedir. KYBÜ'nde gelişebilecek her duruma hazır, pratik düşünme yetisi yeterli, özel eğitilmiş hemşirelerin vereceği sağlık hizmeti yaşamsal önem taşımaktadır. (Tezol 2009)

KAYNAKÇA

1. Akpir K. (2002)Yoğun Bakım serüveni: dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi ; 6-12
2. Alkan HÖ., İntraaortik Balon Pompası ve Hemşirelik Bakımı, Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 2012; 3(3): 9-18
3. Aydın GÇ., Azap A., ECMO ve Enfeksiyon, Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics 2017;9(3):332-5
4. Baluniye B., Ertürk E.B., Elbaş N.Ö., Mekanik dolaşım destek cihazları ve hemşirelik bakımı, Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2018;4(1):46-58
5. Çelik S, Veren F, (2009), Türkiye'de Lisans Düzeyindeki Hemşirelik Okullarında Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi, Yeni Tıp Dergisi; 26, s: 226-229
6. Dolgun G., Ülkemizde Çocuk Yoğun Bakımların Durumu, 7.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 2016, Kıbrıs
7. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triag, Crit Care Med 1999;27:633
8. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011/27910
9. Mohammad Said Maani Takrouri. Intensive Care Unit. The Internet Journal of Health. 2004; 3(2).
10. Özel F., Akyol AD., Sağıt B., Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları ile İlgili Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2011;15(2)
11. Özer S., Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliğinde Etik, Yoğun Bakım Hemş. Derg. 2009;13(1):6-12
12. Şahinoğlu H. (2011)Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 5-28.
13. Şanlı M., Yoğun bakımda vasküler girişimsel uygulamalar ve akciğer destek cihazları, Bulletin of Thoracic Surgery, Sep2014, Vol. 5 Issue 3, p162-169. 8p.
14. Tekin V., Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017
15. Terkeş N., Çelik F., Taşdelen F., Kılıç MH., Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Gelişen Teknolojiyi Kullanma Durumlarının Ve Teknolojiye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2018;22(1):1-9
16. Terzi B., Kaya N., Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, Yoğun Bakım Derg 2011; 1: 21-5
17. Tezol F., Hemşire Gözüyle Koroner Yoğun Bakım Sorunları, Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2009;2(2):149-54
18. Türen S., Işık FÇ., Morgül NU., Atakoğlu R., Koroner Yoğun Bakımda Kalp Yetersizliği Hastaları İçin Belirlenen Hemşirelik Tanıları ve NANDA'ya Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17):115-120
19. www.tkd.org.tr Erişim Tarihi: 22.11.2018
20. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 28223*25.07.2008
21. Yurttaş A., Öztürk Ö., Kavuran E., Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD) Uygulanan Hastaların Retrospektif Analizi, Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(15):14-19

SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKİNİMLERİ

Mevlüde Ergen¹, Fatma Arıkan²

¹ Özel Antalya Memorial Hastanesi

² Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ: Kanser, hastanın fonksiyonel yetenekleri, beden fonksiyonları, görünümü gibi birçok yönleriyle bireylerin yaşamının etkileyen, önemli, yaşamı tehdit eden (Schofield, Carey, Bonevski ve Sanson-Fisher, 2006; Loughery ve Woodgate, 2015), sadece hastaları değil aynı zamanda onların bakıcılarını, aile üyelerini ve yakın arkadaşlarını da etkiler (Sklenarova, Haun, Krümpelmann, Friederich, Huber, Thomas ve Hartmann, 2015). Aynı zamanda kanser aile hastalığı olarak da kabul edilen bir hastalıktır (Hodgkinson, Butow, Hobbs ve Wain, 2007). Bu hastalığa bağlı gelişen korku, gelecek kaygısı ve stres; hasta, aile ve arkadaşlarının yaşamlarını zorlayan bir sürece sebep olabilmektedir (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011).

Bakım veren; yaş, tıbbi durumlar, kronik yaralanma, uzun dönemli hastalık ya da yetersizlik nedeni ile eşlerine, çocuklarına, anne-babalarına ya da diğer aile üyelerine sağlık bakım lanlarında ya da evde bakım sağlayan bireydir (Bektaş ve Can, 2014). Bakım sunma süreci, hastaların aktivitelerini ve sorumluluklarını üstlenmeyi içerir. Bakımın amacı, en iyi düzeyde semptom kontrolünü sağlamak, fiziksel ve duygusal acı çekmeyi en aza indirmektir (Schofield vd, 2006; Kim ve Schulz, 2008; Yıldırım, Kaçmaz ve Özkan, 2013).

Destekleyici bakım, hastanın bakım gereksinimlerinin hasta merkezli yaklaşımla belirlenmesi ve etkin biçimde karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (Maguire, Papadopoulou, Kotronoulas, Simpson, McPhelim ve Irvine, 2013). Kanser hastalarının ve bakım verenlerinin sıklıkla günlük yaşam aktivitelerini sürdürme, kanserin nüks riskine ilişkin bilgi, beden imajı, cinsel yaşam, finansal durum, ilaçlar ve ilaç tedavisi gibi karşılanmamış destek bakım gereksinimleri olduğu bildirilmektedir (Girgis, Lambert ve Lecathelinais, 2011; Jansen, Van Uden-Kraan, Van Zwieten, Witte ve Verdonck-de Leeuw, 2015).

Onkolojide çoğu araştırma bakım verenlerin, aktif tedavi sırasında veya hastanın yaşam sonunda bakım sağlama tepkisine odaklanmış (Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser ve Hawkins, 2007; Given, Sherwood ve Given, 2011; Northouse, Katapodi, Schafenacker ve Weiss, 2012), bakım verenlerin karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçları nadiren değerlendirilmiştir (Girgis vd., 2011). “Karşılanmamış ihtiyaç” kavramı nerede desteğe ihtiyaç olduğunun tanımlanmasına yardım eder ve ihtiyacın karşılanmasını kolaylaştırır. Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin

tanımlanması hastaların yaşam kalitelerinde iyileşmeye katkı sağlayabilecektir (Sklenarova vd., 2015). Literatürde bakım verenlerle ilgili çalışmalar bakım verenlerin yükü, bakım verme stresi ve bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde yoğunlaşmıştır (Kim ve Schulz, 2008; Minaya, Baumstarck, Berbis, Goncalves, Barlesi, Michel ve Auquier, 2012; Taşdelen ve Ateş, 2012; Karabuğa ve Pinar, 2013; Kahriman ve Zaybak, 2014). Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır (Girgis vd., 2011; Sklenarova vd., 2015; Lund, Ross, Petersen ve Groenvold, 2015).

Bakım Verme Kavramı

Bakım kavramının Türk Dil Kurumu' ndaki tanıma göre, herhangi bir şeyin iyi durumunun değişmemesi için gerekli olan tüm gereksinimlerin sağlanması ve giderilmesidir. İngilizcede 'care' kavramı koruma, sakınma, dikkat, kaygı anlamlarına gelmektedir (Altiok, Şengün İnan ve Üstün, 2011). Bakım çok boyutlu bir kavramdır, bireylerin kültürleri, değer yargıları, deneyimleri ve hastalarla olan ilişkileri bunu etkilemektedir (Altiok vd., 2011; Girgis vd., 2011).

Bakım verme, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Bu süreç genelde hasta kişinin tanısıyla, hastalık süreciyle ve hastanın hastalığının giderek kötüye gitmesiyle tam gün sorumluluk haline gelebilmektedir (Uğur ve Fadiloğlu, 2006; Girgis vd., 2011; Oberoi, White, Jefford, Giles, Bolton, Davis ... ve Kay, 2016). Bakım vericiler; hastanın bakımını yapmak ya da izlemekten sorumlu olan kişiler, evde bakım hizmetlerinde fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları değerlendirebilen kişilerdir. Tüm bunlardan birinci derece sorumlu olan kişiye de primer bakım verici denilmektedir. Primer bakım verici dört grupta incelenir; birinci tip bakım verici; tüm bakımın uygulanması ve izleminden sorumlu, ikinci tip bakım vericiler; bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almakta, üçüncü tip bakım vericiler; hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan, dördüncü tip bakım vericiler ise; bakımdan tamamen sorumlu olan kişilerdir (Uğur ve Fadiloğlu, 2006; İnci ve Erdem, 2008).

Bakım veren olmak, seçilemez veya planlanamaz bir durumdur. Bakım gerektiren hastalığın seyri ile belirlenmektedir (Girgis vd., 2011; Oberoi vd., 2016). Bakım, ev işleri gibi her zamanki aile aktivitelerinin de ötesine geçebilmektedir (Given vd., 2011) ve kanser hastalarının bakımı, hastalığın aktif tedavisinden sonra da devam etmektedir (Hodgkinson vd., 2007). Bakım veren birçok kişi bu süreci; işsizlik, ev işleri, ebeveyn rolü gibi sorumluluklarla birlikte yürütmek zorunda da kalmaktadır (Uğur ve Fadiloğlu, 2006; Girgis vd., 2011; Oberoi vd., 2016).

Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Kanser hastalarına çoğunlukla tedavisi sırasında ve sonrasında bakım aile üyeleri tarafından verilmektedir (Segrin, Badger, Dorros, Meek ve Lopez, 2007; Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh ve Rodin, 2007). Çünkü bakım verme kültürel bir çevre olan aile içinde öğrenilmektedir (Bektaş ve Can, 2014). Ailede bakım sorumlulukları; banyo yaptırma gibi hastanın fiziksel ihtiyaçlarını gidermek, evin

günlük işleri, hastanın ostomi torbası değişimi gibi teknik işler ve hasta olan kişiyi gerek acil gerekse rutin hastaneye götürmekten oluşmaktadır. Aile üyeleri, ailenin hasta üyesine bakım verme konusunda önemli rol almış olsalar da, kültürel ve ekonomik şartların değişmesi ile bakım verenin rolü zorlaşmıştır (Zarit, 2004; Given vd., 2011; Maguire, Papadopoulou, Kotronoulas, Simpson, McPhelim ve Irvine, 2013).

Bakım verme ve alma işi, verici kişinin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun süreci olan bir zorunluluğa dönüşmekte, bakım vericinin aile ilişkileri, çalışma, eğlence, sosyal yaşam rolleriyle bakım rolleri arasında uyum sorunu yaşanmaktadır. Bakım vericide psikosomatik hastalık, anksiyete ve depresif semptomlar artmakta ve kişinin yaşamını zorlaştırmaktadır (Silver ve Wellman, 2002; Erdoğan ve Yavuz, 2014). Ayrıca bakım verme süreci, kanser hastasının uzun süren hastalık sürecinde hastaya gerekli ilgi ve desteği sağlama, bazen de günlük yaşam aktivitelerini kapsayan destek verme veya hastaya farklı gereksinimlerinde yardım etme tam zamanlı bir iş haline gelmektedir (Kim ve Schulz, 2008; Girgis ve Lambert, 2009). Yani haftalık bakım verme saatinin ortalama 40 saatin üzerine çıktığı ve bunun sonucunda işsizlik yaşadıkları bildirilmektedir (Bektaş ve Can, 2014).

Bakım verenler, bakım verme sürecinde eğitim almamış ya da az bilgi ve kaynağa hakim olabilmektedirler (Van Ryn, Sanders, Kahn, Van Houtven, Griffin, Martin, ... ve Rowland, 2011). Bu da bakıcıların kanser bakımıyla ilgili deneyimleri, özellikle bilgi tedarik etme ve kanser yörüngesinin farklı aşamalarında sağlık uzmanları tarafından duygusal destek konularında karşılanmamış ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaktadır (Morasso, Capelli, Viterbori, Di Leo, Alberisio, Costantini, ... ve Tirelli, 1999). Bakım verenler; denetleme, sosyal destek sağlama, izleme, önceden tahmin etme, yorumlama, karar verme, savunma, koordine etme ve problem çözme becerilerine ihtiyaç duyabilmektedirler (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd ve Dibble, 2000).

Onkolojide destekleyici bakım, kanser tanısından önce, tanı ve tedavi boyunca, iyileşme ya da palyasyonda, terminal dönem veya yas sürecinde hastanın ve ailesinin baş etmesine yardım etmektedir. Aynı zamanda tedavinin yararlarını en üst düzeye çıkarmak ve hastalığın etkileriyle mümkün olduğu kadar kaliteli yaşamak için hastaya yardım eden aktiviteleri ve sağlık hizmetlerini de içermektedir (Yıldırım vd., 2013; Sklenarova vd., 2015). Kanser hastalarının ve bakım verenlerinin, hastalık ve tedaviyle başetmede yardım gereksinimleri orta veya yüksek düzeydedir. Bu nedenle etkili, yüksek kaliteli kanser bakımı sadece anti-kanser tedavinin uygulanmasıyla sınırlandırılmamaktadır (Schofield vd., 2006). Hastaların ve bakım verenlerinin destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek, hastalığa bağlı stresi ve bakımdan memnuniyetsizliği azaltacak, yaşam kalitesini yükseltecek, sağlık harcamalarının artmasını önleyecektir (Maguire vd., 2013).

Bakım verenler, kanserli hastaya bakım verirken kendi gereksinim ve duygularını önemsememektedirler. Ayrıca kendi sorumluluklarını da tam olarak yerine getiremeyebilirler. Bu süreçte sağlıklarını korumaları için; aktif olmak, yediklerine dikkat etmek, yeterli uyumak, yeterli istirahat, sağlık kontrollerini yaptırmak, mola vermek, sınırların farkında olmak, günlük tutmak, aile

üyelerini ve arkadaşları aramak, spiritüel yönü geliştirmek, duygu ve kaygı ile ilgili sağlık personelinin yardım almak, bakım verenlerle ilgili destek gruplarına katılmak, akraba ve arkadaşlarla görüşmek, bakım programları hakkında bilgi edinmek, kişinin kendi haklarını bilmesi gerekmektedir (Bektaş ve Can, 2014). Güncel kanıtlar bakım verenlerin hasta ile ilişkili destekleyici bakımda, kanser alanlarında duygusal / ruhsal, fiziksel ve profesyonel bakımla ilgili bilgili olması gerektiğini önermektedir (Girgis vd., 2011).

SONUÇ: Kanser hastalarına bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanması hastaların yaşam kalitelerinde iyileşmeye katkı sağlamaktadır. Bunun için bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi önerilmektedir.

ALANA KATKI: Sağlık profesyonelleri tarafından, bakım verenlere uygun girişimlerin planlanması ve daha sonraki aşamada yapılacak girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi için karşılanmamış bakım gereksinimlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin ölçülmesi, bu gereksinimlerin ne derece karşılandığının belirlenmesine ilişkin farkındalığın artmasına ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacaktır.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS): Kanser hastasına bakım veren kişi önemlidir. Bakım verenin destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Kanser hastasının kaliteli bakım alması bu sürece bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: { Bakım veren, kanser, destekleyici bakım, hemşirelik }

KAYNAKLAR

1. Altıok, Ö. H., Şengün İnan, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (3),137-140.
2. Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486.
3. Bektaş, H. & Can, G. (Ed.) (2014). Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım. *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri; 933-941.
4. Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden Morbidity In Cancer: Spouse Caregivers. *Journal Of Clinical Oncology* 25(30), 4829-4834.
5. Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4),248-25.
6. Erdoğan, Z., & Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 23(4).
7. Girgis, A.& Lambert, S. (2009). Caregivers Of Cancer Survivors: The State Of The Field. *In Cancer Forum*, 33(3),168.

8. Girgis, A., Lambert, S. & Lecathelinais, C. (2011). The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development and psychometric evaluation. *Psycho-Oncology*, 20(4), 387-393.
9. Given, B. A., Sherwood, P., & Given, C. W. (2011). Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 20(10), 2015-2021.
10. Hodgkinson, K., Butow, P., Hobbs, K. M. & Wain, G. (2007). After cancer: the unmet supportive care needs of survivors and their partners. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 25(4), 89-104.
11. İnci, F. H., & Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği [Validity and reliability of the Burden Interview and its adaptation to Turkish]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Atatürk University Nursing School]*, 11(4), 85-95.
12. Jansen, F., Van Uden-Kraan, C. F., Van Zwieten, V., Witte, B. I. & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2015). Cancer survivors' perceived need for supportive care and their attitude towards self-management and health. *Supportive Care in Cancer*, 23(6), 1679-1688.
13. Kahrman, F., Zaybak, A. (2014). Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*; 16(8), 3313-3317.
14. Karabuğa Yakar H. & Pinar R. (2013). Reliability and validity of Turkish Version of the Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14:4, 017-21.
15. Kim, Y. & Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503.
16. Loughery, J. & Woodgate, R. (2015). Supportive care needs of rural individuals living with cancer: A literature review. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(2), 157-166.
17. Lund L, Ross L, Petersen M.A. & Groenvold M. (2015). The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. *Support Care Cancer*, 23, 1719–1733.
18. Maguire, R., Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Simpson, M. F., McPhelim, J. & Irvine, L. (2013). A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 449-464.
19. Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F., Michel, G., ... and Auquier, P. (2012). The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 48(6), 904-911.
20. Morasso, G., Capelli, M., Viterbori, P., Di Leo, S., Alberisio, A., Costantini, M., ... & Tirelli, W. (1999). Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *Journal of pain and symptom management*, 17(6), 402-409.
21. Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M. & Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *In Seminars in Oncology Nursing*, 28 (4), 236-245
22. Oberoi, D. V., White, V., Jefford, M., Giles, G. G., Bolton, D., Davis, I., ... & Kay, A. (2016). Caregivers' information needs and their 'experiences of care' during treatment are associated with elevated anxiety and depression: a cross-sectional study of the caregivers of renal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4177-4186.
23. Schofield, P., Carey, M., Bonevski, B. & Sanson-Fisher, R. (2006). Barriers to the provision of evidence-based psychosocial care in oncology. *Psycho-Oncology*, 15(10), 863-872.
24. Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research In Nursing & Health*, 23(3), 191-203.

25. Segrin, C., Badger, T., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(7), 634-643.
26. Silver, H. J. & Wellman, N. S. (2002). Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(6), 831-836.
27. Sklenarova, H., Haun, M. W., Krümpelmann, A., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M. & Hartmann, M. (2015). Psychometric evaluation of the German Version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-PandC-G) of cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 24(6), 884-897.
28. Taşdelen, P. & Ateş, M. (2012). Evde bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (3), 22-29.
29. Uğur, O. & Fadiloğlu, C. (2010). Caregiver Strain Index” validity and reliability in Turkish society. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11, 1669-1675.
30. Van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., Van Houtven, C., Griffin, J. M., Martin, M., ... & Rowland, J. (2011). Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? *Psycho-Oncology*, 20(1), 44-52.
31. Yıldırım, N. K., Kaçmaz, N. & Özkan, M. (2013). Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4).231-240.
32. Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1811-1812.

LİSANSÜSTÜ HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE İLİŞKİN BİR METAFOR ANALİZİ

¹Öznur Usta Yeşilbalkan, ²Derya Çınar, ¹Ayfer Karadakovan

¹ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

GİRİŞ: Türk Dil Kurumu metaforu mecaz sözcüğü ile eşanlamli olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre metafor/mecaz; “bir ilgi veya benzetme sonucu gerçek anlamından başka anlamda kullanılan söz” veya “bir kelimeyi veya kavramı kabul edilenin dışında başka anlamlara gelecek biçimde kullanma” dır(1). Metaforlar, insanların belli bir olguyu başka bir olgu ile görmesini sağlayan zihinsel modellerdir (2). Bir olgu ya da kavramın nasıl algılandığını benzetme yoluyla bilinen kavramlar olarak ifade edilmesidir (3). Bu süreçte ilk olarak anlamlandırılmak istenen soyut bir olgu ya da kavram, bu olgu veya kavramı anlamlandırmada kullanılan somut bir olgu ve son olarak iki olgu arasındaki benzeşmeler değerlendirilir (4).

Metaforlar; hemşirelere "beceri, bilgi ve tutumlarını daha iyi anlama, bu özellikleri birleştirerek davranışlarına ve yaşamlarına yansıtma, düşüncelerini ve duygularını yaratıcılıkla ifade etmenin bir yoludur"(5). Hemşirelik mesleğinin metaforlar yoluyla incelenmesi hemşirelik mesleğini tanımlamak, anlamak ve keşfetmek için eşsiz bir fırsat sunar. Metaforlar yoluyla hemşirelik mesleğine çok yönlü bir anlam kazandırma ve yeni anlayışlar geliştirmenin yanısıra, uygulamalarını nasıl tanımladıklarını, öncelik verdiklerini ve içselleştirdiklerini anlamak için güçlü bir kazanç elde edilebilir (6). Sharroff hemşirelerin metafor algılarını; hemşirelik uygulamaları ile belirsizlik ve karmaşıklıklara bir pencere olarak tanımlamıştır (5). Hemşirelerin farkındalığını arttırmaya ve hemşireliğe odaklanan, hemşirelik sürecinde iyileştirici bakımla ilgili ahlaki etik kavramlarına yönelik birçok metafor çalışması yapılmıştır (5, 7-11). Bu çalışma Türkiye’ de lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin “*hemşirelik mesleği*” kavramına ilişkin algılarını belirlemek için metafor analizi yapılan ilk çalışmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma; karma tipte (nitel ve nicel bir çalışma modeli kullanılarak) tanımlayıcı bir araştırmadır. İzmir’ de bir üniversitenin lisansüstü hemşirelik öğrencileri ile 25 Haziran-25 Ağustos 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini; amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenen, araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 85 lisansüstü hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmaya başlamadan önce üniversitenin Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı alınmıştır. Veriler; araştırmacılar tarafından alan yazın taranarak hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” kullanılarak katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmanın amacı açıklandıktan ve katılımcılardan yazılı onam alındıktan sonra toplanmıştır. Bu amaçla; öğrencilerden ‘Hemşire..... gibidir. Çünkü.....’ sorusunu tamamlamaları ve tek bir

metafora odaklanarak düşüncelerini yazmaları istenmiştir. Metafor konusu ile ilgili "...gibidir" ifadesi kaynak oluştururken, çalışmada "çünkü..." ifadesi, katılımcıların makul bir temel veya neden ile kendi algılarını yansıtma fırsatı vermek için kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; katılımcılar tarafından üretilen metaforlar verileri sınıflandırma, kategorize etme, geçerlik ve güvenilirliği sağlama ve verilerin istatistiksel analizi işlem basamakları kullanılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların % 93.7' si kadın, yaş ortalaması 27±4.73, %67.1' i bekar, %81' i yüksek lisans öğrencisi ve %40.5' i klinisyen olarak çalışmaktaydı. Öğrenciler hemşirelik mesleğine ilişkin 50 adet metafor üretmişlerdir. En fazla üretilen iki metafor "anne" (n=7, %8.8) ve "melek" (n=7, %8.8) ifadeleridir. Bunu sırasıyla; "köle" (n=4, %5) ve "İsveç çakısı" (n=4, %5) metaforları takip etmektedir.

Katılımcılar tarafından üretilen metaforlar ortak özelliklerine göre 13 kavramsal kategori altında gruplandırılmıştır. "Tamamlayıcı" kategorisinde 18 (%22.7) öğrenci tarafından en yaygın kullanılan metaforlar; "anne" ve "İsveç çakısı", "Fedakar" kategorisinde 10 (%12.6) öğrenci tarafından "anne" ve "aile", "Yardımsever" kategorisinde 10 (%12.6) öğrenci tarafından "melek", "Bilgi/ güç kaynağı" kategorisinde 9 (%11.3) öğrenci tarafından "robot", "Yarar sağlayıcı" kategorisinde 8 (%10.1) öğrenci tarafından "ağaç", "Çalışkan" kategorisinde 6 (%7.5) öğrenci tarafından "arı", "Profesyonel" kategorisinde 8 (%10.1) öğrenci tarafından "profesyonel" ve "sanatçı", "Yapı taşı" kategorisinde 7 (%8.8) öğrenci tarafından "yıldız", "Değersiz" kategorisinde 7 (%8.8) öğrenci tarafından "köle", "Mücadeleci" kategorisinde 6 (%7.5) öğrenci tarafından "çiçek", "Bütüncül bakım verici" kategorisinde 5 (%6.3) öğrenci tarafından "dünya, ayna, terazi, kahraman, yapıtaşı", "Bilgi sağlayıcı" kategorisinde 3 (%1.2) öğrenci tarafından "bilgisayar, makine, akıllı telefon" ve "Rehber" kategorisinde 3 (%1.2) öğrenci tarafından "rehber, gemi dümeni, toprak" en yaygın kullanılan metaforlar olarak saptanmıştır.

Katılımcılar tarafından üretilen toplam 50 metafordan 38' inin (%76) olumlu ve 12' sinin (%24) olumsuz anlam içerdiği bulunmuştur. Yapılan ki-kare testinde; katılımcıların çalışma süreleri arttıkça olumlu metafor oranında düşüş, olumsuz metafor oranında artış bulundu ($p<0.005$). Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise 31 yaş ve üzeri katılımcıların olumlu metafor oranları diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0.005$). Katılımcıların ürettikleri metaforların kategorilerinin yaş gruplarına ve çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediği ki-kare analizi ile test edilmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA: Bu çalışmanın planlanmasında; hemşirelik mesleğindeki bu gelişmelerin hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin mesleğe ilişkin algılarını nasıl etkilediği, zaman içerisinde değişiklik gösterip göstermediği/ nasıl değiştiği ve metaforik değerlendirmeleri temel alınmıştır.

Kale ve Çiçek' in hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin metafor algılarını inceledikleri çalışmada; hemşirelerin en çok kullandıkları metaforların köle (%16,4), amele (%15,4) ve melek (%13,2) olduğu bildirilmiştir (12). Ayrıca çalışmada; mesleğin zorlukları ve çalışma koşullarının yetersizliğine ilişkin (köle, amele, arı, makine, robot, atom karınca, saat) ve mesleğin yüceltildiğine

ilişkin (melek, anne, kardeş, sabır taşı, hızır, liman, sokak lambası) metaforlar tespit edilmiştir (12). Sharroff' un yaptığı bir çalışmada mesleğe yönelik olumlu algıları yansıtan (kelebek, evren, ışık, melek, okyanus) metaforlar üretilmiştir (6).

Çalışma bulgularımızda da lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin en çok kullandıkları metaforlar anne (%8.8), melek (%8.8), köle (%5) ve İsveç çakısı (%5) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hemşirelik mesleğinin güçlü yönlerini ön plana çıkaran (anne, melek, sanatçı, ağaç, aile, çiçek, yıldız, dünya, rehber, profesyonel) ve mesleğin zorluklarına değinen (köle, İsveç çakısı, robot, fabrika, makine, tampon, tükenen mum) metaforlar ürettikleri saptanmıştır. Çalışmada üretilen metaforlar alan yazın benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda da anne ve melek metaforları en sık kullanılan metaforlar olup, bakım veren ve yardım eden anlamları ile hemşireliğin iyileştirici yönüne dikkat çekmiştir. Çalışma bulgularına göre öğrenciler tarafından en fazla üretilen metaforların oluşturduğu metaforlar kategorize edildiğinde en çok; tamamlayıcı, fedakâr ve yardımsever, yarar sağlayıcı ve çalışkan kategorileri olduğu saptanmıştır. Bu kategorilerin daha çok hemşirelerin geleneksel rollerini içerdikleri belirlenmiştir. Hemşireliğin çağdaş rollerini içeren profesyonel, bilgi/ güç kaynağı, bütüncül bakım verici, mücadeleci ve rehber kategorilerinde yer alan metaforların daha az sayıda öğrenci tarafından üretildiği tespit edilmiştir.

Çalışma sonuçlarımıza göre katılımcıların çalışma süreleri arttıkça hemşirelik mesleğine yönelik olumlu metafor kullanımının azaldığı saptanmıştır. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri arttıkça; mesleğin zorlukları ve çalışma şartlarının ağırlığı karşısında fiziksel ve ruhsal olarak yıprandıkları için Hemşirelik mesleğine ilişkin olumlu metafor algılarının azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca başka çalışmalarda da hemşirelerin çalışma ücretleri, özlük hakları, çalışma koşullarının yetersiz ve tehlikeli olması, liyakat olmaması, takdir edilememe gibi örgütsel nedenlerin yanı sıra, sağlık hizmeti verdikleri sırada yaşanan iletişim yetersizliği, değer verilmeme gibi toplumsal nedenlerin de etkili olabileceği bildirilmiştir (12,13).

SONUÇ: Çalışma bulgularına göre lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğini nasıl algıladıklarına yönelik ürettikleri metaforlar mesleğe bakış açısından önemli sonuçlardır. Metaforlar hemşirelik mesleğinin güçlü ve zayıf yönlerini, rol ve sorumluluklarını yerine getirirken yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu kapsamda değerlendirdiğimizde meslekte üst düzey eğitim alan katılımcıların idealist bir yaklaşımla mesleği geliştirmeye, çağdaş rollerini yerine getirmeye ve meslek statüsünü korumaya yönelik farkındalık yaratacağı tahmin edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük. www.tdk.gov.tr (Erişim Tarihi:10.09.2017).
2. Saban A. İlköğretim I. Kademe Öğretmen Ve Öğrencilerinin Bilgi Kavramına İlişkin Sahip Oldukları Zihinsel İmgeler. İlköğretim Online, 2008;7(2):421-455.

3. Yılmaz F, Göçen S, Yılmaz F. Öğretmen Adaylarının Öğretmen Kavramına İlişkin Algıları: Bir Metaforik Çalışma. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013;9(1):151-164.
4. Şenel M. İngilizce Öğretmenliği Bölümü Öğrencilerinin Cep Telefonu İle İlgili Algılarının Metaforlar Aracılığıyla Analizi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2016;24(4): 1749-1764.
5. Sharoff L. Metaphors: A Creative Expression of Holistic Nursing. Spirituality Health Int. 2007;8:9–19.
6. Sharoff L. Expressiveness and Creativeness Metaphorical Images of Nursing. Nursing Science Quarterly, 2009;22(4):312-317.
7. Milton C. Common Metaphors In Nursing Ethics. Nursing Science Quarterly, 2009;22:318–322.
8. Wurzbach M. The Moral Metaphors of Nursing. J Adv Nurs. 1999;30:94–99.
9. Engebretson J. Hands-on: The Persistent Metaphor In Nursing. Holist Nurs Pract. 2002;16(4):20–35.
10. Gokenbach V. Team of Eagles: The Power of Metaphor In Transformation. Nurse Leader. 2006;4:52–55.
11. Sharoff L. Creative Power of Metaphorical Expression. J of Holistic Nursing. 2013;31(1): 6 -18.
12. Kale E, Çiçek Ü. Hemşireliğe İlişkin Metafor Algısı. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2015;3(2):142-151.
13. Tortumluoğlu, G., Daştan A. Ve Verep, S. (2004). Erzurum İlinde Bir Grup Sağlık Personelinin Mesleki Sorun, Bu Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri Ve Mesleki Beklentilerinin Saptanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004;12(1):1-14.

Bildiri No: S-3

**PALYATİF BAKIMDA MÜZİK TERAPİNİN AĞRI ÜZERİNE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALARIN SİSTEMATİK
DERLEMESİ**

Selma TURAN KAVRADIM, Prof. Dr. Zeynep ÖZER

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Antalya, Türkiye

GİRİŞ: Palyatif bakım, dünyada son 20 yılda tedavisi zor ya da mümkün olmayan hastalıklarda bireylerin acılarını hafifletmeye yönelik tıbbi ve destekleyici tedaviler kapsamında sağlık sistemi içinde yer almaktadır (Kabalak, 2017). Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarda hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerin erken tespit ve tedavisiyle ilgilenen bir yaklaşımdır (WHO, 2018). Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri 81 ilde 4.469 yatak ile 341 Sağlık tesisi tarafından devam etmektedir (SB, 2018).

Palyatif bakımda öncelikli olarak ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesi hedeflenmektedir. Palyatif bakımda semptom yönetimi arasında önemli bir yer tutan "ağrıya" yönelik temel yaklaşım ilaç tedavisidir. İlaç tedavisinin etkinliğini artırma ve gerekli ilaç miktarını azaltmada masaj, meditasyon, hipnoz, aromaterapi akupunktur gibi tamamlayıcı terapiler kullanılmaktadır (PCA, 2018). Bu girişimlerle birlikte müzik terapisinin de palyatif bakımda ağrı, rahatlama, iyilik hali üzerinde kullanıldığı bilinmektedir. Amerikan Müzik Terapisi Derneği'ne göre "müzik terapisi, onaylanmış bir müzik terapi programını tamamlamış bir uzman tarafından terapötik bir ilişki içinde bireyselleştirilmiş hedeflere ulaşmak için müzik müdahalelerinin klinik ve kanıta dayalı kullanımınıdır." Bu sistematik derlemenin amacı palyatif bakımda ağrıyı azaltmada müzik terapisinin etkinliğini değerlendirmektir.

AMAÇ: Bu sistematik derlemenin amacı palyatif bakımda ağrıyı azaltmada kullanılan müzik terapisi girişimlerinin etkinliğini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmada rutin bakım ile müzik terapisi girişimlerinin ağrı yönetimi üzerine etkinliğinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen sistematik bir inceleme gerçekleştirilmiştir. Bu sistematik derleme Cochrane kılavuzu doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Higgins, 2011).

Palyatif bakımda ağrıyı azaltmada müzik terapisinin etkinliğini değerlendiren çalışmaları belirlemede İngilizce ve Türkçe dillerinde Cochrane, CINAHL complete, Medline ve PubMed veri tabanları taranmıştır. Arama terimleri PICOS'a göre belirlenmiş "müzik terapisi, ağrı yönetimi, palyatif bakım, yaşam sonu bakımı, terminal bakım" anahtar kelimelerin kombinasyonları kullanılmıştır. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri PICOS'a göre belirlenmiştir.

BULGULAR: Literatür taraması sonucunda Cochrane Library'den 85, CINAHL Complete'den 14, Ebscohost Medline'dan 18 ve PubMed'ten 14 çalışma olmak üzere toplam 85 çalışmaya ulaşılmış ve dahil edilme ve dışlama kriterleri doğrultusunda 3 çalışma derlemeye dahil edilmiştir. Toplamda 368 hastanın alındığı üç çalışmadan iki çalışma Almanya, bir çalışma ise Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmıştır. Tüm çalışmalar randomize kontrollü çalışma dizaynına sahiptir. Birinci çalışma Worth ve arkadaşları (2015) tarafından Almanya'da bir hastanede palyatif bakım alan 84 hastada girişim (n=42) ve kontrol grubu (n=42) üzerinde yapılmıştır. Girişim grubuna 2 oturumda 15-20 dakikalık müzik terapisi ve gevşeme egzersizleri, kontrol grubuna ise sadece aynı sürede gevşeme egzersizleri uygulanmıştır. Ağrıyı değerlendirmede visual analog skala kullanılmıştır. Çalışma sonuçları girişim grubunda kontrol grubuna göre relaksasyon ve iyilik halinin arttığı fakat ağrı düzeyinin değişmediği görülmüştür (F = 0.4; p = 0.53). İkinci çalışma Gutgsell ve Schluchter (2013) tarafından ABD'de bir hastanede palyatif bakım alan 200 hastada girişim (n=100) ve kontrol grubu (n=100) üzerinde yapılmıştır. Girişim grubuna çevresel faktörler (ışık, ses, uyarıların azaltılması) kontrol altına alındıktan sonra yavaş tempoda düşük ses seviyesinde 20 dakikalık müzik terapisi, kontrol grubuna ise sadece standart bakım (analjeziklerle planlanmış tıbbi ve hemşirelik bakımı) uygulanmıştır. Ağrıyı değerlendirmede fonksiyonel ağrı ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonuçları girişim grubunda kontrol grubuna göre ağrı ölçeği puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düştüğü görülmüştür ([95% CI] -1.4 [-2.0, -0.8]; p <0.0001). Üçüncü çalışma Worth ve arkadaşları (2016) tarafından Almanya'da palyatif bakım merkezinde 84 hasta ile yapılmıştır. Ağrıyı değerlendirmede visual analog skala kullanılmıştır. Girişim grubuna 30 dakikalık iki oturumlu canlı müzik terapisini uygulanmıştır. Müzik terapisinin vasküler sempatik tonüste güçlü bir azalmaya neden olduğunu ve palyatif bakımdaki tedavi ağrısında kullanılabileceği belirtilmiştir.

SONUÇ: Bu sistematik derleme müzik terapisinin palyatif bakım hastalarında ağrı şiddetini azaltabileceğini göstermiştir. Fakat girişiminin uygulandığı randomize kontrollü çalışma sayısının az olması nedeniyle genelleme yapılamamaktadır. Çalışma bulguları literatürle de paralellik göstermektedir (Bowers ve Wetsel, 2014; Gao et al., 2018). Ancak çalışmalarda müzik terapisinin etkinliğinin hastalığın ve ağrının tipi ve palyatif bakım merkezinin ağrıyı yönetim biçimine göre de değişebileceğini belirtilmektedir (Gutgsell ve ark., 2013; Warth ve ark., 2015; Warth ve ark., 2016).

KAYNAKLAR

1. American Music Therapy Association. What is Music Therapy. <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>. Accessed January 10, 2018.
2. Bowers, T.A. Wetsel, M. A. (2014). Utilization of Music Therapy in Palliative and Hospice Care: An Integrative Review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *16* (4), 231–239. doi: 10.1097/NJH.0000000000000060
3. Gao, Y., Wei, Y., Yang, W., Jiang, L., Li, X., Ding, J., & Ding, G. (2018). The effectiveness of music therapy for terminally ill patients: A meta-analysis and systematic review. *J Pain Symptom Manage*. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504
4. Gutschell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., Degolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., & ... Wiencek, C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal Of Pain & Symptom Management*, *45*(5), 822-831. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008
5. Higgins, J. (2011). Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Confidence intervals.
6. Kabalak, A. Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları, *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2017;10(1):7-12
7. Palliative Care Australia (PCA, 2018). Learn more about pain and pain management, <https://palliativecare.org.au/resources/learn-more-about-pain-and-pain-management>.
8. Sağlık Bakanlığı (SB, 2018). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
9. Warth, M., Kessler, J., Hillecke, T. K., & Bardenheuer, H. J. (2016). Trajectories of Terminally Ill Patients' Cardiovascular Response to Receptive Music Therapy in Palliative Care. *Journal Of Pain & Symptom Management*, *52*(2), 196-204. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.01.008
10. Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K., & Bardenheuer, H. J. (2015). Music Therapy in Palliative Care. *Deutsches Aertzblatt International*, *112*(46), 788-794. doi:10.3238/arztebl.2015.0788
11. World Health Organization (2018). Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi

KANSER HASTALARINDA KONSTİPASYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Nazlı Öztürk, Fatma Arıkan

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ: Konstipasyon kanser hastalarının yaklaşık %60'ında görülen yaygın bir sorundur ve kadın hastalardaki konstipasyon insidansının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Wickham 2017; Gonzales vd., 2016). Kanser hastalarında konstipasyon, ağrı ve anoreksiyadan sonra gelen üçüncü ortak semptomdur ve hastaların %43 ila %58' inin hastalığın ilerleyen dönemlerinde bu semptomla karşılaştığı rapor edilmiştir (Wickham 2017). Opioid analjezik kullanan terminal dönem kanser hastalarında ise konstipasyon prevalansı %60' lardan %87' lere varan oranlarda değişmektedir (Zhe 2016).

Dünya Gastroenteroloji Örgütü, ROMA kriterlerine göre herhangi bir şekilde laksatif kullanmayan kanser hastalarının önceki 12 ay boyunca herhangi bir 12 haftalık zaman diliminde aşağıdaki 5 maddeden en az ikisini rapor etmesi durumunu konstipasyon olarak tanımlanmaktadır:

1. Haftada 3' ten az bağırsak hareketlerinin olması
2. Defekasyonların %25' inden fazlasında sert dışkı bulunması
3. Defekasyonların %25' inden fazlasında tam boşalamama hissi
4. Defekasyonların %25' inden fazlasında aşırı zorlanma
5. Defekasyonların %25' inden fazlasında dijital manipülasyon (Yıldırım & Fadıloğlu 2017).

Kanser hastalarında konstipasyonun olası nedenleri Tablo 1' de gösterilmiştir

Tablo 1. Kanserli hastalarda olası konstipasyon nedenleri (Wickham 2017)

Organik	Fonksiyonel	İlaçla ilişkili
<ul style="list-style-type: none">• İnce bağırsak hastalıkları• Kanserle ilişkili (anatomik disfonksiyon, serebral tümör, gastrointestinal obstrüksiyon, pelvik tümörler, sakral sinir infiltrasyonu, spinal kord sıkışması)• Divertikülit, Megakolon• Metabolik nedenler (dehidratasyon, hiperkalisemi, hipokalemi, üremi, hipotroidizm, diyabet)• Nörolojik durumlar• Rektoanal durumlar, Rektoanal inflamasyon• Diğer hastalıklar (DM, Parkinson hastalığı, spinal kord yaralanmaları)	<ul style="list-style-type: none">• Çevresel/kültürel (utanma, tuvalet gereksinimini karşılarken yardımcı bulunma durumu vb.)• Yetersiz sıvı alımı• Düşük lifli diyet• Uzamış kolon pasajı• Ağrılı defekasyon• Yorgunluk/güçsüzlük• Diğer (yaş, hareketsizlik, depresyon, sedasyon, kaşeksi)	<ul style="list-style-type: none">• Opioidler• Antibiyotikler• Antikolinergikler• Antikonvülsan• Antihipertansif• Kemoterapi ajanları• NSAİ' ler• Nöroleptikler• Antiemetikler

AMAÇ: Konstipasyon tedavisinde amaç; feçesteki su miktarını düzenleyerek hastanın zorlanmadan yumuşak dışkılamasını sağlamaktır (Yurdakul 2007; Sözeri & Kutlutürkan 2018). Buna yönelik olarak farklı formlarda laksatif ilaçlar kullanılmaktadır. Hacim oluşturan laksatifler; feçesin su ve hacim bakımından artmasına yol açıp kolon motilitesini arttırarak kolon transit zamanını kısaltarak etki göstermesinin yanında tedavinin etkili olabilmesi için hastanın bol su tüketmesini gerektirir (Bengi, Yalçın & Akpınar 2014; Yurdakul 2007). Osmotik laksatifler ise intestinal lümende basınç farkı yaratarak defekasyonu kolaylaştırır. Stimülan laksatifler kolon myenterik aktiviteyi uyurarak peristaltik kontraksiyonların artmasına neden olurlar (Bengi, Yalçın & Akpınar 2014; Topçuoğlu 2007). Ayrıca bunlara ek olarak 5HT4 Reseptör antagonistleri ve Klorid kanal aktivatörleri de diğer tedavi seçenekleridir (Yurdakul 2007). Opioid tedavisinin yan etkisi olarak hastada gelişen konstipasyonda opioid reseptör antagonistleri kullanılabilir ancak bu antagonistler kan beyin bariyerini geçtiği için hastanın ağrısının şiddetinin artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Sözeri & Kutlutürkan 2018).

Nonfarmakolojik yöntemler arasında; kontrendikasyon yoksa günlük sıvı alımının arttırılması (Günde en az 8 bardak su içilmesi), prebiyotik kullanılması, tahıl ürünleri, kuru baklagiller, taze sebze ve meyveler gibi lif içeriği yüksek besinler tüketilmesi ayrıca posa bırakan kabuklu ve çekirdekli meyveler, kayısı ve erik kompostosu, pişmiş sebzeler, fındık ve kepek ekmeği tüketilmesi yer almaktadır (Can 2014; Can 2014; www.cancer.gov.tr). Ayrıca nörojenik ya da fiziksel sorunları olan konstipasyonlu hastalarda ise rektoanal koordinasyon eğitim amacıyla biyofeedback kullanılabilir (Bengi, Yalçın & Akpınar 2014). Hemşire; hastanın bağırsak fonksiyonlarını günlük olarak değerlendirmelidir (Bağırsak sesleri, dışkılama sayısı ve dışkı niteliği vb.) (Akyol 2017). Buna ek olarak hastanın tam kan sayımı değerleri ve tanı testleri kontrol edilerek hasta nötropenik ya da trombositopenik ise enema ve rektal supozituar kullanımından kaçınılmalıdır (Ovayolu & Ovayolu 2016). Hastanın fiziksel aktivite durumuna göre mümkünse sürgü yerine tuvalete gitmesi, yataktan kalkamıyorsa yatak içi ROM egzersizleri ve abdominal tonusu arttırıcı egzersizler yaptırılması gerekmektedir (Can 2014; Can 2014). Hasta sürgü kullanmak durumundaysa mahremiyetine saygı gösterilmesi, defekasyon sırasında hastanın başının mümkün olduğunca yükseltmesi, bunun için uygun ortam oluşturulması (hasta yakınlarının dışarı çıkarılması, paravan çekilmesi vb.), hastaya bağırsak alışkanlığı kazandırılması da önemli hemşirelik girişimlerindedir (Can 2014; Enç 2014). Tüm bu hemşirelik girişimlerinin yanı sıra konstipasyonun hemşirelik yönetiminde en önemli konunun konstipasyonu önleme olduğu bunun içinde hastanın konstipasyonun işaretleri, ilaç yan etkileri, lifli beslenme, hidrasyon ve fiziksel aktivite gibi konularda bilgilendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

SONUÇ: Kanser hastalarında konstipasyon iyi yönetilmediği takdirde birçok komplikasyonu beraberinde getirmektedir. Defekasyon sırasında aşırı zorlanma ve sert dışkılama hastada anksiyete ve sıkıntıya, abdominal ve rektal ağrıya buna ek olarak abdominal distansiyon, anoreksiya, bulantı, kusma,

üriner retansiyon, konfüzyon, fekal inkontinans, hemoroidler, anal fissür, organ prolapsusları, fekal tıkaç, bağırsak tıkanması, bağırsak delinmesi ve hastaların iyilik halini etkileyen birçok olumsuz duruma yol açmaktadır (Zhe 2016; Bengi, Yalçın & Akpınar 2014; Cordero- Ponce & Romero- Sanchez 2008).

Konstipasyonun semptom yönetiminde hemşirenin rolü konstipasyon için risk grubunda olan hastaları kapsamlı bir şekilde değerlendirmekle başlar (Younes & Tawalbeh 2017). Ağrı nedeniyle sürekli opioid tedavisi gören bir onkoloji hastasında konstipasyon riskinin arttığı bilinmektedir (Gonzales vd., 2016). Ayrıca onkoloji hemşirelerinin, bakım kalitesini arttırmak için klinik alanlarda proaktive olmalarında yol gösterici olacak daha fazla ve daha ileri düzeyde çalışmalar planlanmalıdır (Smith 2001; Younes & Tawalbeh 2017).

Anahtar Kelimeler: { Konstipasyon, kanser hastaları, hemşirelik bakımı, nonfarmakolojik yöntemler. }

KAYNAKLAR

1. Akyol A.D. (2017). *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevleri.
2. Bengi, G., Yalçın, M., & Akpınar, H. (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2), 181-197.
3. Cordero-Ponce, M., & Romero-Sánchez, I. M. (2008). Nursing Cares in Constipation of The Oncology Patient. *Enfermeria clinica*, 18(2), 91-95.
4. Ovayolu Ö. & Ovayolu N. (2016). *Temel İç Hastalıkları ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Çukurva Nobel Tıp Kitabevi.
5. Yıldırım Y. & Fadiloğlu Ç. (2017). *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
6. Smith, S. (2001). Evidence-based management of constipation in the oncology patient. *European journal of oncology nursing*, 5(1), 18-25.
7. Öztürk, E. S., & Kutlutürkan, S. (2018). Kanser Ağrısının Yönetiminde Opioidlerin Kullanımına Bağlı Gelişen Konstipasyonun Yönetimi.
8. Younes, W. O., & Tawalbeh, L. I. (2017). *Journal of Palliative Care & Medicine*.
9. Can G. (2014). *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri.
10. Can G. (2014). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus*. Nobel Tıp Kitabevleri.
11. Topcuoğlu, P. (2007). Gastrointestinal sistem toksisitesi. Hematolojide destek tedavileri ve infeksiyonlar kursu, 16-18.
12. Enç N. (2014). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri.
13. Wickham, R. J. (2017). Managing Constipation in Adults With Cancer. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 8(2), 149.
14. Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H. F., Gaido, L., Yenulevich, M., Fulton, S., & McMillan, S. C. (2008). Putting Evidence Into Practice®: Evidence-Based Interventions for the Prevention and Management of Constipation in Patients With Cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(2).
15. www.cancer.gov.tr Erişim Tarihi:03.09.2018.
16. Yurdakul İ. (2008). Kronik Kabızlık, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:58.
17. Zhe, H. (2016). The assessment and management of constipation among patients with advanced cancer in a palliative care ward in China: a best practice implementation project. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 14(5), 295-309.

**CONTRIBUTIONS OF NURSES TO PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE IN PULMONARY REHABILITATION PROGRAMS: A
SYSTEMATIC REVIEW**

Aylin Helvacı, Zehra Gök Metin

Hacettepe University Faculty of Nursing, Medical Nursing Department

INTRODUCTION: In addition to the conventional pharmacological treatments, pulmonary rehabilitation (PR) programs for patients with COPD have been in use. These programs are conducted by a multidisciplinary team and aim to manage symptoms, improve disease progression, and increase quality of life (QOL) in COPD patients using approaches like arranging prescription, regular exercise, proper nutrition, cessation of smoking, energy conservation techniques, and stress management (1-4). Nurses with expertise in respiratory diseases, and community health fields provide important contributions to patients with COPD via education and counseling, home visit, and regular calls in PR programs. However, there have been no studies that evaluating contributions of nurses to patients with COPD in PR programs in a systematic manner. Thus, this review aims to provide insight for nurses' contributions to patients with COPD and to address the gaps in the literature.

MATERIAL AND METHODS

Design: This review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) statement.

Search strategy: Publications from PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Library and Science Direct published between January 1995 and April 2018 were searched for potential randomized controlled trials (RCTs).

Inclusion and exclusion criteria: The first author (AH) assessed abstracts from all the articles (n=120) using the following inclusion criteria: (1) RCT studies; (2) study sample comprising of adults (18 years and older) with COPD; (3) tested PR outcomes; (4) PR programs that involving nurses who made follow up calls, home visits, prepared education programs, and provided education and counseling for patients with COPD or their family caregivers and; (5) studies published in English language. Articles were excluded as follows: (1) focused on instrument development; and (2) those not published in English. (3) gray literature, and ongoing research.

Study selection: Two co-authors (AH, ZGM) independently read eligible articles and abstracted data on the following: study design: objective/aims: randomization procedures: patient characteristics, and sample size: eligibility criteria for patients: nurses' qualifications: PR team members: interventions, and usual care: variables: instruments: measurement frequency, and main findings.

Gray literature can include academic papers, including theses and dissertations, research and committee reports, government reports, conference papers, and ongoing research, among others

Data extraction and analysis: The extracted data included study methods, authors, year of publication, country, characteristics of participants (including age, gender, and disease stage), sample size, randomization, outcome measures, time points of assessment, and study results.

Risk of bias assessment: One reviewer (AH) applied the Cochrane risk of bias tool to assess risk of bias for each included study. The tool covers six domains of bias: selection bias, performance bias, detection bias, attrition bias, reporting bias, and other bias and risk of bias was judged as low, unclear or high.

RESULTS

Search results: The initial search retrieved 120 articles out of which 2 were duplicate. The first author (AH) assessed the abstracts of the remaining 118 articles reviewed based on inclusion criteria. After full-text review of the remaining 29 articles, 6 were excluded because they were not RCTs. Finally, 23 RCTs met the inclusion criteria set by the authors and were included in this review (Fig. 1).

Study characteristics: This systematic review analyzed 23 articles. The sample size of the studies ranged from 25 to 464 participants and a total of 3118 patients with COPD. The mean age of the participants in all the studies was 66.3 ± 8.4 years, and 53.9% (1699) of the patients were females. Ten studies included patients with stage I-IV COPD and only six studies composed of patients diagnosed with stage II-IV COPD. Nurses actively participated in PR programs called as practice nurse, respiratory nurse/registered nurse, professional nurse, community nurse, or home-care nurse in the studies. In thirteen of the studies practice nurses were trained in how to apply PR programme or observed at least once with the respiratory nurse or chest physician.

Risk of bias assessment: Ten studies were carried out as single blinded to avoid bias, two studies were blinded only the patients to the intervention, three studies were blinded the data analyze, while five studies were blinded the researcher who collected the data (Table 1).

PR Programs: The content of PR programs comprised of information on COPD including lung anatomy, respiratory mechanism, and pathophysiology and stages of COPD (n=21), frequently used medications (n=20), exacerbation management (n=19), daily exercises (n=17) and breathing retraining (n=15). Additionally, three studies included family caregivers who taught the patients about disease management. Six of the studies (n=6) followed the patients for one year while five of them (n=5) monitored the patients for 12 weeks. Nurses used phone-calls (n=13) to follow up the patients; the frequency of phone calls varied between 2 and 24 phone calls, or home visits (n=9), the frequency of home visits ranged from a minimum of one time to a maximum of eight times. The follow-up periods varied from a minimum of four weeks to a maximum of two years.

Nurses' contributions

In the light of the outcomes of the studies, the major contributions of nurses to patients with COPD in PR programs can be ordered as to alleviate symptom burden, to increase health status, to educate patients about COPD and its' symptoms, acute exacerbations, conventional/inhaler medications, use of oxygen, regular exercises, and healthy life styles i.e. nutrition, smoking cessation, self-care skills, and coping styles with stress.

DISCUSSION: This systematic review is the first study designed to demonstrate the contributions of nurses in PR programs structured for COPD patients. This review has an important role in showing the literature gaps and guiding the further studies for PR programs. In this context, a total of 23 studies were examined in terms of methods, findings, and limitations to present the prevailing data in this field.

In all these studies, there have been differences in characteristics of participants (older, younger, had current exacerbations, COPD stages), sample size, components of PR programs, duration of follow-up, usual care procedures and the evaluation tools. When these wide differences in research are considered, the results cannot be generalized to the entire population and to all COPD patients, and this makes drawing conclusions on the effects of PR programs on physical and psychosocial outcomes of COPD patients difficult.

The effects of PR programs on patients' results were mostly assessed by giving changes in health outcomes, QOL scale scores, and symptom frequency following PR programs. Although, PR studies performing only by the nurses is limited, nurses delivering PR programs focused on patient education on medications, use of oxygen, breathing exercises, healthy life styles, self-care skills and stress management (5). Additionally, nurses participated in PR programs as a multidisciplinary team member took common responsibilities in PR program including observing patients' symptoms, recording symptom frequency, making sure the patients use their medications in a proper manner or not, patients and their family caregivers' requirements during process (6, 7). From this point of view, nurses provide contributions by using educational booklets, effective education and communication methods, follow-up procedures via home visits or phone calls. Nurses more focused on deep breathing exercises, energy conservation techniques, and self-care strategies.

As COPD progresses, recurrent hospitalizations, deterioration of health status, limitations in daily living activities, and care dependency in COPD not only affect the patients but also their family caregivers (8). Family members providing care for patients with COPD experience major burden, stress, and anxiety, face challenges with changing familial roles (9, 10). Therefore, it is needed to integrate family caregivers to PR programs from the diagnosis of COPD.

CONCLUSION: We observed 5 key gaps in the trials to date of MBIs important for future research. We identified 4 key gaps in the studies to date of PR programs important for further studies. First, all of the participants had different stages of COPD, however, the content of PR programs was structured in a

standard manner rather than focusing on individual needs of patients. Second, the studies are structured as having the small sample size, not including the patients with stage 4 COPD and being single centered. Third, a few of the studies focused on family caregivers of patients with COPD, and not integrated them into the PR programs. Fourth, generally nurses aimed to alleviate of the severity of dyspnea, is the most common symptom of COPD. However, the majority of COPD patients suffer from cough, excessive mucus production, fatigue, sleep deprivation, malnutrition, e.g. that deteriorate the daily life of patients.

REFERENCES

1. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, Kuenzli N, Perez-Padilla R, Postma D, et al. An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2010;182(5):693-718.
2. Collins PF, Stratton RJ, Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*. 2012;95(6):1385-95.
3. Nici L, Bontly TD, ZuWallack R, Gross N. Self-management in chronic obstructive pulmonary disease. Time for a paradigm shift? *Annals of the American Thoracic Society*. 2014;11(1):101-7.
4. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2012;185(4):435-52.
5. Cameron-Tucker, H. L., Wood-Baker, R., Joseph, L., Walters, J. A., Schüz, N., & Walters, E. H. (2016). A randomized controlled trial of telephone-mentoring with home-based walking preceding rehabilitation in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 1991-2000.
6. Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *Bmj*. 2012;345:e7642.
7. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal medicine journal*. 2004;34(11):608-14.
8. Walters, J., Cameron-Tucker, H., Wills, K., Schüz, N., Scott, J., Robinson, A., . . . Walters, E. H. (2013). Effects of telephone health mentoring in community-recruited chronic obstructive pulmonary disease on self-management capacity, quality of life and psychological morbidity: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 3(9), e003097.
9. Strang S, Osmanovic M, Hallberg C, Strang P. Family Caregivers' Heavy and Overloaded Burden in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of palliative medicine*. 2018.
10. Krishnan S, Pappadis MR, Weller SC, Stearnes M, Kumar A, Ottenbacher KJ, et al. Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2017;96(7):487-505.

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜS SONRASI TEDAVİYE UYUM

Özlem Ceyhan, Songül Görüş, Züleyha Kılıç

Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/İç Hastalıkları Hemşireliği BD.

GİRİŞ: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), teşhis ve tedavi yöntemleri çok hızlı gelişim göstermesine rağmen, dünyada başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir (1). Kardiyovasküler hastalıklar arasında akut olarak ortaya çıkan ve ölüme en çok sebep olan Akut miyokard infarktüs (AMI)'üdür (2,3). AMI sonrası sağ kalımı belirleyen en önemli faktör koroner kan akımının tekrar sağlanmasıdır (4). Tekrar sağlanan koroner kan akımı sonrası tedaviye uyum sağ kalımı arttırmak ve hastanede yatışları azaltmak için oldukça önemlidir. Tedaviye uyum yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın sağlık personelinin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesidir (5).

Tedaviye uyum sağlamada taburculuk eğitimlerinin ve hasta takiplerinin düzenli olarak yapılması oldukça önemlidir. Uyumun artması AMI sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamalarını sağlamaktadır (6,7).

AMAÇ: Bu çalışma AMI geçiren bireylerin tedaviye uyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji yoğun bakım ünitesine AMI tanısı ile yatan, taburculuk sonrası ilk ay kontrollerine gelen ve alınma kriterlerine uyan 141 hasta ile yapılmıştır. Yoğun bakımda AMI geçiren hastalara diyetisyen ve sağlık ekibi tarafından beslenme ve ilaçlar konusunda bilgi verilmekte, düzenli taburculuk eğitimi yapılmamaktadır. Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formuyla toplanmıştır. Çalışmanın yapılması için etik kurul izni, kurum izni ve bireylerden yazılı onam alınmıştır. İstatistiksel olarak sayı, yüzde, Ki kare ve t testleri uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmada hastaların %73.0'nın erkek, %92.9'unun evli, %51.1'inin ilkokul mezunu, %66.7'sinin ilk kez MI geçirdiği, %39.0'nın halen sigara kullandığı, %62.4'ünün ek kronik hastalığı olduğu ve %43.3'ünün ailesinde kalp hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %45.4'ünün Non STMI tanısıyla kabul edildiği, %75.0'nın ilaçlarını düzenli kullandığı, %83.0'nın diyetine uymadığı ve %81.6'sının düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Taburculuk sonrasında hastaların %41.8'inin egzersiz yaptığı, %89.4'ünün diyetine uyduğu, %100.0'nın taburculuk sonrası başlanan antiagregan, antitrombolitik, beta bloker, ACE inhibitörü ve statin tedavisini düzenli olarak kullandığı belirlenmiştir.

Hastaların hastaneye yatış öncesinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, aile öyküsü, daha önce MI geçirme durumu ve başka kronik hastalığının olmasının hastaların düzenli ilaç kullanma, düzenli egzersiz yapma ve diyetlerine uyumlarını etkilemediği ($p>0.05$), sadece başka kronik hastalığı olanların düzenli egzersiz yapmada anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Taburculuk sonrası ise yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ve aile öyküsünün bireylerin ilaçları düzenli kullanma ve diyetlerine uyumları üzerine etkili olmadığı ($p>0.05$), ancak cinsiyetin düzenli egzersiz yapma durumları üzerine anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların laboratuvar değerlerinin hastaneye yattığında LDL 122.77 ± 57.52 , HDL 43.20 ± 22.62 , kolesterol 186.16 ± 45.38 olduğu, taburculuk sonrası LDL'nin 107.52 ± 21.18 , HDL'nin 41.80 ± 15.99 , kolesterol'ün 154.36 ± 38.58 'e düştüğü tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası yalnızca kolesterol değerindeki düşme anlamlılık göstermiştir ($p <0.05$).

TARTIŞMA: AMI sonrası hastaların fiziksel değişikliklerin yanında korku, kaygı, güçsüzlük, umutsuzluk ve stres yaşadıkları belirtilmektedir (8-11). Bu durum bireylerin yaşam şekli değişikliği, bunu anlama ve sürdürmeyle ilgili yoğun endişeler yaşamalarına neden olmaktadır (12). Bunu önlemek ve bireyin normal yaşamına dönmesini sağlamak için tedavi ve bakıma uyumunu sağlamak önemlidir. Bu çalışmada AMI gibi akut ve hayatı tehdit eden bir durum sonrası hastaların tedaviye uyum durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yapılan çalışmalarda AMI geçiren kadınlarda, yaşlılarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde tedaviye uyum düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (8). Literatürden farklı olarak bu çalışmada yaş ve sosyoekonomik durum tedaviye uyumda farklılık oluşturmamış, cinsiyetin tedaviye uyumda etkili olduğu saptanmıştır.

Hastalardaki dislipidemi, yüksek total ve LDL kolesterol düzeyi, düşük HDL kolesterol düzeyi yaşam şekli değişiklikleri ile düzenlenebilmektedir. Aynı zamanda fiziksel aktivite yapmama ve zararlı diyet alışkanlıkları gibi değiştirilebilir davranışlar da düzenlenebilmektedir (13,14). Çalışmada literatürle benzer olarak hastaların taburculuk sonrası düzenli egzersiz yapma ve diyet uyumlarının yüksek oranda arttığı, tamamının ilaçlarını düzenli kullanmaya başladığı saptanmıştır. Ayrıca dislipidemi bulgularının düşme gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum tedaviye uyumla birlikte düzenli egzersiz ve diyetin etkisinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

SONUÇ: Çalışmada hastaların çoğunun AMI öncesi ilaç, diyet ve egzersizlerine uyumunun düşük olduğu, taburculuk sonrası uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Hastalara planlı taburculuk eğitimlerinin hemşireler tarafından düzenli olarak verilmesi önerilmekte, bunun uyumu artıracığı ve tekrarlı infarktüs riski ile ölüm oranlarını etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, tedavi uyumu, hemşirelik

KAYNAKLAR

1. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 Edition.
2. Özkan AA. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyol Dern Arş 2013; 41(1):1-3.
3. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart 2000; 83(3): 361-366
4. Eren ŞH, Yılmaz K, Korkmaz İ, Aktaş C ve ark. Acil serviste akut miyokard enfarktüsü tanısı almış hastalarda trombolitik tedavi uygulanmasını etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2006;11(3): 163-165.
5. Çakır F, İlnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. Düşünen adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:50-59.
6. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 25:(6), 1-63.
7. Kavradım Turan S, Özer Canlı Z. Miyokard infarktüsü sonrası roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(12):24-35
8. Beswick AD, Rees K, West RR et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literatüre review. Journal of Advanced Nursing 2005; 49(5): 538–555.
9. Tuomaala MS, Kurki A, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months aftermyocardial infarction—a grounded theory approach. Nursing Research and Practice 2012; 1-10. 9.
10. Larsen KK. Depression following myocardial infarction. Danish Medical Journal 2013; 60(7): 1-18.
11. Junehaga L, Asplundb K, Svedlunda MA. Qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 30, 22—30.
12. Fålun N, Fridlund B, Schaufel MA, Schei E, Norekvål TM. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing 2015; 10,1-9
13. Masana L, Ros E, Sudano I, AngoulvantD. Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? What, whwn and how?Atheroscler Suppl 2017;26:2-15.
14. Dural G, Sarıtaş Çıtlık S. Miyokard infarktüsünde ev tabanlı eğitim ve yaşam kalitesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17):86-94

Bildiri No: S-8

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

İlknur Özkan¹, Feride Taşkın Yılmaz², Azime Karakoç Kumsar³, Kamile Uyar⁴

¹Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Antalya

²Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Sivas

³Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

⁴Armutlu Devlet Hastanesi, Yalova

GİRİŞ: Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişimler yaşlı bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ile ilgili güçlükleri beraberinde getirmekte, kullanılan ilaçların sayısında ve buna bağlı olarak istenmeyen ilaç etkilerinin ve etkileşimlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Dedeli ve Karadakovan, 2011; Asma ve ark, 2014). Yaşlı bireylerde hem kronik hastalıkların yönetimi hem de ilaca bağlı istenmeyen durumların önlenmesi açısından ilaç uyumları önemlidir. Ancak literatürde kronik hastalığı olan yaşlıların ilaç uyumlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Chen et al, 2007; Pasina et al, 2014). Hemşireler, yaşlı bireyde ilaç kullanımının planlanma ve değerlendirilmesinde, bireyin ve ailesinin ilaç kullanımı, etki ve yan etkileri konusunda eğitiminde önemli bir role sahiptir (Özer ve Özdemir, 2009). Ülkemizde kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ele alan sınırlı sayıda araştırmanın bulunması (Canan Demirbağ ve Timur, 2012; Ertem, 2015; Güneş, 2014; Kuvvetlioğlu, 2011) ve yaşlı bireylerde ilaç kullanımının sık görülmesi nedeniyle bu çalışma planlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmaya 01 Ocak – Haziran 2018 tarihleri arasında, en az 6 aydır hekim tarafından ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık tanısı almış olan, düzenli ilaç kullanımını etkileyebilecek demans/Alzheimer Hastalığı tanısı almamış olan, sözel iletişim engeli bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 124 yaşlı birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri, yaşlı bireylerin kişisel ve hastalık bilgisini, ilaç kullanımını ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket formu ile elde edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından yaşlı bireyin kuruma başvurusu esnasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Veriler, SPSS 22.0 paket programında yorumlanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde aritmetik ortalama, sayı ve yüzdelik dağılım kullanılmıştır. Verileri toplamadan önce bir üniversitenin etik kurulundan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca yaşlı bireylerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR: Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 71.70 ± 5.28 yıl olup, %50.8'i erkek ve %40.3'ü ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %62.1'inin ekonomik durumu orta düzeyde, %7.3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %18.5'i yalnız yaşamakta, %14.5'i halen sigara içmekte ve %8.9'u alkol kullanmaktadır. Yaşlı bireylerin %9.7'si bireysel ihtiyaçlarını kendisi karşılayamadığını belirtmiş olup %51.6'sı genel sağlığını iyi düzeyde değerlendirmiştir. Yaşlı bireylerin %66.1'inde hipertansiyon, %49.2'sinde kalp hastalığı ve %33.9'unda diyabet hastası olup hastalık süresi ortalaması 16.10 ± 9.77 yıldır. Yaşlı bireylerin %44.4'ü günde üç kez ve %40.3'ü günde altı ve üzeri adet ilaç kullandığını ifade etmiş olup %75'i ilaç kullanımı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları incelendiğinde; %6.5'inin ilaç kullanmaktan hoşlandığı, %33.9'unun ilaç saatlerine uyum konusunda hatırlatıcı kullandığı, %17.7'sinin ilaçlarını kendisinin almadığı, %19.4'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı, %67.7'sinin almadığı ilaç dozu olduğu, %46'sının hekime sormadan ilaç kullanmayı bırakma durumlarının olduğu, %58.1'inin ağızdan alınan ilaçların hepsini aynı anda içtiği, %96'sının ilaçları su ile içtiği, %40.3'ünün ilaçlarını aç ya da tok olarak alınma şekline dikkat etmediği, %82.3'ünün ilaçların yan etkilerini bilmediği, %86.3'ünün kullandığı ilaçların adı, doz ve alma zamanı ile ilgili bilgileri içeren liste taşımadığı, %71.8'inin hekimin reçete ettiği halde evde kullanmadığı ilacının bulunduğu, %81.5'inin hekim önerisi dışında ilaç kullandığı, %30.6'sının arkadaş/komşu gibi başka bireylerin ilaçlarını kullandığı, %29.8'inin ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği, %79.8'inin ilacı kullanmadan önce kullanma talimatını okumadığı, %89.5'inin ilaçlarla birlikte kaçınması gereken yiyecek ve içeceklerle dikkat etmediği ve %12.9'unun ilaçları çantasında, %55.6'sının herhangi bir dolapta sakladığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA: Çalışmada yaşlı bireylerin yarıya yakınının günde üç kez ve altı adetten fazla ilaç kullandığını belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmalarda da yaşlı bireylerin gün içerisinde üçten fazla ilaç kullandıkları tespit edilmiştir (Dedeli ve Karadakovan, 2011; Diker, 2010). Bu bulgu yaşlı bireylerde ilaç kullanımında istenmeyen yan etkilerin gelişimi açısından endişe vericidir. Çalışmada yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun ilaç kullanımı ile ilgili bilgi almadığı, bununla birlikte ilaç dozunu atlama, ilaçları saklama, hekim önerisi dışında ilaç kullanma gibi olumsuz tutum ve davranışta bulunan yaşlı bireylerin oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer bulgu elde edilmiştir (Canan Demirbağ ve Timur, 2012; Güneş, 2014). Çalışma bulgusu yaşlı bireylerin genel sağlığı ve yaşam kalitesi açısından istenmeyen bir durumdur.

SONUÇ: Yaşlı hastalarda polifarmasi, ilaçlar ve kullanımları hakkında bilgi eksikliği, kendi kendine reçetesiz ilaç kullanımı önemli sorunlar olarak tespit edilmiştir. Yaşlı hastanın durumu göz önünde bulundurularak mümkün olan en düşük doz ve sayıda, kanıta dayalı reçetelendirme yapılması, ilaçlar konusunda hasta ve bakım vericilerin bilgilendirilmesi, sağlık profesyonellerinin ilaç kullanan yaşlı bireyleri yakından takip etmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur AP, Erdoğan AF. Multimorbiditesi olan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanımı: Aile hekimliğinde önemli bir problem. *TJFMPC* 2014;8(1):8-12.
2. Canan Demirbağ B, Timur M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012; 11(1): 1-8.
3. Chen CH, Wu JR, Yen M, Chen ZC. A model of medication-taking behavior in elderly individuals with chronic disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Sep-Oct;22(5):359-65.
4. Diker J. Körfez 6 No2lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş ve üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010; 3(3):91-97.
5. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*. 2011;1(1):23-32.
6. Ertem Ö, Kasım İ, Özkara A, Koç EM, Kahveci R, Şencan İ. Hastanede yatan yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımı. *Euras J Fam Med* 2015;4(3):117-125.
7. Güneş D. Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
8. Kuvvetlioğlu K. Yaşlı hastaların ilaç kullanım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011.
9. Özer E, Özdemir L. Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009;42-51.
10. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, Taddei GC, Casati M, Franchi C, Djade CD, Nobili A. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2014;31(4):283-289.

TİP 2 DİYABETLİLERDE AYAK MUAYENESİ YAPTIRMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeliz Erdem Demirhan², Gülten Çevik Nasırlı³, Birsen Yürügen¹, Ayfer Peker¹, Berrin Çetinaslan¹, Zeynep Cantürk², Tarkun I¹, Alev Selek²

¹Kocaeli Üniversitesi Araşt. ve Uyg. Hastanesi Diyabet Bölümü, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD Doktora Programı, Kocaeli

³Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Diyabet, bireyin ve ailesinin yaşamını çeşitli boyutları ile etkiler. Zorunlu yaşam tarzı değişikliklerini gerektiren, komplikasyonları nedeni ile yaşam kalitesini azaltan, körlük, koroner arter hastalığı, böbrek yetmezliği, ayak yaraları gibi istenmeyen sonuçları ile yaşam boyu süren bir hastalıktır. www.diabetesatlas.org

	2015	2040
Toplam dünya nüfusu	7,3 milyar	9,0 milyar
Yetişkin nüfus (20-79 aralığı)	4,72 milyar	6,16 milyar
Çocuk nüfusu (0-14 aralığı)	1,92 milyar	-
Şeker hastalığı (20-79 aralığı)		
Küresel prevalans	%8,8 (%7,2-11,4")	%10,4 (%8,5-13,5")
Diyabetli birey sayısı	415 milyon (340-536 milyon arası")	642 milyon (521-829 milyon arası")
Diyabete bağlı hayatını kaybedenlerin sayısı	5.0 milyon	-
Diyabete bağlı sağlık harcamaları (20-79 arası)		
Toplam sağlık harcamaları, R=2* 2015 ABD Doları	673 milyar	802 milyar
Gebelikte hiperglisemi (20-49 aralığı)		
Etkilenen canlı doğumların oranı	%16,2	-
Etkilenen canlı doğumların sayısı	20,9 milyon	-
Bozulmuş Glukoz Toleransı (20-79 arası)		
Küresel prevalans	%6,7	%7,8
Bozulmuş glukoz toleransı olan kişi sayısı	318 milyon	481 milyon
Tıp1 Diyabetliler (0-14 aralığı)		
Tıp1 diyabetli çocuk sayısı	542,000	-
Her yıl yeni teşhis konularının sayısı	86,000	-

IDF Diyabet Atlası Küresel Tahminleri, 2015 – 2040 www.diabetesatlas.org

Yapılan çalışmalar, dünyada 425 milyon diyabetlinin olduğunu ve her iki kişiden birinin diyabetli olduğunu bilmediğini göstermiştir. www.diabetesatlas.org

Diyabetik ayak ise, iyileşme süreci uzun ve zor olan, diyabet görülme sıklığı ile artış gösteren, önemli bir sağlık sorunudur (ADA 2009). Geliştirilen birçok tedavi yöntemlerine ve eğitim programlarına rağmen, tüm diyabetli bireylerin yaklaşık %15'inin hayatlarının bir döneminde bu sorun

ile karşılaştığı, diyabetik ayağı olan bireylerin ise %60-70'inin alt ekstremitte amputasyonuna maruz kaldığı görülmektedir (ADA 2009; Abbas ve ark. 2002; Altındaş ve ark. 2006; Tükenmez ve ark. 2005; Miyojima ve ark. 2006; Özkan ve ark. 2004). Bu hastaların 5' yıllık sağ kalımı %40 civarındadır (Gök U, Selek O , Selek A , Güdük A , Güner MÇ . Survival evaluation of the patients with diabetic major lower-extremity amputations. Musculoskelet Surg. 2016 Aug;100(2):145-8. doi: 10.1007/s12306-016-0399-y. Epub 2016 Mar 10).

Türk Diyabet ve Obezite Vakfı; diyabetli bireylerin hastaneye başvurma nedenlerinin %20'sinin ayak problemleri olduğunu belirtmektedir (Yetkin 2009). Diyabetik ayak ve yaşanan alt ekstremitte amputasyonlarına bağlı olarak da tedavi güçleşmekte, hastanede yatış süresi artmakta (Altındaş ve ark. 2006, Tükenmez ve ark. 2005) ve tedavi maliyeti yükselmektedir (Ali ve ark. 2008, Altunbaş ve ark. 1999). Bu durum ise, diyabetli bireyin yaşam kalitesini düşürmekte (Gönen ve ark. 2007, Gülseren ve ark. 2001), ailesini, toplumu ve sağlık kaynaklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Literatürdeki çalışmaların sonuçlarında, ayak bakımı davranışlarının diyabetik ayağı önlemede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Mason ve ark. 1999, Özkan ve ark. 2004, Vijay ve ark. 2000). Buna karşın ayak bakımını inceleyen çalışmalarda diyabetli bireylerin ayak bakımı bilgilerinin yetersiz olduğu ve düzenli ayak bakımı yapmadıkları belirtilmektedir (Batkın ve Çetinkaya 2005). Sözen ve Kızılcı (2012), çalışmalarında izlem için düzenli sağlık personeline gitme davranışının diyabetik ayağı olan ve olmayan (%8.8, %20.0) bireylerin en az uyguladığı davranışlardan olduğunu belirtmişlerdir. Oysa, bireyin kendi gözlemleri ile farkına varamayacağı problemlerin ve risklerin profesyonel bir gözlem ile gecikmelere maruz kalmaksızın fark edileceği, bu duruma göre önlem alınarak diyabetik ayağın ve komplikasyonlarının önlenilebileceği açıktır.

AMAÇ: Çalışmamızda; diyabetli hastaların ayak muayenesi yaptırma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, tip 2 diyabet hastalarının ayak muayenesi yaptırma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Kocaeli ilinin tek üniversite hastanesi olan Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi iç hastalıkları anabilim dalı endokrinoloji polikliniğine bağlı erişkin diyabet polikliniğinde yapılmıştır. Merkez hafta içi her gün 08.00–16.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Endokrinoloji polikliniğine ilk defa ya da kontrole gelen hastalar diyabet yönetimi hakkında eğitim almaları ve takipleri için iki diyabet hemşiresinin görev yaptığı diyabet eğitim polikliniğine yönlendirilmektedir. Çalışmanın evrenini, veri toplama süreci içerisinde bir üniversite hastanesinin endokrin polikliniğe başvuran tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örneklem yöntemine gidilmemiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri belirlenerek, örnekleme araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, tip 2 diyabet tanısı olan, 221 hasta oluşturmuştur. Veriler, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Erişkin Diyabet Polikliniğinde Temmuz-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma örneklemini Tip

II Diyabetli 221 hasta oluşturmuştur. Veriler; sosyo-demografik özellikler ile ayak muayenesi yaptırma durumlarına ilişkin sorular içeren anket formuyla toplanmıştır. Form, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmanın yürütülebilmesi için, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan ve çalışmanın yapıldığı sağlık kurumundan yazılı izin alınmıştır. Verilerin Değerlendirilmesi: SPSS-23 ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 221 hastanın; 122'si (%55) kadınlardan, 99'u (%45) erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yaş aralığı, 20-71 yaş arasındadır. Katılımcıların (%50)' si sadece Oral Antidiyabetik İlaç kullanmakta iken, (%23)' ü Oral Antidiyabetik ve insülini birlikte, (%21)' i ise sadece insülin tedavisi almaktadır. Katılımcıların HbA1c seviyelerine bakıldığında, 149'unun (%67) değeri Normal sınırlarda tespit edilmiştir (HbA1c <% 7 hedef sınırlar olarak kabul edilmiştir). Daha önce hiç ayak muayenesi yaptırdınız mı, sorusuna cevap veren 152 kişiden, 53' ü (%35) evet, 99'u (%65) hayır yanıtını vermiştir. Daha önce ayak muayenesi yaptırdığını söyleyenlerin, 26 kişisi (%17) doktor, 22 kişisi (%14) podolog, 5 kişisi (%3) ise hemşire tarafından muayenesinin yapıldığını belirtmiştir. Ayak muayenesi yaptırma oranının, HbA1c seviyesi normal sınırlarda olan katılımcılarda daha yüksek olduğu (35 kişi, %66) tespit edilmiştir. Katılımcıların 20-40 yaş arasında hiç ayak muayenesi yaptırmadıkları görülürken, en çok ayak muayenesi yaptıranların 61-70 yaş aralığında olduğu (toplam 22 kişi, %42) tespit edilmiştir.

TARTIŞMA: Tip 2 diyabetli bireylerin ayak muayenesi yaptırma durumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, çalışmaya katılanların ayak muayenesi yaptırma oranı, yaptırmayanlardan düşük bulunmuştur. Bu oranın düşük olma sebepleri bu çalışmada sorgulanmamıştır. Yaş olarak büyük olan ve HbA1c düzeyi normal sınırlarda olan katılımcılarda, ayak muayenesi yaptırma oranının, diğer katılımcılardan fazla olduğu gözlenmiştir. Bu durumun bir çok farklı sebebi olabilir. Bunun sebeplerinden biri, diyabetli geçirilen hastalık yılının fazla olmasıyla, daha fazla birikim ve tecrübeyle hastalığa bağlı komplikasyonların önemsenmesine bağlı olabileceği gibi, diyabetik ayağın komplikasyonları ortaya çıktığı için muayene sıklığının artması da olabilir. Ayak muayenesi yaptırılan sağlık personellerinin de halen en fazla hekim gurubu olmasına rağmen, aynı zamanda podoloji mesleğinin gündeme gelmesiyle, bu meslek gurubuna muayene olan sayısının artmakta olduğu görülmektedir. Hemşirelere ayak muayenesi yaptıran sayısının hekim ve podoloğa muayene yaptıranlardan daha az sayıda olması ise; Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde Podoloji bölümünün bulunmasına bağlı olarak; hastaların ayak ile ilgili bir sıkıntılar olduğunda bu bölümleri kullanmasından kaynaklanmakta, ayakları ile ilgili bir sıkıntı olmadığında bunun için extra bir muayene zamanı harcanmadığına, bunu rutin hekim kontrollerinde yapıldığına bağlanabilir.

SONUÇ: Çalışmaya katılan bireylerin çok azının ayak muayenesi yaptırdığı tespit edilmiş olup, bu oranın artırılmasına yönelik daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliği kanısına varılmıştır. Yaşca

büyük olan ve HbA1c düzeyi normal sınırlarda olan hastalarda, ayak muayenesi yaptırma oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun sebeplerinden biri, diyabetli geçirilen hastalık yılının fazla olmasıyla, daha fazla birikim ve tecrübeyle hastalığa bağlı komplikasyonların önemsenmesine bağlı olabileceği gibi, diyabetik ayağın komplikasyonları ortaya çıktığı için muayene sıklığının artması da olabilir. Bununla ilgili farklı çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. HbA1c düzeyi normal sınırlarda olanların ayak muayenesi yaptırma oranının diğerlerine göre yüksek olması ise, hastaların diyabetle ilgili bilgi durumlarına bağlı olarak, yaşam standardını geliştirdiği ve kendine daha fazla özen gösterdiğini düşündürmektedir. Ayrıca 20-40 yaş arası bireylerin hiç ayak muayenesi yaptırmaması, genç yaşlarda bu durumun gerekliliğinin farkına varılmaması, yeterince özen gösterilmemesi olasılıklarını düşündürmekte ve ayak muayenesinin önemi konusunda bu yaş gurubuna farkındalık çalışmaları yapılması uygun görülmektedir. Ayak muayenesi yaptırılan sağlık personellerinin de halen en fazla hekim gurubu olmasına rağmen, aynı zamanda podoloji mesleğinin gündeme gelmesiyle, bu meslek gurubuna muayene olan sayısının artmakta olduğu görülmektedir. Hemşirelere ayak muayenesi yaptıranların çok az olma sebepleri de ayrıca araştırılmalıdır. Bu çalışma tanımlayıcı olarak planlandığından; diyabetik ayaklı bireylerin ayak bakım davranışlarını ve ayak bakım davranışlarını uygulamama nedenlerini ve ayak bakımı eğitimi verilen bireylerin eğitimlerini hayata geçirmeme nedenlerini inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu çalışmaların ışığında, hastaların ayak bakımı konusunda bilinçlenmelerini sağlayıcı ve özellikle diyabet hemşirelerinin bu konuda aktif rol aldığı etkinlikler düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: { *Diyabetik Ayak, Ayak Muayenesi, Ayak Bakımı.* }

KAYNAKLAR

1. Abbas ZG, Lutale JK, Morbach S, Archibald LK. Clinical outcome of diabetes patients hospitalized with foot ulcers Dar es Salaam, Tanzania, Diabetic edicine, Diabetes UK. 2002; 19: 575-79.
2. ADA, Foot care, <http://www.diabetes.org/type-1-diabetes/well-being/foot-care.jsp>, (2009).
3. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri, İzmir, DEÜ rektörlük basımevi 2006.
4. Ali SM, Fareed A, Humail SM, Basit A, Ahmedani MY, Fawwad A ve Miyan Z. The personal cost of diabetic foot disease in the developing world-a study from Pakistan, Diabetic medicine 2008; 25(10): 1231-33.
5. Altındaş M, Bingöl UA, Kılıç A, Plancı Ö. Diyabetik ayakta cerrahi tedavi: izlem formuna dayalı 500 hastanın analizi, Türk plastik rekonstrüktif estetik cerrahi dergisi 2006; 14(2): 87-95.
6. Altunbaş H, Balcı MK, Karayalçın Ü. A retrospective analysis of hospitalized diabetic foot patients in Akdeniz University School of Medicine, Division of endocrinology, Turkish journal of endocrinology and metabolism 1999; 3: 123-27.
7. Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes mellitus hastalarının ayak bakımı ve diyabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, Sağlık bilimleri dergisi 2005; 14(1): 6-12.

8. Gök U, Selek O , Selek A , Güdük A , Güner MÇ . Survival evaluation of the patients with diabetic major lower-extremity amputations. *Musculoskelet Surg.* 2016 Aug;100(2):145-8. doi: 10.1007/s12306-016-0399-y. Epub 2016 Mar 10.
9. Gönen S, Güngör K, Çilli AS, Kamış , Akpınar Z, Kısakol G, Dikbaş O, Türk S, Hidayetoğlu T, Kılınç AC, ve Kaya A. Comprehensive analysis of health related quality of life in patients with diabetes: A study from Konya Turkey, *Türk jem* 2007; 11, 81-88.
10. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren ř, Bodur Z, Kültür S. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi, *Türk psikiyatri dergisi* 2001; 12(2): 89-98.
11. Mason J, Keeffet CO, Mcintosht A, Hutchinnsont A, Booth A, Youngs RJ. A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. I: prevention, *Diabetic medicine* 1999; 16: 801-812.
12. Miyojima S, Shirai A, Yamamoto S, Okada N ve Matsushita T. Risk factors for major limb amputations in diabetic foot gangrene patients, *Diab. res. clin. prac.* 2006; 71: 272-279.
13. zkan Y, Çolak R, Demirdağ K, Yıldıırım MA, zalp G ve Koca SS. Diyabetik ayak sendromlu 142 olgunun retrospektif değerlendirilmesi, *Türk klinikler J endocrin.* 2004; 2: 191-95.
14. Sözen E, Kızılcı S. Tip 2 diyabetlilerde ayak bakım davranışlarının incelenmesi ve karşılaştırılması, *Ege niversitesi hemşirelik fakültesi dergisi* 2012; 28(2): 41-53.
15. Tükenmez M, Çekin T, Karataş C, Perçin S, Tezeren G. Diyabetik ayakta alt ekstremite amputasyonları, *C. Ü. tıp fakültesi dergisi* 2005; 27(3): 100–104.
16. Vijay V, Narasimham DVL, Sena R, Snehathatha C, Ramachandran A. Clinical profile of diabetic foot infections in South India, A retrospective study, *Diabetic medicine* 200; 17: 215-218.
17. Yetkin, D. Türkiye Diyabet ve Obezite Vakfı, Diyabetik ayak, <http://www.diabetvakfi.org/inf.php?partid=5&catid=5&pid=8>. (2009).
18. <http://www.diabetesatlas.org/>

HEMODİYALİZ HASTALARINA UYGULANAN AKUPRESURUN GÜNDÜZ UYKULULUK DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Emine Derya İster¹, Seyhan Çıtlık Sarıtaş²

1Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş

2İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

GİRİŞ: Hemodiyaliz (HD) son dönem böbrek yetmezliğinde hastalar için hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasının yanı sıra hastayı fiziksel, psikososyal, spirüüel ve duygusal yönlerden olumsuz etkilemektedir^{1,2}. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre (2015) HD tedavisi alan hastaların %97.2’sinin tedavi ile ilişkili en az bir yakınma deneyimlediğini belirtmektedir.² Gündüz uyuklama, uykuya dalmada güçlük çekme, solunum sıkıntısı ile uyanma, uykuyu devam ettirememe, kabus görme, sık uyanma ve horlama HD hastalarında görülen uyku ile ilişkili yakınmalardır.^{3,4} Bu yakınmaların eşlik ettiği uyku bozuklukları HD hastalarında sıklıkla görülmektedir.^{4,6} Sabry ve arkadaşları (2010) HD hastalarında uyku bozukluklarının %79.5 oranında görüldüğünü bildirmiştir.⁶ Yapılan çalışmalarda HD hastaların %64-85.7’nin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir.⁷⁻⁹ Norveç’te yapılan bir araştırmada kötü uyku kalitesinin GAUH ile ilişkili olduğu, kötü uyku kalitesinin gündüz uykululuk şiddetini arttırdığı belirtilmektedir.¹⁰ Kötü uyku kalitesi hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal ilişkilerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca kötü uyku kalitesi HD hastalarında mortalite riskini de arttırmaktadır.^{11,12}

Hemşireler, hastaların uyku kalitesinin artırılmasında ve uyku bozukluklarının tedavisinde önemli rol ve sorumluluk almaktadır. Hemşirelik bilim ve sanatının odak noktası bakım olup, uyku ile ilişkili yakınması veya uyku bozukluğu olan hastalara kaliteli ve etkin bakımın verilebilmesi; uykuya ilişkin yeterli veri toplamaya, sorunların doğru tanımlanmasına ve uyku kalitesini arttırmak için gerekli düzenlemelerin ve uygulamaların yapılmasına bağlıdır.^{13,14} Akupresür hemşirelik girişimleri sınıflama sisteminde yer alan bir uygulama olup, uyku kalitesini arttırmak, rahatlamayı/gevşemeyi sağlamak için kullanılmaktadır.¹⁵ Akupresür hasta bakımında kullanılan noninvazif, güvenilir, etkin, uygulama kolaylığı olan etkili ve bağımsız bir hemşirelik girişimidir.¹⁶ Akupresür genellikle semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin artırılmasında destekleyici ve tamamlayıcı hemşirelik girişimi olarak kullanılmaktadır.^{16,17} Ancak ülkemizde akupresürün hemşireler tarafından klinikte kullanımı yaygın değildir, bu durum akupresür uygulaması kullanılarak yapılan çalışma sayısının az olmasına neden olmaktadır. Literatürde HD hastalarının gündüz uykululuk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine akupresürün etkinliğinin değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalarda akupresür seansları tamamlandıktan sonra HD hastalarının uyku kaliteleri ölçülmüştür. Ancak akupresür sonlandırıldıktan sonra etkisini devam edip etmediğini belirlemeye yönelik HD hastalarıyla yapılan

herhangidir çalışmaya da rastlanmamıştır.

AMAÇ: Bu araştırma, hemodiyaliz hastalarına uygulanan akupresurun gündüz uykululuk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini ve akupresur sonlandırıldıktan sonra etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın evrenini Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 88, Gölbaşı Devlet Hastanesinde 31, Kahta Devlet hastanesinde 42 olmak üzere 161 hasta oluşturmuştur. Deney grubuna araştırma kriterlerini karşılayan 39 hasta alınmış ancak 2 hastanın akupresur uygulaması yaptırmak istememesi ve 1 hastanın ise akupresur girişiminin ikinci haftasında farklı bir birime (dahiliye yoğun bakım) sevk edilmesi nedeniyle çalışma 36 hasta ile tamamlanmıştır. Kontrol grubuna araştırma kriterlerini karşılayan 43 hasta alınmış, ancak 2 hasta hayatını kaybettiği, 1 hastaya renal nakil hazırlığı başlandığı ve 1 hasta da ikamet yerini değiştirdiği için kontrol grubu 39 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada deney grubuna alınan hastalara dört hafta süresince HD tedavisi aldıkları günlerde akupresur uygulandı. Akupresur uygulamasında literatüre dayanarak Shenmen (HT7), Sanyingjiao (Sp6) ve Yungquan (KI1) akupresur noktaları seçilmiştir. Araştırma öncesi araştırmacı, akupresur noktalarının belirlenmesini ve temel akupresur uygulamasını içeren sertifikalı akupresur eğitimi almıştır.

BULGULAR:

Tablo 1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Kontrol Değişkeni	Deney grubu		Kontrol grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Cinsiyet					
Kadın	26	72.2	19	48.7	$\chi^2=4.30$
Erkek	10	27.8	20	51.3	p=0.059
Medeni Durum					
Evli	28	77.8	35	89.7	$\chi^2=1.99$
Bekâr	8	22.2	4	10.3	p=0.212
Eğitim Düzeyi					
Okur- yazar değil	20	55.6	23	59.0	$\chi^2=0.89$
İlköğretim	16	44.4	16	41.0	p=0.816
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	36	100.0	38	97.4	$\chi^2=0.93$
Çalışıyor	0	0.0	1	2.6	p=0.333
Kronik Hastalık					
Yok	9	25.0	5	12.8	$\chi^2=1.82$
Var	27	75.0	34	87.2	p=0.239
Diyaliz Şifti					
Sabah	17	47.2	23	59.0	$\chi^2=1.03$
Öğleden sonra	19	52.8	16	41.0	p=0.352
HD sayısı					
İki kez	1	2.8	0	0.0	$\chi^2=1.09$
Üç kez	35	97.2	39	100.0	p=0.480
Uyku ilacı kullanma					
Kullanmayan	32	88.9	36	92.3	$\chi^2=0.61$
Kullanan	4	11.1	3	7.7	p=0.704
Mevcut Sigara kullanma durumu					
Kullanmıyor	32	88.9	34	87.2	$\chi^2=0.52$
Kullanıyor	4	11.1	5	12.8	p=1.000
Çay Tüketimi					
Hayır	3	8.3	6	15.4	$\chi^2=0.88$
Evet	33	91.7	33	84.6	p=0.483
Kahve Tüketimi					
Hayır	33	91.7	33	84.6	$\chi^2=0.01$
Evet	3	8.3	6	15.4	p=1.000
Süt Tüketimi					
Hayır	33	91.7	34	87.2	$\chi^2=0.36$
Evet	3	8.3	5	12.8	p=0.713
Uyuyabilmek için uygulama yapma					
Yapmıyor	30	83.3	26	66.7	$\chi^2=0.74$
Yapıyor	6	16.7	13	33.3	p=0.117
	X± SS		X± SS		
Yaş	56.69±13.52		57.41±12.54		t=-0.23 p=0.813
KBY tanı alma süresi (yıl)	7.19±4.83		6.58±4.66		t=0.55 p=0.583
HD tedavi süresi (ay)	61.00±47.25		63.69±43.80		t=-0.25 p=0.799

Araştırmada deney ve kontrol grubunun kontrol değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Test PUKİ ve ESS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ön test $\bar{X} \pm Sd$	Son Test $\bar{X} \pm Sd$	İzlem Test $\bar{X} \pm Sd$
	p	p	p
Öznel uyku kalitesi			
Deney	1.86±0.72	0.58±0.55	0.91±0.84
Kontrol	1.92±0.57	1.92±0.73	1.61±0.71
	p=0.682	p=0.001	p=0.001
Uyku latansı			
Deney	2.27±0.74	0.88±0.74	1.22±1.01
Kontrol	2.35±0.81	2.33±0.62	1.82±0.60
	p=0.653	p=0.001	p=0.003
Uyku süresi			
Deney	1.47±1.13	0.50±0.69	0.66±0.95
Kontrol	1.64±0.90	1.97±0.70	1.69±0.64
	p=0.476	p=0.001	p=0.001
Alışılmış uyku etkinliği			
Deney	1.58±0.96	0.08±0.28	0.13±0.42
Kontrol	1.07±1.08	1.05±0.70	0.71±0.68
	p=0.037	p=0.001	p=0.001
Uyku bozukluğu			
Deney	1.86±0.68	1.05±0.33	1.22±0.54
Kontrol	1.97±0.58	1.71±0.67	1.48±0.50
	p=0.442	p=0.001	p=0.032
Uyku ilacı kullanımı			
Deney	0.55±1.02	0.19±0.57	0.27±0.84
Kontrol	0.20±0.73	0.15±0.67	0.07±0.48
	p=0.091	p=0.780	p=0.207
Gündüz işlev Bozukluğu			
Deney	0.36±0.76	0.02±0.16	0.05±0.33
Kontrol	0.20±0.52	0.43±0.88	0.41±0.81
	p=0.301	p=0.008	p=0.018
Toplam PUKİ			
Deney	9.97±3.59	3.33±2.15	4.50±3.36
Kontrol	9.38±3.24	9.58±2.86	7.82±2.44
	p=0.460	p=0.001	p=0.001
ESS ölçeği			
Deney	5.05±4.98	2.44±2.11	2.47±2.18
Kontrol	5.10±4.33	5.23±3.74	6.28±3.51
	p=0.965	p=0.001	p=0.001

Deney grubunun son test global PUKİ skoru, öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu gündüz işlev bozukluğu ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). İzlem testte deney grubunun global PUKİ skoru, öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu gündüz işlev bozukluğu puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Son test ve izlem testte deney ve kontrol grubunun uyku ilacı kullanım puan ortalamaları arasında fark belirlenmemiştir (**p>0.05**). Deney grubunun son test ve

izlem test ESS puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, gündüz uykululuğunun deney grubunda daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Shenmen (HT7), Sanyingjiao (Sp6) ve Yungquan (KI1) akupresur noktalarına uygulanan akupresurun HD hastalarının gündüz uykululuk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada gündüz uykululuğunun girişim grubunda daha az olduğu, uyku kalitesinin girişim grubunda daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Mi Ae ve Kyeong HD hastalarına uygulanan akupresur sonrası hastaların uyku kalitesinde düzelme olduğunu saptamıştır.¹⁸ Benzer şekilde Arab ve arkadaşları da akupresur uygulanan HD hastalarının uyku kalitesinde artış olduğunu belirtmiştir.¹⁹ HD hastalarının örnekleme alındığı çalışmaların tamamını, akupresurun uyku kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir.²⁰⁻²² Diğer hasta gruplarında akupresurun uyku kalitesi üzerine etkinliğinin değerlendirildiği tüm çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.²³⁻²⁸ Bu durum akupresurun uyku kalitesi üzerine olumlu etkisinin yanı sıra diğer semptomlar üzerine de olumlu etkisinin olmasından kaynaklanabilir. Tsay ve arkadaşları akupresur uygulanan HD hastalarının hem uyku kalitesinin arttığını hem de yorgunluk ve depresyon düzeylerinin azaldığını bulmuştur.²¹ Mi Ae ve Kyeong HD hastalarına uygulanan akupresur sonrası kaşıntı da azalmayla beraber uyku kalitesinde artış olduğunu belirtmiştir.¹⁸

Araştırmada deney grubunun son test ESS puan ortalaması kontrol grubundan düşük olup, gündüz uykululuğunun deney grubunda kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Zheng ve arkadaşları tarafından akupresur uygulamasının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir yıllık izlem araştırmasına göre akupresur uygulamasına bağlı olarak gündüz uykululuk düzeyinin azaldığı gösterilmiştir.²⁸ Fan ve arkadaşları akupresurun kanser hastalarında gündüz uykululuğunu azalttığını, toplam uyku süresi ile uyku kalitesini arttırdığını göstermiştir.²⁹

Bu çalışmada akupresurun HD hastalarının uyku kalitesini arttırmada ve gündüz uykululuğunu azaltmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akupresur uyku kalitesi ve gündüz uykululuğu üzerine etkisinin uygulama sürecinde iyi olduğu ancak akupresur sonlandırıldıktan sonra etkisinin azaldığı görülmüştür. Bu çalışmadaki akupresur uygulama basamaklarının HD hastalarının uyku kalitesini arttırmak, gündüz uykululuğunu azaltmak amacıyla kullanılması önerilir. Ayrıca farklı akupresur noktalarını içeren uygulama protokollerinin geliştirilmesi ve klinikte denenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: { Hemodiyaliz, Akupresur, Uyku }

KAYNAKLAR

1. Bakan A, Köstek O, Ecdar Alışır S, Özkök A, Odabaş AR. Hemodiyalizin komplikasyonları. Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics 2015, 8(2): 40-7.
2. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. Bozok Tıp Derg 2015, 1: 15-22.
3. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007, 14(1): 82-99.

4. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health and Quality Outcomes* 2003, 10: 1-10.
5. Merlino G, Piani A, Dolso P, Adorati M, Cancelli I, Valente M, Gigli, GL. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2005, 21(1): 184-90.
6. Sabry AA, Abo-Zenah H, Wafa E, Mahmoud K, El-Dahshan K, Hassan A, Abbas TM, Saleh A, Okasha K. Sleep disorders in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2010, 21: 300-5.
7. Edalat-Nejad M, Qlich-Khani M. Quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2013, 24: 514-18.
8. Eslami, AA, Rabiei L, Khayri F, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J* 2014, 16(7): 1-7.
9. Edalat-Nejad M, Jafarian N, Yousefichaijan P. Diabetic nephropathy: A strong predictor of sleep quality in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2014, 25(4): 774-80.
10. Brekke FB, Waldum B, Amro A, Østhus TBH, Dammen T, Gudmundsdottir H, Os I. Self-perceived quality of sleep and mortality in Norwegian dialysis patients. *Hemodial Int* 2013, 18(1): 87-94.
11. Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara S, Kurokawa K, Rayner HC, Furniss AL, Port FK, Saran R. Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2008, (23): 998-1004.
12. Ilescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers MM, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2003, 18: 126-32.
13. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 1998, 2(1): 59-63.
14. Aslan SY. Kanserde Uyku Sorunlarının Yasam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2005.
15. Bulechek GM, Butcher HK. *Nursing Interventions Classification*, 6th ed. Missouri, Elsevier, 2013: 74
16. Hakverdioglu G, Turk G. Acupressure. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 43-7.
17. Chiravalle P, McCaffrey R. Alternative therapy applications for postoperative nausea and vomiting. *Holist Nurs Pract* 2005, 19 (5): 207-10.
18. Mi Ae K, Yeong Kyeong K. Effects of acupressure on pruritus and sleep in patients on hemodialysis. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2017, 24(1): 9-17.
19. Arab Z, Shariati AR, Asayesh H, Vakili MA, Bahrami-Taghanaki H, Azizi H. A sham-controlled trial of acupressure on the quality of sleep and life in haemodialysis patients. *Acupunct Med* 2016, 34(1): 2-6.
20. Tsay SL, Chen ML. Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2003, 40(1): 1-7.
21. Tsay SL. The Acupressure and transcutaneous electrical acupoint stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Am J Chin Med* 2004, 32(3): 407-16.
22. Tsay SL, Rong JR, Lin PF. Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003, 42(2): 134-42.
23. Chen JH, Chao YH, Lu SF, Shiung TF, Chao YF. The effectiveness of valerian acupressure on the sleep of ICU patients: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2012, 49(8): 913-20.
24. Chen ML, Lin LC, Wu SC, Lin JG. The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999, 54(8): 389-94.

25. Abedian Z, Eskandari L, Abdi H, Ebrahimzadeh S. The effect of acupressure on sleep quality in menopausal women: A randomized control trial. *Iran J Med Sci* 2015, 40(4): 328-334.
26. Sun JL, Sung MS, Huang MY, Cheng GC, Lin CC. Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010, 47(7): 798-805.
27. Lu M-J, Lin S-T, Chen K-M, Tsang H-Y, Su S-F. Acupressure improves sleep quality of psychogeriatric inpatients. *Nurs Res*. 2013;62(2):130-137.
28. Zheng H, Liu M, Wang P, Kang J, Lu F, Pan L. The effects of acupressure training on sleep quality and cognitive function of older adults: A 1-year randomized controlled trial. *Res Nurs Health* 2016, 39(5): 328-36.
29. Fan CI, Huang HL, Chen YR, Hu LS, Tasi SH, Hung SH. The efficacy of using an auricular acupressure program to improve sleep disturbance in cancer patients. *JNHR* 2015, 11(1): 3-12.

**MANAGEMENT OF SKIN REACTIONS INDUCED BY EPIDERMAL GROWTH FACTOR
RECEPTOR INHIBITORS IN CANCER PATIENTS AND PATIENT EDUCATION**

Semiha Akin¹, İlknur Metin Akten²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

²Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kırklareli

INTRODUCTION: Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors (EGFRIs) is the effective treatment option in various types of cancer such as lung cancer, colorectal, breast, pancreas and head and neck cancers (Stanculeanu et al., 2017). There are two types of agents that inhibit the EGFR pathway; small molecule inhibitors (erlotinib, gefitinib, afatinib, lapatinib) and monoclonal antibodies (cetuximab and panitumumab) (Barton-Burke et al., 2017). Cancer patients treated with EGFR inhibitors commonly experience skin reactions including acne-like rash, pruritus, xerosis, fissures, and paronychia, increased growth of eyelashes, facial hirsutism, and alopecia (Burtness et al., 2009). The incidence has been reported as follows: rash (100%), palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE) (hand-foot syndrome) (19–82%), xerosis (3-55%), pruritus (8–52%), and paronychia (12–16%) (ONS, 2017). Skin reactions induced by EGFR inhibitors are commonly mild and more manageable. However, in some case, cutaneous toxicities associated with EGFRIs are painful and disrupt the body image and have a significant negative effect on a patient's well-being, physical functioning, and quality of life. Evidence-based strategies for the successful management of skin reactions may prevent or decrease the severity of the skin reactions, and consequently, the patient's QOL and treatment efficacy may improve (Burtness et al., 2009; Lacouture et al., 2011; ONS, 2017; Wallner et al., 2012). This review aims to provide nurses with concise recommendations for management of skin reactions induced by EGFRIs that may improve the patient's quality of life and outcomes of cancer therapy. Nurses are pivotal in performing a comprehensive skin assessment and obtaining a history. It is crucial to obtain data about the personal history of skin problems, and treatment-related factors for developing preventive care strategies and educational approaches based on needs. Nurses must inspect and palpate the skin. The skin reactions can be assessed using a grading system like the CTCAEv.4 (Barton-Burke et al., 2017). Besides objective assessments, nurses should assess the subjective experiences and quality life disruptions or limitations associated with Skin reactions induced by EGFR inhibitors (Lacouture et al., 2011).

Prevention and Management of Skin Reactions: The current practices about prevention or management of EGFRi-associated cutaneous toxicities are mostly based on personal experience (Beech et al., 2018). There are very few evidence-based recommendations about the about the management of EGFRi-associated cutaneous toxicities. There are recommendations for managing these cutaneous toxicities from a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) task force-2009 recommendations

(Beech et al., 2018; Burtneş et al., 2009), Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) (Lacouture et al., 2011), Alberta Health Services (2012) and Oncology Nursing Society (ONS, 2017). The *prophylactic (pre-emptive) strategies* for the management of skin reactions are reported to be *more effective* than the reactive treatment approaches. The prophylactic strategies are reported to reduce the severity of skin reactions more effectively than the reactive treatment approaches. The evidence showed that patients who used daily moisturizers, sunscreen, topical hydrocortisone, and oral doxycycline for 6 weeks (prophylactic strategies) experienced a less severe grade of rashes and less impairment in the quality of life compared to the control group (Lacouture et al., 2011). ONS Putting Evidence into Practice (PEP) (2017) resources are designed to provide evidence-based interventions for patient care and teaching. As evidence in the use of antibiotics for skin effects has increased, the antibiotics were separated into 3 categories (ONS, 2017). Topical antibiotics were categorized as “Effectiveness Not Established”. Systemic antibiotics for prophylaxis was categorized as “Likely to Be Effective”, and systemic antibiotics for treatment was categorized as “Effectiveness Not Established” due to very limited evidence in this area. Urea-based moisturizer overall was recategorized from “Effectiveness Unlikely to Effectiveness Not Established”. Use of urea-based moisturizer specifically for kinase inhibitor nail toxicity was categorized as Likely to Be Effective. The PEP team reviewed Heparin-based moisturizer as a new intervention and categorized it as “Effectiveness Not Established”.

Nursing Care and Education: Nursing assessment, interventions, and patient education contribute to managing successfully with skin reactions and decrease the likelihood of developing skin infections, and body image problems. Effective prevention or management of skin reactions induced by EGFR inhibitors improve the adherence to the medical regimen and hinder the likelihood of discontinuation of targeted therapy (Barton-Burke et al., 2017; ONS, 2017; Wallner et al., 2012). Patient education is one of the basic management strategies. General preventive measures can be summarized as follows: *Sun protection:* The evidence suggests avoiding sun lights or using a sunscreen with a sun protection factor of 30 or higher. *Measures for skin hydration:* Moisturizing skin will prevent dryness and cracks in skin, fingertips or heels. Washing frequency should be reduced, hot water should be avoided. Skin hydration can be supported using shower/bath oil, mild (neutral pH) soaps or fatty soaps. Patients should prefer wearing cotton socks and loose-fitting shoe wear. Emollients/nutrient cream socks help skin hydrated and act as a barrier to prevent dry and itchy skin. Zinc oxide creams can be used as a protective coating for mild skin irritation. Protective coverings (using cyanoacrylate glue) and avoiding risky handling that may cause any trauma or fissures. Cool compresses, using topical steroids, topical menthol lotions and sedating antihistamines at evening may decrease the level of discomfort due to pruritus. If the patients report eye irritation due to trichomegaly, the long eyelashes can be clipped, and the patients can be referred to an ophthalmologist for further evaluation. Nail hygiene and clipping can be advised. The physicians can prescribe topical steroids for non-infected paronychia. Bacterial and fungal culture and

oral antibiotics may be ordered by physicians (BADO, 2018; Barton-Burke et al., 2017; Burtness et al., 2009; ONS, 2017).

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS: The nurses support patients for the essential to the management of EGFR-related cutaneous toxicities. Informing the patients about skin reactions and education about the evidence-based preventive measures will improve the patients' QOL and the treatment outcomes, and lead to better medication adherence.

Key Words: (*Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors, Skin Reactions, Management, Education*)

REFERENCES

1. Barton-Burke, M., Ciccolini, K., Mekas, M., & Burke, S. (2017). Dermatologic Reactions to Targeted Therapy: A Focus on Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors and Nursing Care. *Nurs Clin North Am.*, 52(1), 83-113. doi: 10.1016/j.cnur.2016.11.005.
2. Beech, J., Germetaki, T., Judge, M., Paton, N., Collins, J., Garbutt A., et al. (2018). Management and grading of EGFR inhibitor-induced cutaneous toxicity. *Future Oncol.* 14(24), 2531-2541. doi: 10.2217/fon-2018-0187.
3. Belgian Association of Dermato-Oncology (BADO). Targeted Therapies & Their Cutaneous Toxicities. Consensus guidelines for skin toxicity. <http://www.huidkanker-bado.be/docs/BADO2017consensusEGFRinhibitors-skintoxicity.pdf>. Retrieved at November 15, 2018.
4. Burtness, B., Anadkat, M., Basti, S., Hughes, M., Lacouture, M.E., McClure, J.S., et al. (2009). NCCN Task Force Report: Management of dermatologic and other toxicities associated with EGFR inhibition in patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw.*, 7(1), 5-21; quiz 22-4. https://www.nccn.org/JNCCN/PDF/2009_Derm_Tox_TF.pdf
5. Lacouture, M.E., Anadkat, M.J., Bensadoun, R.J., Bryce, J., Chan, A., Epstein, J.B., et al. (2011). for MASCC Skin Toxicity Study Group. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. *Support Care Cancer*, 19(8), 1079-95.
6. Oncology Nursing Society (ONS) Putting Evidence Into Practice (PEP): What's New in Skin Reactions? Changes since prior topic update Last topic update: February 8, 2017. https://www.ons.org/sites/default/files/PEP_What_Is_New_in_Skin_Reactions_020817.pdf Retrieved at November 15, 2018.
7. Stanculeanu, D.L., Zob, D., Toma, O.C., Georgescu, B., Papagheorghe, L., & Mihaila, R.I. (2017). Cutaneous Toxicities of Molecular Targeted Therapies. *Maedica (Buchar)*, 12(1), 48-54.
8. Wallner, M., Köck-Hódi, S., Booze, S., White, K.J., & Mayer, H. (2016). Nursing Management of Cutaneous Toxicities From Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors. *Clin J Oncol Nurs.*, 20(5), 529-36. doi: 10.1188/16.CJON.529-536.

EPİLEPSİLİ HASTALARDA DAMGALANMANIN HASTALIĞI KABULLENMEYE ETKİSİ

Seda Pehlivan¹, Rabia Gülnur Yılmaz², Dilek Doğan³, Nilgün Tuna⁴

¹ Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa

² İ.S.B.Ü. Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi E.A.H, İstanbul

³ Bursa Orhaneli Devlet Hastanesi, Bursa

⁴ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji BD, Bursa

GİRİŞ: Epilepsi, tüm dünyada yaygın olarak görülen kronik nörolojik bir hastalıktır (Ak, Atakli, Yuksel, Guveli, Sari, 2015; Atakli, Dogan, Guveli, Yuksel, 2016). Epilepside tedaviye gösterilen uyumla hastalık kontrol altına alınsa bile, toplumda halen hastalığa karşı ön yargılar mevcuttur (Ay, 2017). Toplumda sıklıkla duyulmuş olmasına rağmen epilepsi hakkındaki bilgi yetersizdir ve bilgi yetersizliği hastaların toplumsal olarak ayrımcılığa maruz kalması ve damgalanması ile sonuçlanmaktadır (Atakli et al., 2016). Epilepside damgalanmanın yüksek olmasının nedeni, nöbetlerin tıbbi ve fiziksel etkilerinden çok toplum içinde yaşanan nöbetlerin yol açtığı psikososyal sonuçlarıdır. Epilepside damgalanma sosyal prognozu da etkileyen önemli bir faktördür (Ay, 2017). Kötü sosyal prognozun göstergeleri olarak epilepsi hastalarında evlenme, eğitim düzeyi ve çalışma oranları toplum genelinden daha düşüktür. Bunun en önemli nedeninin sosyal ayrımcılık olduğu bildirilmektedir (Ak et al., 2015).

Damgalanma, kişinin diğer insanlar tarafından aşağı görülüp dışlanması anlamına gelmektedir (Ay, 2017). Damgalanma yaşayan bireylerin tedavi uyumları, sosyal ilişkileri ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Aydemir, Unsal, Ozkara, Canbeyli, 2011; Aydemir, Kaya, Yıldız, Oztura, Baklan, 2016). Bu durum hastalığı kabullenmeyi etkileyebilir ve sonuç olarak hastanın tedavi süreci ve günlük yaşamı da olumsuz etkilenir. Epilepsi hastalığında etkili tedavinin sağlanabilmesi için damgalanma ve hastalık kabul durumunun belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

AMAÇ: Araştırma, epilepsi hastalarında damgalanmanın hastalığı kabullenmeye etkisini araştırmak amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma 06.12.2017 tarihinden itibaren 6 aylık sürede nöroloji polikliniğine takip ve tedavi amacıyla başvuran 54 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın verileri, Hasta Bilgi Formu, Epilepsi Damgalanma Ölçeği ve Hastalık Kabul Ölçeği ile toplandı. Hasta Bilgi Formunda; sosyodemografik özellikler ile hastalığa ilişkin sorular yer alıyordu. Epilepsi Damgalanma Ölçeği; Fernandes ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş, ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği Kuloğlu-Pazarcı ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. 24 maddeden oluşan ölçekte, her madde 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Puan yükseldikçe hissedilen damgalanma artmaktadır (Fernandes, Salgado,

Noronha, Sander, Li, 2007; Kuloğlu, Parasız, Aydın, Unlusoy, Necioğlu, 2016). Hastalığı Kabul Ölçeği ise; Felton ve Revenson (1984) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Besen ve Esen (2009) tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipinde olan ölçekte sekiz maddeden, alınabilecek puan 8-40 arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe hastalık kabullenme artmaktadır. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın getirdiği negatif duyguların ve olumsuz tepkilerin azlığını göstermektedir (Felton, Revenson, Hinrichsen, 1984; Besen, Esen, 2011). Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS yardımıyla yüzdeler, student t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizleri yapıldı. $P < 0.05$ anlamlı kabul edildi. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul izni alındı (Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tarih: 05.12.2017 ve Sayı: 2017-18/13).

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 30.29 ± 10.55 yıl, %51.9'u kadın, %24.1'i ilköğretim mezunu, %37'si evli idi. Hastalık süresi ortalaması 13.20 ± 9.9 yıl, %55.6'sı epilepsinin hayatını olumsuz etkilediğini, %42.6'sı tedavinin yan etkilerini yaşadığını, %40.7'si nöbet nedeniyle travmaya maruz kaldığını, %42.6'sının toplumda farklı algılandığını düşündüğü belirlendi. Epilepsi hastalarının genel sağlık puan ortalaması 5.28 ± 2.56 , damgalanma puan ortalaması 60.81 ± 12.67 ve hastalık kabullenme puan ortalaması 22.29 ± 8.39 olarak bulundu. Damgalanma puanı ile hastalık kabullenme puanı arasında negatif ilişki bulundu ($r = -0.692$, $p = 0.000$).

Ekonomik durumu kötü olanların, başka hastalığı olanların, iş bulmada sorun yaşayanların, hastalığın yaşamını olumsuz etkilediğini belirtenlerin, tedavinin yan etkilerini yaşayanların, nöbet nedeniyle travmaya maruz kalanların ve toplumda farklı algılandığını düşünenlerin damgalanma puan ortalamasının yüksek ve hastalık kabullenme puanının düşük olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Ayrıca, hastalık hakkında bilgisi olmayanların damgalanma puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunurken, damgalanma puanı ile genel sağlık puanı arasında negatif, hastalık süresi pozitif ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastalık kabul puanı ile genel sağlık puanı arasında ise pozitif ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

TARTIŞMA: Epilepside hastalığın oluşturduğu nöbetlerin yanı sıra damgalanma, nedenleri ve sonuçları ile ele alınması gereken önemli bir sorundur. Kişinin yaşadığı bu toplumsal sorunun yaşam kalitesi ve ruhsal durumuna olumsuz etkileri bulunmaktadır (Yeni, Tulek, Simsek, Bebek, 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, epilepsi hastalarının %43.3'ünün damgalanma yaşadığı saptanmıştır (Ak et al., 2015). Kuloğlu-Pazarcı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, epilepsi hastalarında damgalanma puan ortalamasının 57 ± 10.09 olduğu, toplumdaki dışlandığını düşünenlerde daha yüksek olduğu, depresyon ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Kuloğlu vd., 2016). Çalışmamızda elde edilen toplumda farklı algılanma (%42.6) ve damgalanma puanı (60.81 ± 12.67) bu çalışma sonuçları ile benzer olmakla birlikte, damgalanma arttıkça genel sağlık puanının düştüğü belirlenmiştir.

Damgalanmayı artıran faktörlerin; ekonomik durumun kötü olması, kadın cinsiyet, nöbet sıklığı, hastalık hakkında kişinin ve toplumun bilgi düzeyi, kamusal alanlarda nöbet geçirme, nöbet sırasında travma yaşama, işsizlik vb olduğu bildirilmektedir (Ezeala, Achor, Aneke, Ijoma, Onodugo, Orjioko, Onyekonwu, Ekenze, 2018). Dako-Gyeke ve Donkor (2018) çalışmasında, damgalanma ve ayrımcılığın en önemli nedeni olarak nöbet insidansı olduğu gösterilmiştir (Dako, Donkor, 2018). Nöbet sırasında travma yaşama damgalanmaya sebep olabildiği gibi damgalanma da daha şiddetli nöbet ve travmalara neden olabilmektedir. Doğanavsargil ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, damgalanma ifade eden kişilerde daha fazla tonik klonik tarz nöbetlerin olduğu ve bu durumun tedaviye uyumsuzluklara neden olduğu ve hastaların ilaçlarını atlama şeklinde görüldüğü belirlenmiştir (Doganavsargil, Cinemre, Senol, Barcin, Gokmen, 2017). Çalışmamızda da nöbet sırasında travmaya maruz kalanların damgalanma puanı daha yüksek bulunmuş olup, damgalanmayı artıran faktörler açısından bulgularımız literatür ile benzerdir.

Epilepside damgalanmaya sebep olan önemli faktörlerden biri de epilepsi hastalığına yönelik bilgi kirliliği ve eksikliğidir. Toplumun önyargıları ve yeterli bilgiye sahip olmaması, hastalarda izole edilme kaygısına ve kronik hastalığa sahip olmayı gizleme eğilimine neden olmaktadır (Salado, Lopez, Falcon, Rico, Gomez, Casado, 2018). Bu durumda epilepsili bireyler toplumdan uzaklaşır, sosyal aktiviteleri ve bağımsızlıkları azalır, çalışma hayatları kısıtlanır, iş bulmaları ve evlenmeleri güçleşir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, epilepsi hastalarının hastalığını çevresinden sakladığı, evlenme ve doğurganlık oranlarının toplum oranlarına göre düşük olduğu saptanmıştır (Ak et al., 2015). Çalışmamızda damgalanmanın hastalığı kabullenmeyi olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Hastanın, ailenin ve toplumun yanlış inanışları damgalanmayı ve dolayısıyla hastalığı kabullenmeyi de olumsuz etkilemektedir.

Yaşanılan olumsuz deneyimler, epilepsili kişilerin uzun vadede kendilerini toplumdan izole etmelerine neden olmaktadır. Bu kişilere karşı güven duygusunu yaratma, kaynaklık eden faktörleri en aza indirme oldukça gereklidir ve bu ancak toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik eğitimler ile sağlanabilir. Macit ve arkadaşlarının (2018) Türkiye’de yaptığı çalışmada, toplumun hastalığa aşına olduğu fakat detaylı bilgiye çok azının sahibi olduğu belirlenmiştir (Macit, Clark, Taner, Bingol, Mercanoğlu, Yuksel, 2018). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, epilepsi hastalığını duydum diyenler çoğunlukta olsa da özellikle çocuklarının evliliği başta olmak üzere, katılımcıların epilepsi hastalarına yönelik sosyal kabul ve istihdama yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Yaşlılar ve eğitim seviyesi düşük olanların epilepsi bilgisinin daha az olduğu belirlenmiştir (Demirci, Donmez, Gundogar, Baydar, 2007). Ülkemizde yapılan bu çalışma sonuçları, toplumumuzun eğitim ihtiyacını göstermekle birlikte sağlık çalışanlarının topluma rehber olma gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

SONUÇ: Epilepsi hastalarında damgalanmanın hastalığı kabul ve genel sağlık durumunu olumsuz etkilediği sonucuna varıldı. Damgalanmanın hastalığın olumsuz sonuçları ile ilişkili olduğu ve özellikle de hastalık bilgisi yeterli olmayanlarda daha fazla olduğu sonucu dikkat çekicidir. Epilepsi gibi kronik hastalıklarda tedavinin başarılı olabilmesi için hastalığı kabullenmenin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu süreçte, temel görevlerinden biri hasta eğitimi olan hemşirelerin, doğru bilginin hasta, aile ve hatta topluma verilmesi konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

ALANA KATKI: Bu çalışma epilepsi gibi kronik hastalıklara sahip kişilerin toplumdan izole edilme, damgalanmaya maruz kalma durumlarına dikkat çekmiştir. Tüm bu yaşanan sosyal olumsuz hallerin kişinin tedavisine, yaşam kalitesine doğrudan ve dolaylı bir şekilde etki etmektedir. Çalışma, hemşirelik alanına kronik bir hastalığın tedavisinden, doğru ve etkin bir yanıt almak için, hastalığa sahip kişilerin yaşadığı damgalanma, aşağı görülme gibi sosyal problemlerinin de iyileştirilmesi gerekliliğini gösterir. Kısacası kişiyi yaşadıkları, hissettikleri ile bir bütün olarak ele almanın doğruluğu bir kez daha vurgulanmıştır.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS): Epilepside yaşanan damgalanmanın hastalığı kabullenme düzeyinden, genel sağlık durumuna kadar olumsuz etkilemesi önemli bir sonuçtur. Damgalanma yaşayan grubun özellikle hastalık etkilerini daha çok görenler ve bilgi eksikliği fazla olanlardan oluşması da diğer bir önemli unsurdur. Tüm bu bulgular sonucunda hemşirelerin eğitimci rollerini çalışma sahalarında göstermeleri gerekmesi de varılan önemli sonuçlardandır.

Anahtar Kelimeler: { *Epilepsi, Damgalanma, Hastalığı Kabullenme, Hemşire.* }

KAYNAKLAR

1. Ak PD, Atakli D, Yuksel B, Guveli BT, Sari H. Stigmatization and social impacts of epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav.* 2015;50:50-54.
2. Atakli D, Dogan Ak P, Guveli BT, Yuksel B. Knowledge of epilepsy among persons with epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav.* 2016;57:41-45.
3. Ay R. Epilepsi ve damgalanma: bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:129-136.
4. Aydemir N, Kaya B, Yıldız G, Öztura I, Baklan B. Determinants of felt stigma in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2016;58:76-80.
5. Aydemir N, Ozkara C, Unsal P, Canbeyli R. A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure.* 2011;20(9):679-685.
6. Besen Büyükkaya D, Esen A. Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TAF Prev Med Bull.* 2011;10(2):155-164.
7. Dako-Gyeke M, Donkor MD. Experiences and perspectives of stigmatization and discrimination against people with epilepsy in Accra, Ghana. *Epilepsy Behav.* 2018;87:101-107. doi:10.1016/j.yebeh.2018.07.025.

8. Demirci S, Dönmez CM, Gündoğar D, Baydar CL. Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy Behav.* 2007;11(3):427-433.
9. Doğanavsargil-Baysal O, Cinemre B, Senol Y, Barcin E, Gökmen Z. Epilepsy and stigmatization in Turkey. *Epilepsy Behav.* 2017;73:100-105. doi:10.1016/j.yebeh.2017.05.015.
10. Ezeala-Adikaibe BA, Achor JU, Aneke E, Ijoma U, Onodugo OD, Orjioko C, Onyekonwu C, Ekenze O. Pattern and determinants of self-reported enacted stigma among rural dwellers living with epilepsy attending a tertiary health facility in Enugu State Nigeria. *Seizure.* 2018;56:60-66. doi:10.1016/j.seizure.2018.02.004.
11. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults, *Soc Sci Med.* 1984;18:889-898.
12. Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL, Sander JW, Li LM. Stigma scale of epilepsy: validation process. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(Suppl 1):35-42.
13. Kuloğlu Pazarcı N, Parasız Yükselen N, Aydın Ş, Unlusoy Acar Z, Necioğlu Örken D. Epilepsi damgalanma ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2016; doi: 10.5152/npa.2016.12673.
14. Macit C, Clark PM, Taner N, Bingol C, Mercanoglu G, Yuksel G. A survey on awareness, knowledge, and attitudes toward epilepsy in an urban community in Turkey. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(8):979-987. doi:10.4103/njcp.njcp_199_17.
15. Salado-Medine V, Lopez-Espuela F, Falcon-Garcia A, Rico-Martin S, Gomez-Luque A, Casado-Naranjo I. Evaluation of quality of life, social stigma and treatment adherence in patients with epilepsy in the Caceres Healthcare Area: a cross-sectional study. *Rev Neurol.* 2018;67(8):281-286
16. Yeni K, Tulek Z, Şimşek OF, Bebek N. Relationships between knowledge, attitudes, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: a structural equation modeling. *Epilepsy Behav.* 2018;85:212-217. doi:10.1016/j.yebeh.2018.06.019.

**KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEKLERİNİN KULLANIMI:
LİTERATÜR TARAMASI**

Hilalnur DEMİR, Selma ATAY

Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale

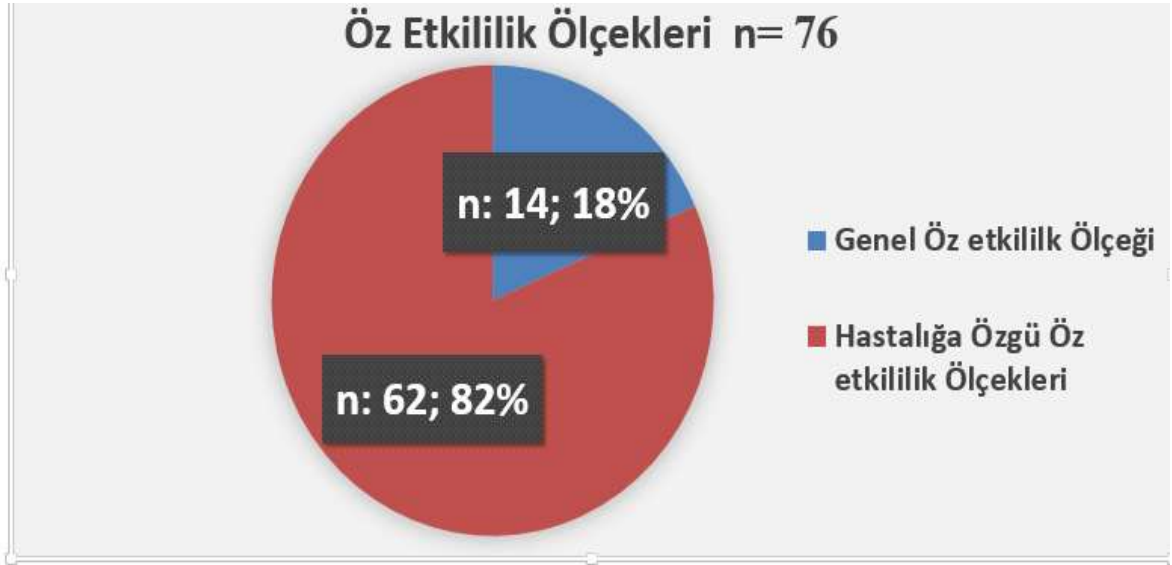
GİRİŞ: Öz-Etkililik-Yeterlik (ÖEY) kavramı ilk kez 1977 yılında ünlü psikolog Albert Bandura aracılığı ile, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ortaya atılmıştır. “Self-efficacy” terimi Türkçe literatürde “öz-etkililik ve öz-yeterlik” olarak iki formda anlam bulmaktadır. Öz etkililik; kişinin, hayatı ilgili olaylar üzerinde etkili olabilmesi için, gerekli olan etkinlikleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı olarak tarif edilmektedir (Bandura, 1982). Öz-etkililik; kişinin nasıl davranacağına, düşüneceğine ve hissedeceğine etkisi olan bir kavramdır (Korkmaz, 2016). Kişilerin öz-etkililik düzeyleri eyleme geçme güdülerini arttırabilir ya da azaltabilir. Güçlü bir öz etkililik inancı, başarı ve iyilik durumunu artışa sebep olur. Bandura (1997); öz etkililiği yüksek olanların, başarısızlıkları karşısında yılmadığını, çabuk toparlanıp eylemlerine devam ettiklerini ifade etmektedir (Korkmaz, 2016). Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerde başarılı öz yönetim/öz etkililik ile yaşam kalitesinin arttığını gösteren araştırmalar yer almaktadır (Coffman, Cabana & Yelin, 2009, Korpershoek, Bijl & Hafsteinsdóttir 2011, Taylor vd. 2014). Öz etkililik seviyesinin yükseltilmesi, öz bakımında artmasının yanı sıra günlük aktivite düzeyinde artışa ve depresyon düzeyinde azalmaya neden olmaktadır (Korpershoek vd., 2011, Jones & Riazi, 2011). Hemşirenin amacı hastanın yapabilirlik düzeyini ve inancını en üst seviyeye çıkarmak, dolayısıyla yaşam kalitesini de artırmaktır (Kirkevold, 2010). Öz bakımını kendisi yapan, hemşiresi tarafından olumlu geri bildirim alan hastalarda, başarı performansının arttığı, öz etkililik düzeyinin ise olumlu etkilendiği belirtilmektedir (Topçu & Oğuz, 2017). Öz etkililik düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşadığı problemler ile baş etmesini de kolaylaştırmaktadır.

AMAÇ: Kronik hastalıkların yönetiminde bireyi bütüncül bir bakış açısı ile hastalık yönetiminde merkeze alabilmek için öz etkililik oldukça önemli bir kavramdır. Bu literatür taramasının amacı Türkiye’de hemşirelik araştırmalarında kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeklerinin kullanımı incelemek ve bu alandaki gereksinimleri ortaya koymaktır.

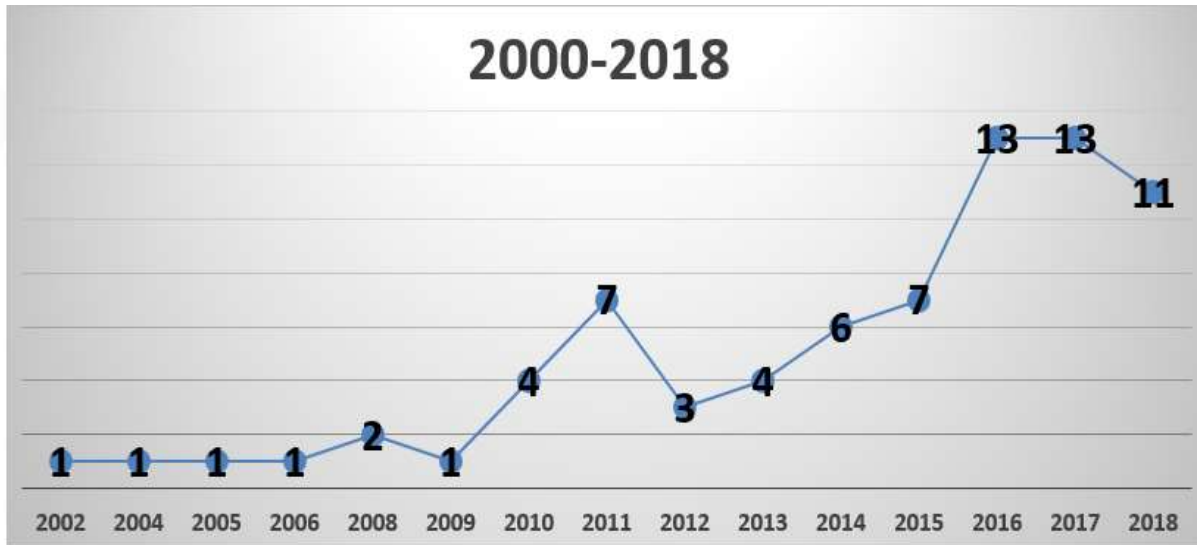
GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma literatür taraması olarak yapıldı. Amaca yönelik olarak, Ocak-Eylül 2018 tarihleri arasında ülkemizde öz etkililik ölçekleri kullanılarak yapılmış olan araştırmalar dahil edildi. Bu çalışmalara, YÖK’ün tez kataloğundan, online ve basılı olarak ulaşılan kongre kitaplarından, Akademik Google ve Pubmed’den ulaşıldı. Araştırmaya 2000-2018 yılları arasında yapılmış olan

çalışmalar alındı. Tarama yapılırken “Türkiye, hemşire, hemşirelik, öz etkililik, ölçek, kronik hastalık” kelimeleri farklı kombinasyonlarla Türkçe ve İngilizce olarak kullanıldı. Araştırmaya dahil edilen tez, bildiri ve makalelerde şu kriterler arandı; genel ve spesifik öz etkililik ölçeklerinden herhangi birini kronik hastalıklarda kullanılması, Türkiye’de yapılmış olması, hemşirelik araştırması olması. Derlemeler araştırmaya dâhil edilmedi.

BULGULAR: 2000-2018 tarihleri arasında toplamda 76 çalışmaya ulaşıldı (Grafik:1). Yapılan çalışmalar grafik 2’de de görüldüğü gibi 2014 yılından sonra ivme kazanmıştır.



Grafik 1: Öz etkililik ölçeklerinin kullanıldığı çalışmaların toplam sayı ve yüzdeleri



Grafik 2: Yıllara göre öz etkililik ölçeklerinin kullanıldığı çalışma sayıları (2000-2018)

14 çalışmada “genel öz yeterlilik ölçeği, öz etkililik/yeterlik ölçeği ve kronik hastalıklara özgü öz etkililik ölçeği” kullanılmıştır. Bunlar spesifik bir hastalığa özgü değil genel değerlendirme için kullanılan ölçeklerdir. Bu çalışmalar incelendiğinde; hemodiyaliz, MS, inme, şizofreni, diyabet, kanser, hastaları üzerinde uygulandığı görüldü.

Ayrıca; 62 çalışmada hastalığa özgü spesifik ölçeklerin kullanıldığı görüldü. Bunlardan; 14 çalışmada diyabete, 9 çalışmada KOAH’a, 5 çalışmada artrite, 1 çalışmada inme, 7 çalışmada astıma, 1 çalışmada depresyona, 3 çalışmada epilepsiye, 5 çalışmada osteoporoz, 15 çalışmada hipertansiyon hastalığına özgü ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekler sırası ile; tip 2 diyabetlilerde öz-etkililik ölçeği, diyabet öz-etkililik ölçeği, diyabet öz yönetim skalası (DÖYS), the diabetic foot care self efficacy scale (DFCSES), KOAH öz-etkililik ölçeği, artritlerde öz-etkililik ölçeği, inme öz etkililik ölçeği, astımlı çocuk ve adölesanlar için öz-etkililik ölçeği (AÇAÖÖ), ebeveyn astım yönetimi öz-yeterlilik ölçeği, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği, epilepsi öz-yönetim ölçeği, epilepsili çocuklarda nöbet öz-yeterlilik ölçeği, osteoporoz öz-etkililik/yeterlik ölçeği, hipertansiyonda öz-etkililik ölçeği, ilaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililik ölçeğidir. Bunların yanı sıra 2 çalışmada mamografi öz etkililik ölçeği kullanılmıştır.



Grafik 3: Kronik hastalıklara özgü öz etkililik ölçeklerin kullanıldığı çalışma sayıları

TARTIŞMA: Günümüzde dünya genelinde mortalite oranlarının yaklaşık % 60’ını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bu sayının 2020 de % 66,7 olması öngörülmektedir (World Health Organization (WHO) 2016). Son yıllarda kronik hastalıklarda hastalığın bakım yükünü azaltmada öz-yönetim üzerine küresel vurgu yapılmaktadır. Ülkemizde kronik hastalıklarda hastanın sağlığı üzerinde kontrolünü üstlendiği öz etkililiğe ilişkin 76 araştırmanın incelenmesi sonucunda 2014 yılından sonra çalışmaların ivme kazandığı dikkat çekmiştir. Çalışmaların çoğunda hipertansiyon (n:15, %19,7) ve diyabetli (n:14,

%18,5) hastalara yönelik öz etkililik ölçekleri kullanılmıştır. Bunun sebebi dünyada olduğu gibi ülkemizde de hipertansiyon ve diyabetin önemli sağlık sorunu olması düşünülmektedir. İnme (n:1, %1,3) ve depresyona (n:1, %1,3) ilişkin öz-etkililik ölçeklerinin kullanılarak yapıldığı çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu hastalık grubuna yönelik çalışmaların artırılması önerilebilir.

SONUÇ: Kronik hastalıklarda bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmasında önemli bileşenlerinden biri olan öz-etkililik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Bu nedenle tedavi ve bakım planlaması yapılırken hastaların öz etkililik seviyelerine bakılması hedefe ulaşmada kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca Öz etkililik düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşadığı olumsuz durum ile baş etmesini de kolaylaştırmaktadır. Öz etkililik en iyi değerlendirecek ve yükseltilmesinde katkısı büyük olan ekip üyesi, hastalar ile en çok zaman geçiren hemşirelerdir. Hemşirelik araştırmalarında öz etkililik çalışmalarının artırılmasını ve değerlendirmelerin kronik hastalıklara spesifik ölçeklerle yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bandura, A. (1997). Self efficacy toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(3), 191-215.
2. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122.
3. Coffman, J.M., Cabana, M.D, & Yelin, E.H. (2009). Do school based asthma education programs improve self-management and health outcomes?. *Pediatrics*, 124(2), 729-742. doi: 10.1542/peds.2008-2085
4. Jones, F. & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 33(10), 797-810. doi: 10.3109/09638288.2010.511415. Epub 2010 Aug 27.
5. Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 27-40.
6. Korkmaz, Y. (2016). Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, TC. Başkent Üniversitesi, Ankara.
7. Korpershoek, C., van der Bijl, J. & Hafsteinsdóttir, T.B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x. Epub 2011 Jun 7
8. Taylor, S.J., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G. & Parke, H.L. (2014). Schwappach A and Greenhalgh T.A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. *Health Services and Delivery Research*, Volume 2 Issue 53, 37-75. ISSN 2050-4349 DOI 10.3310/hsdr02530
9. Topçu, S., & Oğuz, S. (2017). İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1388-1396. doi:10.14687/jhs.v14i2.4503
10. World Health Organization. (2016). Preventing chronic diseases, a vital investment : WHO global report a vital investment

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN UMUTSUZLUK DÜZEYİ VE İLAÇ UYUMLARI

Mukadder Mollaoğlu¹, Safiye Yanmış², Esra Başer¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Sivas.

²Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Erzincan.

GİRİŞ: Kronik hastalıklar yavaş ilerleyen, 3 ay ve daha uzun süreli, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, genellikle komplike bir seyir gösteren ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır. Bu hastalıklar tüm dünyada, gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin tümünde, ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (%60-80) bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (Basu vd., 2016; Buttorff vd., 2017; WHO, 2010).

İnsanlar sağlıklarını yitirdiklerinde çeşitli tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle iyileştirilmeye çalışılmaktadır. İlaç kullanımının da tıbbi tedavide yeri çok önemlidir. İlacın gerektiği zaman ve gerektiği kadar kullanılması yaşamsal bir önem taşımaktadır. Ancak bir tıbbi tedavinin başarılı olabilmesi için ilaçların düzenli bir şekilde kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin etkinliğinde rol oynayan en önemli faktör hastanın tedaviye uyumudur. Uyum, hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma boyutudur. Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisine bağlı kalmamak, reçetesini yazdırmamak veya programına koymamakla başlayabilir (Özdemir vd., 2016).

Tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalıkta görülmesine rağmen ruhsal sıkıntısı olan hastalarda görülme oranı daha yüksektir. Ruhsal sıkıntısı olan hastaların tekrarlayan yatışlarına sebep olan tedavi uyumsuzluğunun oranlarını, buna neden olan durumları ve tedavi uyumsuzluğunu önlemek için yapılabilecek girişimlerin belirlenmesi önemlidir (Özdemir vd., 2016; Elbi Mete, 2008; Bayramova & Karadakovan, 2004).

Umutsuzluk yaşayan bir kişi kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olsa bile, problemin hiçbir çözümünün olmadığını, istenen amaca ulaşma yolunun bulunmadığını düşünmektedir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Özellikle, umutsuzluk yaşayan hastalarla ilişkilerin olumlu olabilmesi ve bu hastalara yardım edebilmek için hastaların özelliklerinin, kişisel niteliklerinin, kişinin iç kaynaklarının değerlendirilmesi ve bazılarının harekete geçirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan ve umutsuzluk yaşayan bireye bakım veren hemşire ilaç tedavisine uyumu değerlendirirken hastalarının bu özelliklerine dikkat etmelidir. Kronik hastalıkların seyrinin uzun olması, içsel ve dışsal

faktörlerin yetersiz olması bireylerin umutsuzluk yaşamasına ve dolayısıyla tedaviye uyum sürecini etkilemektedir (Elbi Mete, 2008; Bayramova & Karadakovan, 2004).

Bu çalışma, kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeyi ve ilaç kullanımına uyumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin dahili kliniklerinde tedavi gören araştırma kriterlerine uyan 150 hasta ile yapılmıştır. Veriler, demografik özellikleri belirlemeye yönelik Hasta Tanıtım Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Morisky-8 Maddeli İlaç Uyum Anketi (MMAS-8) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) paket programı kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu: Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini içermektedir.

Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMAS-8); Türkçeye çevrilmiş ve validasyonu yapılmıştır (Oğuzülgen vd., 2014). MMAS-8 hastanın kendi bildirimine dayalı sekiz soruyla ilaç kullanım davranışlarını değerlendiren bir ölçektir ve tedavi uyumsuzluğuna neden olabilecek engellerin daha iyi şekilde değerlendirilebilmesine yardımcı olur. Toplam puana göre hastaların uyumu, 8 yüksek uyum, 6 veya 7 orta uyum, <6 düşük uyum olarak değerlendirilir (Oğuzülgen vd., 2014; Morisky vd., 1986).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), 20 maddelik kendini değerlendirme (selfreport) türü bir ölçek olup, puan ranjı 0-20 arasındadır. Beck Umutsuzluk Ölçeği' nin uygulanmasında, deneklerden kendisine uygun gelen ifadeler için 'doğru', uygun olmayan ifadeler için 'yanlış' şıkkı işaretlemeleri istenir. Ölçeğin puanlanması, her uyumlu yanıt için '1' puan, uyumsuz yanıt için '0' puan şeklindedir. Elde edilen aritmetik toplam 'umutsuzluk puanı' nı oluşturur. Alınan puanların yüksekliği bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir (Seber, vd., 1993).

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (16.0) paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Kruskal-Wallis, t testi, Oneway anova, Man Whitney U Testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Hastaların %54.7'si kadın, %42.7'si 65-85 yaş aralığında, %46.7'si ev hanımı, %45.3'ü ilköğretim mezunu, %27.3'ü göğüs hastalıkları servisinde tedavi aldığı ve %94'ünde ailesi ile yaşadığı saptanmıştır. Kronik hastalık olarak ilk sırada %59.3'ünde kalp damar hastalığı, %48'inde endokrin sistem hastalıkları ve %36.7'sinde göğüs hastalıkları olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Hastaların %38.7'sinde hafif düzeyde umutsuzluk (Tablo 2) ve %48.7'sinde ilaç kullanımına düşük düzeyde uyumlu oldukları (Tablo 3) saptanmıştır. Diğer meslek gruplarına göre ev hanımlarında umutsuzluk düzeyi yüksek ilaca uyum düzeyi ise düşük bulunmuştur (p<.05). Eğitim düzeyi okur-yazar olmayanlarda umutsuzluk düzeyi yüksek iken ilaca uyumları da düşük olduğu saptanmıştır (p<.05). Endokrin hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeyleri yüksek ve ilaca uyumlarının diğer gruplara göre

düşük olduğu saptanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde umutsuzluk düzeyi ve ilaca uyum arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA: Çalışma, kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeyi ve ilaç kullanımına uyumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hastaların BUÖ ve MMSÖ-8 ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde; umutsuzluk düzeyi ve ilaca uyum arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça ilaca uyumları zorlaşmaktadır. Aynı şekilde umutsuzluk düzeyi azaldıkça ilaca uyumları da artmaktadır ($p<.05$).

Kronik hastalıkların tüm dünyada fazla görülmesi, bu hastalıkların beraberinde getirdiği birtakım sorunlara yol açmaktadır. Kronik hastalıkların seyrinin uzun olması, içsel ve dışsal faktörlerin yetersiz olması bireylerin umutsuzluk yaşamasına ve dolayısıyla tedaviye uyum sürecini etkilemektedir. Umutsuzluk yaşayan bir kişi kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olsa bile, problemin hiçbir çözümünün olmadığını, istenen amaca ulaşma yolunun bulunmadığını düşünmekte ve tedaviye uyum sorunu yaşayabilmektedir (Basu vd., 2016; Bayramova & Karadakovan, 2004).

Umutsuzluk yaşayan hastalarla ilişkilerin olumlu olabilmesi ve bu hastalara yardım edebilmek için hastaların özelliklerinin, kişisel niteliklerinin, kişinin iç kaynaklarının değerlendirilmesi ve bazılarının harekete geçirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan ve umutsuzluk yaşayan bireye bakım veren hemşire ilaç tedavisine uyumu değerlendirirken hastalarının bu özelliklerine dikkat etmelidir. Kronik hastalıkların seyrinin uzun olması, içsel ve dışsal faktörlerin yetersiz olması bireylerin umutsuzluk yaşamasına ve dolayısıyla tedaviye uyum sürecini etkilemektedir (Seber, vd., 1993; Bayramova & Karadakovan, 2004).

SONUÇ: Bulgular doğrultusunda hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğu ve orta düzeyde umutsuz oldukları, umutsuzluk düzeyi arttıkça ilaç uyumlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin, hastaları bu boyutları ile değerlendirmesi, umutsuzluk yaşayan bireylere profesyonel destek sağlanması ve tedaviye uyumlarının artırılması konusunda gerekli danışmanlık sağlamaları bireylerin uyumunda önemli katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Basu, J., Avila, R., Ricciardi., R. (2016) Hospital readmission rates in U.S. States: Are readmissions higher where more patients with multiple chronic conditions cluster? Health Services Research Journal. 51, 1135-1151.
2. Bayramova, N., Karadakovan, A. (2004) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 39-47.
3. Buttorff, C., Ruder, T., Bauman, M. (2017) Multiple Chronic Conditions in the United States. Rand.
4. Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon Klinik Psikiyatri,1(Ek 3):3-18.
5. Morisky, DE., Green, LW., Levine, DM. (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. 24 (1): 67-74.

6. Oğuzülgen, İK., Köktürk, N., Işıkdoğan, Z. (2014) Astım ve Kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morsiky 8-Maddeli uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. *Tüberküloz ve Toraks*. 62 (2): 101- 107.
7. Özdemir, Ö., Akyüz, A., Doruk, H. (2016) Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 12; 4, 195-220.
8. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993) Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği, *Kriz dergisi*, 7:1, 139-142.
9. World Health Organization (2010). Global Status Report on Noncommunicable Diseases . Publication date: 2011. Accessed 12 March 2015. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

KOAH TANISI ALAN HASTALARA YAPILAN FAN UYGULAMASININ SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ, DİSPNE VE YORGUNLUĞA ETKİSİ

¹Sadık Atıcı, ²Özlem Ovayolu

1 Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman

2 Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

GİRİŞ: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2014 yılında ölen insan sayısının 375.291 olduğunu ve bu ölümlerin 23.663'ünün kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'ndan kaynaklandığını belirtmektedir (TÜİK 2014; Kütmeç Yılmaz, Duru Aşiret, Çetinkaya ve Kapucu 2017; Türk Toraks Derneği 2014). Ayrıca KOAH prevalansının önümüzdeki 30 yılda artacağı ve 2030 yılına kadar KOAH ve ilişkili nedenlerden kaynaklanan ölümlerin yılda 4.5 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (GOLD 2017).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, genellikle zararlı partikül ve gazların yol açtığı, havayolu veya alveollerin fonksiyon bozukluğuna bağlı, kalıcı hava akımının kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize ve önlenemeyen solunum yolu hastalığıdır (Sütçü Çiçek, Akbayrak 2004; Kara, Ertürk, Gürsel, Köktürk, Yıldız ve Akansel 2013). Bu hastalığa sahip olan kişilerin yaşamını ciddi ölçüde kısıtlayan semptomun dispne olduğu vurgulanmaktadır (Aytaç Özoğlu 2015). Bu hasta grubunda; hem dispnenin etkisi hem de KOAH'ın kronik bir hastalık olması ve oksijen taşıma sistemindeki bozukluk nedeniyle sıklıkla yaşanan bir diğer önemli semptom ise yorgunluktur (Thomas, Bausewein, Higginson ve Booth 2011). Gerek hastalık, gerekse bu semptomlar nedeniyle hastalarda zaman içerisinde akciğer fonksiyonlarında bozulma, egzersiz kapasitelerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde azalma görülmektedir. Bu nedenle KOAH hastalarının tedavisi ve hastalık yönetiminde farmakolojik yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak farmakolojik tedaviler akciğer fonksiyonlarında düzelme sağlarken; egzersiz kapasitesi, yorgunluk, semptom yönetimi ve yaşam kalitesi üzerine sınırlı etki sağlamaktadır (Aytaç Özoğlu 2015). Bu nedenle bu hasta grubunda semptom yönetiminde fan uygulaması gibi yaklaşımlardan da yararlanılmaktadır (Biber 2016). Fan uygulaması ile soğuk havanın, özellikle yüz bölgesine ulaşması sonucu dispne şiddetinin azaltılabileceği, bu yöntemin herhangi bir yan etkisinin olmadığı, ucuz olduğu, karmaşık bir ekipmana ihtiyaç duyulmadığı ve kullanıcı için özel dikkat gerektirmediği vurgulanmaktadır (Thomas ve Von Gunten 2003). Özellikle ileri KOAH tanısıyla takip edilen hastalarla yapılan çalışmalarda; fanın (ağza ve buruna karşı üfleli) dispnenin azaltılmasında etkili olduğu (Thomas ve Von Gunten 2003; Booth, Moossavi ve Higginson 2008; Kvale, Selecky ve Prekash 2007; Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch ve Booth 2010) ve dispnenin yönetimi ile de yorgunluk düzeyinde anlamlı azalmaların olduğu vurgulanmaktadır. Ancak yapılan literatür taramasında ülkemizde KOAH tanısı alan hastaların dispne ve yorgunluk yönetiminde fan uygulamasının etkinliğinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu

çalışma KOAH tanısı alan hastalara yapılan fan uygulamasının solunum fonksiyon testleri, dispne ve yorgunluğa etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma KOAH tanısı alan hastalara yapılan fan uygulamasının dispne, yorgunluk ve solunum fonksiyon testlerine olan etkisini incelemek amacıyla ön test-son test düzeninde randomize kontrollü ve yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırma bir Devlet Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğinde Mayıs 2017-Mart 2018 tarihleri arasında yapıldı. Müdahale ve kontrol grubuna dahil edilecek hasta sayısı bu konuda yapılan diğer çalışmalar (Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch ve Booth 2010; Bauswein, Booth, Gysels, Kühnbach ve Higginson 2010) dikkate alınarak güç analizi sonucu 64 olarak belirlendi. Müdahale grubu 67, kontrol grubu 64 olmak üzere toplam 131 hasta ile çalışma tamamlandı.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri; soru formu (sosyodemografik ve hastalık özelliklerini içermektedir), solunum fonksiyon testleri, KOAH ve Astım Yorgunluk Ölçeği (KAYÖ), Medical Research Council Skala (MRCS) ve Görsel Kıyaslama Skalası ile toplandı.

Solunum Fonksiyon Testleri: Bu çalışmada hastaların solunum fonksiyon testleri “MIR Winspiro PRO” cihazıyla ölçüldü. Hastalar istirahat halinde oturma pozisyonundayken ve burun delikleri kapalı olarak yapılan ardışık ölçümün en iyi olanı değerlendirmeye alındı. Ölçüm sonucunda zorlu vital kapasite (FVC), birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1), FEV1/FVC değerleri kaydedildi.

KOAH ve Astım Yorgunluk Ölçeği (KAYÖ): KOAH ve astım yorgunluk ölçeği, Revicki ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiş (Revicki, Meads, McKenna, Gale, Glendenning ve Pokraywinski 2010), ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği Yel (2012) tarafından yapılmıştır. Toplam ham puan tüm madde puanları toplanarak elde edilmekte ve ham puanlar 0-100 arası ölçek skoruna çevrilmiştir. Ölçekte yorgunluk durumuna ilişkin tek puan elde edilmekte, alt boyutlara ilişkin değerlendirme bulunmamaktadır. Ölçek puanının artması, kişinin yorgunluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı için Cronbach alfa katsayısının 0,95 olduğu saptanmıştır (Revicki, Meads, McKenna, Gale, Glendenning ve Pokraywinski 2010). Bu çalışmada KOAH ve Astım Yorgunluk Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

Dispne Ölçekleri: Bu çalışmada MRSC ve VAS kullanılarak dispne şiddeti değerlendirilmiştir.

“Medical Research Council” Skala (MRCS)

Bu skala Fletcher tarafından 1952 yılında akciğer hastalığı olanlar ile olmayanların aktivite esnasında “dispne şiddetini” ölçmek için kullanılmıştır (Kara ve Yıldız 2013). Dispne hissini meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler ele alınarak oluşturulan beş maddelik bir skaladır. Hasta skalada seçenekleri okuyarak dispne sıkıntısına en uygun olan maddeyi seçer. Puanlamada; dispne yok=0, hafif dispne=1, orta şiddetli dispne=3, şiddetli dispne=4, çok şiddetli dispne=4 olarak kategorilere ayrılır (Kara ve Yıldız 2013). Sayının büyümesi “dispne şiddetinin arttığını” gösterir. MRCS daha önce birçok çalışmada

dispne algısını değerlendirmede kullanılmıştır (Kara ve Yıldız 2013. Bestal, Paul, Garrot, Garnham, Jones ve Wedzicha 1999; Özalevli ve Uçan 2004).

Görsel Kıyaslama Skalası (VAS): Bu skalada, 0 mm noktasında “dispne yok”, 100 mm noktasında ise olabilecek “en şiddetli dispne” yer almaktadır. Hasta ölçek üzerinde o anki solunum sıkıntısının şiddetini bu iki dereceyi kriter alarak işaretler (Kara ve Yıldız 2013).

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmanın yürütülmesi için, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kahramanmaraş İli Genel sekreterliğinden, Etik kuruldan ve hastalardan izin alındı.

BULGULAR

Hastaların Fan Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dispne Düzeylerinin Karşılaştırılması

Fan uygulaması öncesi müdahale grubundaki hastaların %40,3’ünün dispne düzeyini “orta ve şiddetli” olarak belirtirken, uygulama sonrası %23,9’unun dispne düzeyini “şiddetli” olarak tanımladığı belirlendi. Kontrol grubunda ise ilk değerlendirmede hastaların %48,4’ünün, son değerlendirmede ise %51,6’sının “orta” düzeyde dispne yaşadığını ifade ettiği görüldü.

Dispne düzeyinin VAS ile değerlendirilmesinde, fan uygulaması öncesi müdahale grubunda $72,4 \pm 12,1$ olan dispne düzeyi ortalamasının, uygulama sonrası $59,6 \pm 13,7$ ’ye düştüğü ($p < 0,05$), kontrol grubunda ise fan uygulaması öncesi $64,7 \pm 13,8$ olan dispne düzeyi ortalamasının uygulama sonrası $65,8 \pm 14,3$ ’e yükseldiği saptandı. Uygulama öncesi ve sonrası dispne şiddetindeki değişimin; müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı iken ($p < 0,05$), kontrol grubunda anlamlı olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Hastaların Fan Uygulaması Öncesi ve Sonrası Solunum Fonksiyon Testi Değerlerinin Karşılaştırılması

Müdahale grubunun fan uygulama öncesi FVC, FEV1 ve FEV1/FVC düzeylerinin fan uygulaması sonrası belirgin olarak artarken, kontrol grubunda bu değerlerin değişmediği belirlendi.

Hastaların Yorgunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması

Müdahale grubundaki hastaların fan uygulaması öncesi $60,4 \pm 12,3$ olan yorgunluk puan ortalamasının, fan uygulaması sonrası $54,7 \pm 11,4$ ’e düştüğü ve değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Kontrol grubunun ise fan uygulaması öncesi $58,6 \pm 16,6$ olan yorgunluk puan ortalamasının, fan uygulaması sonrası $57,7 \pm 13,6$ ’ya düştüğü, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

TARTIŞMA: Literatürde KOAH hastalarının yaşadığı dispne ve yorgunluğun birbiri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kütmeç Yılmaz, Duru Aşiret, Çetinkaya ve Kapucu 2017; Sütçü Çiçek ve Akbayrak 2004; Demir, Akkoca, Doğan, Saryal ve Karabıykoğlu 2003; Tel Aydın, Tokyıldız, Karagözoğlu ve Özden 2012). Bu iki semptomun bir arada bulunması hastaların günlük yaşam aktivitelerinde olumsuzluklara neden olabileceği gibi, ileri dönemlerde hareket kısıtlanması, beslenme bozuklukları, aile içi rollerin değişimi ve sosyal izolasyon gibi sorunlara da yol açabilmektedir (Taşpınar, Gül, Taşpınar, Aksoy ve Afşar 2015; Türk ve Üstün 2018). Bu nedenle bu semptomların yönetiminde medikal tedavilerle birlikte pulmoner rehabilitasyon, eğitim, fan uygulaması gibi yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır (Kvale, Selecky ve Prekash 2007; Ekren Korkmaz ve Gürgün 2013). Literatürde fan uygulaması ile yüze vuran soğuk havanın trigeminal sinirleri uyarması ile dispne hissinin azaldığı bildirilmektedir (Booth, Moossavi ve Higginson 2008; Kvale, Selecky ve Prekash 2007; Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch ve Booth 2010). Bizim çalışmamızda ise fan uygulaması ile müdahale grubunda yer alan hastaların dispne ve yorgunluk düzeylerinin azaldığı, solunum fonksiyon parametrelerinden FEV₁ ve FVC değerlerinin arttığı belirlendi.

KOAH hastalarında fan uygulaması ile başka bir yöntemin dispneye etkisinin incelendiği bir çalışmada; hastaların yarısından çoğunun fan kullanımını yararlı bulduğu ve kullanmaya devam ettiği görülmüştür (Bausewein, Booth, Gysels, Künbach ve Higginson 2010). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da fan kullanan hastalar herhangi bir sorun yaşamadığını, bu uygulamayı yararlı bulduğunu ve evde kullanmaya devam edeceğini bildirdi. Bu sonuçlar, KOAH nedeniyle takip edilen hastalarda dispne ve ilişkili olan yorgunluğun yönetiminde fan uygulaması gibi oldukça basit, ucuz ve güvenli olan tamamlayıcı yaklaşımların tercih edilebileceğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Hastaların “orta ve şiddetli” düzeyde dispne ve yorgunluk yaşadığı, müdahale grubunun fan uygulaması sonrası dispne ve yorgunluk şiddetinin azaldığı, FVC, FEV₁ ve FEV₁/FVC düzeylerinin belirgin olarak arttığı görüldü. KOAH tanısı alan hastalarda dispne ve yorgunluk düzeyinin azaltılması, solunum fonksiyon parametrelerinin olumlu yönde geliştirilmesi için, hastalara fan uygulaması konusunda eğitim verilmesi, bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması ve çalışma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014. TÜİK Haber Bülteni 2015; Sayı:18855. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>, Erişim tarihi:29.04.2018.
2. Kütmeç Yılmaz C, Duru-Aşiret G, Çetinkaya F, Kapucu S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yorgunluğun günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri üzerinde etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;20:2 114-121.
3. Türk Toraks Derneği. Koah epidemiyolojisi, yükü ve ulusal kontrol programı. <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=32&menu=134/>, Erişim tarihi: 18.03.2018.
4. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. Tanımlama ve KOAH'a genel bakış. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2732017161430-26.pdf>, Erişim tarihi: 07.12.201

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN BAKIM İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Merve Gülpak¹, Filiz Taş¹, Ayşe Aslı Oktay¹

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Kronik hastalıklar, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş, ilerleyici bir sapmaya ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, sürekli tıbbi bakım, tedavi ve destek gerektiren hastalıklardır (Akalin 2012). Kronik hastalıkla birlikte bireyin tüm yaşam alışkanlıkları değişmektedir. Özellikle hayat tarzlarında değişiklik yapmaları gerekliliği bireyleri yormakta ve ailelerini etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan hastalara kaliteli bakım sunabilmeleri için kanıta dayalı plan ve protokollerin uygulanması, bütüncül holistik bir yaklaşım sergilenmesi, hasta eğitimi için bilgi ve davranışlarının saptanması ve izlenmesi gerekmektedir (Fadıloğlu 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanınmasında ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir(Savaşan ve Ark.,2013). Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan, kronik hastalık yönetimini kontrol altına alan davranışlarını içerir(Özarslan,2013). Yaşam biçiminden kaynaklanan hastalıkların ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin önlenmesi için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması gerekmektedir. Bu davranışların kazanılması kronik hastalıkların önlenmesinde, kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bireylerde bu davranışların varlığı, kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin de önemli ölçüde azalmasına katkı sağlamaktadır(Aksoy ve Uçar,2014).

Kronik hastalığı olan bireyler, ilgili hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili olarak sağlık bakım profesyonelleri tarafından eğitilmektedir. Hemşireler bu eğitim ve danışmanlığın sağlık davranışına dönüşme sürecini değerlendirilmeli ve gözlemlenmelidir.

AMAÇ: Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ve bakım ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı olarak planlanan çalışma Kahramanmaraş İline bağlı farklı sosyoekonomik düzeylerde bireylere hizmet veren bir Aile Sağlığı Merkezi'nde(ASM) Ocak 2017- Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini; Aile Sağlığı Merkezi'nde(ASM) takip edilen

kronik hastalığı olan tüm hastalar oluşturmuştur (N:2700). Araştırmanın örneklemini ise; örneklem seçimine gidilmeksizin araştırma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur(n:337). Hastaların araştırmaya katılma kriterleri; ASM sağlık ekibi üyeleri tarafından takip edilmesi, 6 ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olup işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmaması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip ve 18 yaş ve üzerindeki bireyler olması olarak belirlenmiştir. Bütün veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze doldurulmuştur. Araştırma verileri hastaların bireysel özelliklerini, tıbbi tanılarını, hastalık süresini, fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarını sorgulayan 15 sorudan oluşan Tanıtıcı Anket Formu, İncirkuş ve Nahçıvan tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Bahar ve ark. (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. (İncirkuş ve Nahçıvan 2011, Bahar ve Ark.2008). Çalışmaya başlamadan önce ilgili ASM sorumlu hekimlerinden yazılı izin, çalışmaya katılacak hastalardan bilgilendirme sonrası gönüllü olur formu ile izin alınmıştır. KSÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde sayı-yüzde dağılımı, ortalama, t-Testi, ANOVA, Mann Witney U testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $46,32 \pm 16,38$ ve ortalama hastalık süreleri $8,47 \pm 7,43$ olarak saptanmıştır. Araştırmamıza katılan bireylerin %65,5'i kadın, %80,7'si evli olup, %26,5'i üniversite, %24,6'sı ilkokul mezunudur. Katılımcıların %73,5'inin gelir durumu orta seviyede olup %76,1'i il merkezinde yaşamakta ve %45,5'i ev hanımıdır.

Tablo 1. Hastaların hastalığa ait özellikleri

Hastaların hastalığa ait özellikleri	Sayı	Yüzde	
Tıbbi Tanı	Diyabet	53	20,1
	Astım	19	7,2
	Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	98	37,1
	DM-HT	10	3,8
	Sinir Sistemi Has	28	10,6
	Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	20	7,6
	Diğer	36	13,6
Düzenli Kontrol Yaptırma Durumu	Evet	183	69,3
	Hayır	81	30,7
Düzenli Kontrol Yaptırmama Nedeni	Unuttuğum İçin	18	22,2
	Kendimi İyi Hissettiğim İçin	23	28,4
	İşlerim Çok Yoğun Olduğu İçin	16	19,8
	Ulaşım Sorunları Olduğu İçin	6	7,4
	Hastalığının Çok Ciddi Olmadığını Düşünüyorum	18	22,2
Ailenizden Deste Kalma	Evet	146	62,1
	Hayır	89	37,9
Destek Alınan Birey	Anne, Baba	31	21,2
	Oğlum, Kızım	57	39,0
	Eş	36	24,7
	Oğlum, Kızım-Eş	22	15,1
Fiziksel Sağlık Durumu	Kötü	32	15,2
	Orta	100	47,6
	İyi	67	31,9
	Çok İyi	11	5,2
Zihinsel Sağlık Durumu	Kötü	9	4,3
	Orta	54	25,7
	İyi	109	51,9
	Çok İyi	38	18,1

Araştırmamıza katılan bireylerin %37,1'inde kardiyovasküler sistem ile ilgili, %20,1'i diyabet ve %10,6'sın da sinir sistemi ile ilişkili kronik hastalığa sahiptir. Çalışmaya katılan bireylerden %30,7'si düzenli kontrol yaptırmadığı ve %28,4'ünü yaptırmama nedeninin kendisini iyi hissetmesi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %62,1'inin ailesinden destek aldığı ve bu desteğin en çok çocuklarından (%39) aldıklarını ifade etmiş olup, %47,6'sı fiziksel sağlık durumunu orta seviyede hissederken, %51,9'u zihinsel sağlık durumunun iyi olarak belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hastaların KHBDÖ ve SYBDÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

KHBDÖ Alt boyutlar	Ortalama ±SS	SYBDÖ Alt Boyutlar	Ortalama ±SS
Hasta katılım	3,46±1,15	Sağlık Sorumluluğu	24,16±5,09
Karar verme	3,34±1,07	Fiziksel Aktivite	15,97±5,91
Amaç belirleme	2,96±1,06	Beslenme	23,44±4,80
Problem çözme	3,20±1,04	Manevi Gelişim	25,53±5,26
İzlem koordinasyon	2,87±1,07	Kişilerarası İlişkiler	25,39±5,34
		Stres Yönetimi	20,30±4,32

Hastaların KHBDÖ toplam puan $3,12 \pm 0,84$ olarak saptanmıştır. Hastaların SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $134,82 \pm 22,82$ olarak belirlenmiştir. Tablo-2’de hastaların KHDBÖ ve SYBD ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar verilmiştir. KHBDÖ’nin alt boyutlarından alınan en yüksek puanın hasta katılım ($3,46 \pm 1,15$), en düşük puanın ise izlem/koordinasyon alt boyutunda ($2,87 \pm 1,07$) olduğu saptanmıştır. SYBDölçeği alt boyutlarından alınan en yüksek puanın manevi gelişim ($25,53 \pm 5,26$), en düşük puanın ise fiziksel aktivite alt boyutunda ($15,97 \pm 5,91$) olduğu görülmektedir. Hastaların KHDBÖ ve SYBDölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p:0,001$, $r:0,487$). Hastaların yaş ortalaması ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur ($p < 0,005$).

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	KHBDÖ	SYBDÖ
Cinsiyet		
Kadın	$3,06 \pm 0,87$	$135,20 \pm 22,32$
Erkek	$3,23 \pm 0,76$	$134,10 \pm 23,86$
	t:-1,58 p:0,114	t:0,369 p:0,712
Medeni Durum		
Evli	$3,08 \pm 0,83$	$134,10 \pm 21,79$
Bekar	$3,28 \pm 0,87$	$137,84 \pm 26,73$
	t:-1,503 p: 0,134	t:-1,051 p:0,294
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar	$3,15 \pm 0,75$	$128,56 \pm 18,31$
İlkokul	$2,86 \pm 0,79$	$132,65 \pm 23,62$
Ortaokul	$3,02 \pm 1,01$	$134,29 \pm 24,07$
Lise	$3,33 \pm 0,74$	$137,56 \pm 22,63$
Üniversite	$3,25 \pm 0,86$	$138,86 \pm 23,45$
	F:2,979 p: 0,02	F:1,668 p:0,158
Meslek		
Ev Hanımı	$2,99 \pm 0,85$	$133,67 \pm 22,39$
Memur	$3,23 \pm 0,84$	$139,96 \pm 22,69$
Çalışmıyor	$3,28 \pm 1,03$	$134,26 \pm 27,73$
İşçi	$3,21 \pm 0,93$	$131,30 \pm 16,22$
Emekli	$3,24 \pm 0,60$	$134,95 \pm 24,86$
Serbest Meslek	$3,20 \pm 0,66$	$133,63 \pm 24,27$
	F:1,091 p:0,36	F:0,700 p:0,624
Gelir Durumu		
Yüksek	$3,42 \pm 0,78$	$143,52 \pm 20,61$
Orta	$3,16 \pm 0,84$	$134,28 \pm 22,63$
Düşük	$2,78 \pm 0,80$	$134,85 \pm 22,93$
Çok Düşük	$2,33 \pm 0,54$	$107,33 \pm 18,51$
	F:5,198 p: 0,002	F:4,619 p: 0,004

Tablo 3’te Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların öğrenim durumları ile KHBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. İlkokul mezunu olan hastaların ölçek puanları düşük bulunmuştur. Ayrıca hastaların gelir

durumları ile KHBDÖ ve SYBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0,005$). Her iki ölçekte de gelir seviyesi düştükçe hastaların ölçek puanları da düşüş göstermektedir.

TARTIŞMA: Çalışmada hastaların KHBDÖ toplam puan $3,12\pm 0,84$ olarak saptanmıştır. Bu sonuç kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı olumlu yönde değerlendirdiklerini ve hastaların öz yönetim desteğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde, Glasgow ve ark.'nın yaptıkları araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde 50 yaş ve üstü kronik hastalığı olanlarda KHBDÖ puan ortalaması 2.6'dır (Glasgow 2005). Hollanda'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmada ise puan ortalaması 1.94 olup, bu çalışmadan daha düşüktür (Jansen et al 2015). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Ay ve Arpacı (2017) tarafından bir üniversite hastanesi dahiliye servislerinde yatan hastalara aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada KHBDÖ puan ortalaması 2.65 ± 0.57 olarak orta seviyede olduğu saptanmıştır. Karabulutlu ve arkadaşları (2015) 3 farklı hastaneden kanser, diyabet, solunum ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan 300 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 2.54 ± 0.51 olarak orta seviyede bulunmuştur. Hastalara sunulan kronik bakım hizmetlerinden orta düzeyde memnuniyet belirtilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2013) bir üniversite hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 126 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada KHBDÖ ortalama puanı $2,44\pm 0,74$ olarak orta seviyede olduğu saptanmıştır (Ay ve Arpacı 2017, Karabulutlu ve Ark. 2015, Kaya ve Ark. 2013). Çalışma bulgularımızın sonuçlarına göre literatürde yer alan çalışmalardan farklı olarak ortalamanın üstündeki puan ile yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun diğer çalışmaların verilerinin hastanelerden, bizim çalışmamızın ise aile sağlığı merkezinden elde edilmesinden kaynaklanıyor olması düşünülebilir.

Sosyodemografik özellikler ile KHBDÖ ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında; çalışmamızda hastaların öğrenim durumları ile KHBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. İlkokul mezunu olan hastaların ölçek puanları düşük ($2,86\pm 0,79$), lise mezunu olan hastaların ise ölçek puan ortalaması yüksek ($3,33\pm 0,74$) bulunmuştur. Ayrıca hastaların gelir durumları ile KHBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Gelir durumu yükseldikçe ölçekten alınan puan ortalamaları da sistematik bir biçimde artış göstermiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastalık süresi ve yaşanılan yer ile KHBDÖ puanları karşılaştırılması sonucunda anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Konuyla ilgili yurt dışında yapılan araştırmalar incelendiğinde; Osteoartrit ve hassas barsak sendromu olan hastaların KHBDÖ ölçeği ile değerlendirildiği çalışmalar da hastaların eğitim düzeyi grupları arasında KHBDÖ ortalama skoru açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Cramm and Nieboer 2012, Randell et.al.2013). Bizim çalışmamıza benzer olarak KOAH veya kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artması ile KHBDÖ puanlarının arttığı bildirilmiştir (Rosemann et.al 2007). Türkiye'de yer alan çalışmalar incelendiğinde; Kaya ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ortaokul ve üzeri olanların KHBDÖ puan ortalamaları daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır (Kaya ve

Ark. 2013). Ay ve Arpacı'nın (2017) yaptığı çalışmada gelir durumu ile KHBDÖ puan ortalaması arasında anlamlılık saptanmıştır. Bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde gelir durumu arttıkça puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür. Aynı çalışmada yapılan analizler sonucunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve kronik hastalık süresi arasında istatistiki anlamlılık bulunamamış olup çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir(Ay ve Arpacı 2017). Karabulutlu ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına bakıldığında eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hasta grubunda KHBDÖ toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde yer alan bu araştırmaların sonuçlarının yapmış olduğumuz çalışma bulgularına benzerlik gösterir nitelikte olduğu ispatlanmıştır.

Hastaların SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $134,82 \pm 22,82$ olduğu saptanmış olup bireylerin belirtilen sağlık davranışlarını orta düzeyde uyguladığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışma bulgularımızın aksine Özarlan (2013) tarafından 156 diyabetik koroner arter hastalarında yapılan araştırma bulgularına göre SYBD toplam puan ortalaması $106,2 \pm 17,9$ olarak bulunmuştur (Özarlan 2013). Çalışmamıza benzer sonuçlara bakıldığında; Savaşan ve arkadaşlarının (2013) koroner arter hastalığı tanılı 175 birey ile yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre hastaların SYBD toplam puan ortalaması 128 ± 22 'dir (Savaşan ve Ark.2013). Polat ve Kahraman'ın (2013) Yaşlı Dayanışma Merkezine gelen 93 yaşlı birey ile yaptığı çalışmaya göre yaşlı bireylerin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması ise $127,33 \pm 18,69$ olduğu belirlenmiştir (Polat ve Kahraman 2013). Küçükberber ve ark.nın (2011) yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan kalp hastalığı tanısı almış hastaların SYBD toplam puan ortalamasını 127 ± 21 olarak saptamışlardır (Küçükberber ve Ark.2011). Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada SYBD puanı 122 ± 18 bulunmuştur (Yalçınkaya ve Ark.2007). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada SYBD toplam puanı 126 ± 18 bulunmuştur (İlhan ve Ark.2010). Aksoy ve Uçar'ın (2014) aynı ölçeği kullanarak 281 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $136,12 \pm 19,16$ olarak belirlenmiştir (Aksoy ve Uçar 2014). Bütün bu araştırma bulguları incelendiğinde, çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan bireylerin SYBD toplam puanının, koroner arter hastalarının puanından yüksek olduğu; diğer sağlıklı gruplara göre de iyi bir durumda olduğu söylenebilir.

Çalışmada sosyodemografik veriler ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; yaş ortalaması ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve yaşanılan yer ile SYBD ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlılık bulunamamıştır. Gelir durumu ile SYBD toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; gelir durumu çok düşükten yükseğe doğru değiştikçe SYBD ölçeğinden alınan puan da yükselmektedir. Yapılan araştırma sonuçları incelenecek olursa; Özarlan (2013) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre toplam SYBD puanı ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum arasında istatistiki anlamlılık olduğu görülmektedir (Özarlan 2013). Polat ve Kahraman'ın (2013) çalışma sonuçlarına göre yaşlı bireylerin medeni durum, çocuk sahibi

olma, birlikte yaşanan kişiler ve sosyal güvence durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Polat ve Kahraman 2013). Çayır'ın (2013) miyokard enfarktüsü geçirmiş kontrol amacıyla kardioloji polikliniğine başvuran 149 hasta üzerinde yaptığı çalışmada ailede kalp hastalığı öyküsü, var olan diğer hastalıklar ve hastalığın süresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ait toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ait puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, meslek, gelir durumu, Miyokard Enfarktüsü bilgi düzeyi ve yapılan önerilere uyum arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Çayır 2013). Savaşan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada SYBD toplam puanının cinsiyete, yaş gruplarına, alkol ve sigara kullanma durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Savaşan ve ark.2013).

SONUÇ: Araştırma bulgularımıza göre kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğu belirlenmiştir. SYBD ölçeğinden elde edilen sonuçlara göre hastalar ortalamanın üstünde puan almıştır ve belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uygulandığını gösterir. Kronik hastalığı olan bireylerin bakımlarından memnun olmaları ve hastalığın iyi yönetilmesi, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu olarak yansımıştır. Aralarında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: { Kronik Hastalık, Bakım, Sağlıklı Yaşam Biçim }

KAYNAKLAR

1. Glasgow RE, Wagner EH, SchaeferMahoney LD, et al.(2005). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical Care;43(5):436-44.
2. Akalın E(2012). Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü Yayın No: TÜSİAD-T/2012-06/5292012, TÜSİAD
3. İncirkuş, K.,Nahçıvan, Ö.N.(2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formunun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. DEUHYO ED;4(1):102-109.
4. Fadiloğlu Ç(2010). Akciğer kanserinde bakım modelleri. Aydın A, Can G (Ed). Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. İstanbul: İpomet Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti:63-74.
5. Karabulutlu Y.E., Atman R., Yağcı S(2015).Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi.Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,3(1):16-30.
6. Savaşan A, Ayten M, Ergene O(2013).Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,4(1):1-6
7. Özarlan B B(2013). Diyabetik Koroner Arter HastalarındaSağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi.Ankara.
8. Aksoy T.,Uçar H(2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,53-67
9. Bahar Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F., Kıssal A(2008).Sağlıklı Yaşam BiçimiDavranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12(1):1-13.

10. İncirkuş K. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik Ve Güvenirliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı İstanbul, 2010.
11. Kaya Apaydın Ç, Akturan S, Şimşek M, et al. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. Turkish Family Physician 2013;4(3):1-9.
12. Ay S, Arpacı P(2017). Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi. Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017, 4(1): 527-532
13. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. Cramm and Nieboer Health and Quality of Life Outcomes 2012;10:104.
14. Randell RL, Long MD, Martin CF, Sandler RS, Chen W, Anton K, Kappelman MD. Patient Perception of Chronic Illness Care in a Large Inflammatory Bowel Disease Cohort. Inflamm Bowel Dis 2013;19:1428- 1433.
15. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. J Eval Clin Pract 2007;13:806-813.
16. Jansen DL, Heijmans M, Rijken M. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. Scand J Prim Health Care. 2015;33(2):100-6.
17. Polat Ü, Kahraman B B(2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Derg/Fırat Med J 2013; 18(4): 213-218.
18. Küçükberber N, Ozdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:619-26.
19. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007:6:409-20.
20. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg 2010;3:34-44.
21. Çayır M(2013). Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimğ Davranışlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.

KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİMİ ANKETİ’NİN (KISA VERSİYONU) TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

İlknur Metin Akten¹, Semiha Akin², Hava Kurbun¹, Betül Erbatu¹

¹Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Kırklareli

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

AMAÇ: Sağlık profesyonellerinin koroner arter hastalığı tanısıyla alan hastaların bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla geçerli ve güvenilir tanılama araçları kullanmaları önemlidir. Ülkemizde koroner arter hastalarının hastalık, risk faktörleri ve kontrolüne ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek için geçerli, güvenilir ve uygulanması kolay tanılama araçlarına gereksinim vardır. Bu çalışma Koroner Arter Hastalığı Eğitimi Anketi-Kısa Versiyonu (KAHE-A KV) isimli aracın Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu araştırma bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servisi ve ayaktan tedavi birimlerinde gerçekleştirildi. Bu çalışma metodolojik tipte bir araştırmadır. Örneklemi koroner arter hastalığı tanısıyla tedavisi devam eden, genel durumu görüşme için uygun, Türkçe bilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve 18 yaş veya üzeri hastalar oluşturdu. Araştırma örnekleme olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisi olan gelişigüzel örnekleme (convenience sampling) yöntemiyle oluşturuldu. Test-tekrar test görüşmesi 31 hasta üzerinde yapıldı. Güvenirlilik analizleri için toplam 324 hasta ulaşıldı. Etik kurulu onayı (2017-86 sayılı) ve kurum izni alındı. Aracının Türk diline uyarlanması için ölçeği geliştiren araştırmacılardan izin alındı. Katılımcılardan yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur alındı. Anket formları araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. 1.Hasta Tanım Formu: Hastanın sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine ilişkin sorular içermektedir. 2.Koroner Arter Hastalığı Eğitimi Anketi – Kısa Versiyonu (KADE-A KV) [Coronary Artery Disease Education Questionnaire-Short Version (CADE-Q SV)]: Bu ölçek koroner arter hastalığı tanısı almış hastaların koroner arter hastalığı, risk faktörleri ve kontrolüne ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla Ghisi ev ark.’ı tarafından geliştirilmiş 20 maddeli bir araçtır. Bu ölçekte beş alt boyut bulunmaktadır (Tıbbi Durum [1, 3, 6 ve 11.soru], Risk Faktörleri [2, 12, 16 ve 18.soru], Egzersiz [4, 8, 13 ve 17.soru], Beslenme [5, 9, 14 ve 20. sorusu] ve Psikososyal Risk [7, 10, 15 ve 19.soru]). Her doğru yanıt “1 puan” olarak puanlanır, yanlış yanıtlar ve “bilmiyorum” olarak verilen yanıtlar “0 puan” olarak puanlanır. **Veri Dil Uyarlaması:** Ölçeğin Türk diline uyarlanması amacıyla çeviri-geri çeviri yöntemi (iki dil uzmanı) kullanıldı. **Kapsam Geçerliliği:** Ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak hesaplandı. **Ön Çalışma (Pilot Uygulama):** İlk olarak 10 kişilik hasta üzerinde pilot uygulama yapıldı. **Güvenirlilik Sınaması:** Pilot çalışmadan sonra test-tekrar test görüşmesi gerçekleştirildi. **Uygulama Aşamaları:** Güvenirlilik analizleri için toplam 324

hasta ile görüşüldü. **Verilerin İstatistiksel Analizi:** Veriler SPSS 16,0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin dağılımı frekans, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde gibi betimsel istatistikler kullanılarak çözümlendi. Geçerlik-güvenirlik analizleri kapsamında test-tekrar test analizleri, iç tutarlılık analizi, madde-toplam puan korelasyon analizleri ve faktör analizi yapıldı. Ölçeğin yapı geçerliğini ortaya koymak üzere Açıklayıcı/Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis [AFA]) yapıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $63,72 \pm 12,72$ ve %65,5'i erkektir. Grubun %71,7'si evli, %42,3'ü emekli ve %51,9'u ilkokul mezunudur. Bu çalışmada ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi ortalama değeri %92 bulundu. Madde-toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları $r = -0,031$ ile $0,592$ arasında bulundu. Maddelerden 15 tanesinin (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 ve 20. madde) korelasyon katsayısı $0,20$ 'nin üzerinde belirlendi. İlk olarak, korelasyon analizleri sonucu beş maddenin (1, 5, 7, 11 ve 15. madde) korelasyon değerleri düşük ($r \leq 0,20$) ve güvenilirlik katsayıları istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0,05$) bulundu. Böylece ölçek madde sayısı 20 maddeden 15 maddeye düşmüş oldu. İkinci kez yapılan (15 madde ile) madde-toplam puan korelasyon analizi sonuçlarına göre korelasyon değerleri düşük olduğu için ek olarak üç maddenin de (13, 16 ve 18. madde) ölçekten çıkarılmasına karar verildi. Böylece, ikinci analiz sonrası toplam 8 madde ölçekten çıkarılmış (1, 5, 7, 11, 13, 15, 16 ve 18. madde) oldu. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri $0,867$ (çok iyi), Bartlett'in Sphericity testi sonucu ($\chi^2=841,179$ ve $p < 0,001$) ileri düzeyde anlamlı bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda; ölçeğin faktör analizine uygun olduğu belirlendi. Açıklayıcı/Açımlayıcı Faktör Analizi sonucu ölçekteki (12 madde) tüm maddelerin iki alt boyutta toplandığı belirlendi. Ölçekteki 12 maddenin faktör yükleri $0,476-0,747$ arasında saptandı. Ölçeğin toplam varyansın %46,49'unu açıklayan 2 faktör yapısında olduğu bulundu. Analizler sonucunda birinci faktörde 7 madde (2, 6, 9, 12, 14, 19 ve 20.), ikinci faktörde 5 madde (3, 4, 8, 10 ve 17.) olduğu görülmektedir. Birinci faktör Beslenme, Stres ve İlaç Bilgisi alt boyutu olarak isimlendirildi. İkinci faktör Hastalık Belirtisi, Egzersiz Alışkanlıkları ve Kalp Krizi Sonrası Depresyon Riski Bilgisi alt boyutu olarak isimlendirildi. Açıklanan faktör yüzdeleri birinci faktörde %26,90, ikinci faktörde %19,59'dur. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $,84$ bulundu. Test-tekrar test güvenilirliği analizlerinde toplam puanları arasında istatistiksel olarak güçlü, pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı ilişki belirlendi.

SONUÇ: Çalışmada; ilk olarak korelasyon analizleri sonucu beş madde, ikinci analiz sonrası toplam 8 madde ölçekten çıkarılmış oldu. Son haliyle, toplam 12 madde içeren ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının $r=0,363$ ile $0,661$ arasında değiştiği görülmektedir. Bu çalışmada korelasyon değerlerinin düşük olmasına ve güvenilirlik katsayılarının anlamsız bulunmasına, ölçekteki maddelerin kavramsal alanı çok iyi kapsamama durumunun neden olabileceği düşünülmektedir. Hastaların yaş ortalamasının yüksek ve eğitim düzeyinin düşük olması gibi sosyodemografik özellikler, ölçeğin orijinal halinin uygulandığı örneklem grubu ile bu çalışmadaki hasta grubu arasındaki kültürel farklılıklar ve

ölçeğin uygulanması sırasında uygulayıcı ile ilgili faktörlerin de madde korelasyon değerlerinin düşük olması üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın sınırlılıklarından birisi araştırma grubunun sadece bir üniversite hastanesinde tedavisi ve izlemi devam eden 324 koroner arter hastasından oluşmasıdır. Araştırmanın yaş ortalaması yüksek, eğitim düzeyi düşük grupta yapılmış olmasının da araştırma sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir. Açıklayıcı Faktör Analizine göre ölçek 12 maddeli ve 2 faktörlü yapı göstermektedir. Ölçeğin koroner arter hastalarının hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesinde kısa ve uygulaması kolay bir ölçek olarak kullanımı yararlı olacağına dikkate alınması önem taşır. Koroner Arter Hastalığı Eğitimi Anketi-Türkçe Formu'nun (12-maddeli form) hastaların koroner arter hastalığına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemede kullanılmak üzere kısa, kolay uygulanabilen, anlaşılır, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu şeklinde görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: { Koroner Arter Hastalığı, Ölçek, Geçerlik, Güvenirlik }

KAYNAKLAR

1. Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, 37(1), 35-40.
2. Bergman, H.E., Reeve, B.B., Moser, R.P., Scholl, S., & Klein, W.M.P. (2011). Development of a Comprehensive Heart Disease Knowledge *Questionnaire*. *Am J Health Educ*, 42(2), 74-87.
3. Büyüköztürk, Ş. (2008). *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara. Pegem Yayıncılık.
4. Choudhary, M., Sharma, K., Sodhi, J.K. (2014). Knowledge regarding preventive measures of coronary artery disease among patient attending out patient departments of selected hospital of Ludhiana City. *International Journal of Healthcare Sciences*. ISSN 2348-5728 (Online), 2(1), 60-63.
5. Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your Analysis. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 10(7), 1-9. <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>
6. Çakmur, H. (2012) Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Prev Med Bull*, 11(3), 339-344.
7. Ghisi, G.L.M., Sandison, N., & Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Education and Counseling*, 99, 443-447.
8. Gözüm, S., & Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
9. İnangil, D., & Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 96-101.
10. Karakoç, Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39-49.
11. Kayaniyil, S., Ardern, C.I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., et al. (2009). Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Education and Counseling*, 75, 99-107.
12. Ölüm Nedeni İstatistikleri, (2018). TÜİK Haber Bülteni. Sayı: 27620, Tarih: 26 Nisan 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>. Erişim Tarihi: 08.10.2018.

13. Peirce, A.G. (1995). Measurement. In: Talbot LA, ed. *Principles and Practice of Nursing Research*. St. Louis: Mosby, 265-291.
14. Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara, Seçkin Yayıncılık. 1. Baskı.
15. Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 223-231.
16. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; (2018). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/ Erişim Tarihi: 08.10.2018.

Bildiri No: S-31

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MERHAMET VE EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Ezgi Mutluay Yayla, Tuğçe Türten Kaymaz

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce

GİRİŞ: Merhamet kavramı başkasının acısını giderme isteğini, acının nedenini anlamayla ilgili bilişsel süreci ve merhametli eylemlerde bulunmayı içeren davranışsal süreci kapsamaktadır (Gilbert, 2005). Hastalar merhamet hissine en çok ihtiyaç duyan bireylerdir (Jenkins & Warren, 2012). Hasta bireyler ile en uzun süre ve en yakın iletişim içinde olan sağlık profesyonelleri ise hemşirelerdir. Hemşireler bakım hizmeti verirken hastaların sevinçlerine ve üzüntülerine tanıklık ederler. Bu nedenle hemşirelerin hasta ve yakınlarına merhametli davranış göstermeleri gerekmektedir (Gök, 2015; Dikmen, Aydın & Tabakoğlu, 2016; Uğurlu, & Eti Aslan, 2017). Hemşirelik ve Ebelik Konseyi, insanların onurlarını koruyarak tedavi etmenin yolunun saygılı, şefkatli ve merhametli davranmaktan geçtiğini ve öğrencilerin profesyonel meslek hayatlarına geçmeden önce bu değerleri kazanması gerektiğini bildirmektedir (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2010; NMC, 2015). Ayrıca merhametli bakım hasta memnuniyetini sağlayan, hastayı olumlu yönde etkileyen ve iyileşmeyi hızlandıran bir bakım modelidir. (Dewar, Adamson, Smith, Surfleet, & King, 2014). Bu nedenle merhamet duygusunun hemşirelerin daha kaliteli bakım vermesini sağlayacak öğeler arasında yer aldığı söylenebilir.

Hemşirelik bakımının kalitesini arttıran öğeler arasında merhametli olmanın yanı sıra etkili iletişim becerisine sahip olmak yer almaktadır. İletişimin etkili olmasının ölçütü bireylerin anlaşıldığını hissetmeleridir. Bir kişinin kendisini karşıdaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletme süreci empati olarak tanımlanmaktadır (Dökmen, 1994; Mercer & Reynolds, 2002; Özçakır, 2002). Empatik eğilimi yüksek olan hemşireler hastaların ve ailelerinin duygularını ve ihtiyaçlarını daha doğru saptayabilir, hastanın durumuna uygun hemşirelik girişimleri planlayabilir, bakım gereksinimlerini etkili şekilde giderebilir. Hasta ve hemşire arasında kurulan empatik iletişim sayesinde hasta odaklı bakımın temeli atılmış olur (Mete & Gerçek, 2005; Ünal, 2011). Hemşirelik öğrencilerinin, geleceğin hemşireleri olarak empatik ilişki kurması ve merhametli bakım sağlaması için mesleki eğitimleri sırasında bu kavramlara yönelik gerekli bilgi ve becerilerle donatılması gerekmektedir. Ayrıca merhamet ve empatik eğilim kavramlarının araştırılması hemşirelik bakım uygulamalarında kullanılması için önemlidir.

AMAÇ: Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin merhamet ve empati eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin merhamet ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 2017-2018 öğretim yılı bahar yarıyılında öğrenimlerine devam eden 797 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 611 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, "Sosyo-demografik Veri Formu" (Metin, 2015; Dikmen, Aydın, & Tabakoğlu, 2016), "Merhamet Ölçeği" (MÖ) (Akdeniz, & Deniz, 2016) ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) (Dökmen, 1988) kullanılmıştır. Sosyo-demografik Veri Formu sosyo-demografik özellikleri içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Pommier (2011) tarafından geliştirilen merhamet ölçeği 6 alt boyuttan oluşan 24 maddelik beşli likert bir ölçektir. Türkçe uyarlaması Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir (Pommier, 2011; Akdeniz ve Deniz, 2016). Dökmen (1988) tarafından geliştirilen Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ), 20 maddeden oluşan likert tipi ölçektir. Toplam puan yüksek olması empatik eğilimin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Dökmen, 1988). Veri toplama formları araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler tarafından sınıf ortamında kendileri tarafından doldurulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, Kruskal Wallis, tek yönlü varyans analizi, ve korelasyon testi uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi $p < .05$ kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul, kurum izni ve katılımcı onamları alınmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.65 ± 1.75 dir. Öğrencilerin, % 76.4'ü kadın, % 77.6'sı yurttan yaşamakta ve % 42.4'ünün en uzun süre yaşadığı bölge Marmara Bölgesidir.

Öğrencilerin, Empatik Eğilim Ölçeği puan ortalaması 67.53 ± 9.01 (Min: 33.0, Max: 96.0)'dir. Merhamet Ölçeği puan ortalaması ise 95.18 ± 10.29 (Min:66.0, Max:116.0)'dir. Merhamet Ölçeği alt boyutlarına puan ortalamasına bakıldığında sevecenlik alt boyutunun 16.50 ± 2.61 , umursamazlık alt boyutunun 7.60 ± 2.69 , paylaşımlarının bilincinde olma alt boyutunun 15.81 ± 2.83 , bağlantısızlık alt boyutunun 8.00 ± 2.64 , bilinçli farkındalık alt boyutunun 16.02 ± 2.44 ve ilişki kesme alt boyutunun 7.17 ± 2.61 puan olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin okudukları sınıflara göre Empatik Eğilim Ölçeği toplam puan ortalamaları (F: 5.424; $p < .001$) ve Merhamet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (X^2 : 20.039; $p < .001$) (Tablo 1). Ayrıca, iki ölçek toplam puanları arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($r = .502$; $p < .001$).

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sınıflara Göre Empatik Eğilim Ölçeği ve Merhamet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sınıf	A.O±S.S	Test değeri
*Empatik Eğilim Ölçeği	1.sınıf	68,36±9,48 ^{a,b}	F=5,424	
	2. sınıf	65,84±9,65 ^a	P=0,001	
	3.sınıf	66,34±8,17 ^a		
	4.sınıf	69,50±8,36 ^b		
		Med± (min-maks)	Test değeri	
Merhamet Ölçeği**	1.sınıf	98,00±(67-117) ^a	X ² =20,039	
	2. sınıf	95,00±(66-116) ^{b,c}	P=0,000	
	3.sınıf	94,00±(68-116) ^b		
	4.sınıf	97,00±(69-115) ^{a,c}		

Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. *ONE WAY ANOVA TESTİ, ** KRUSKAL WALLIS

TARTIŞMA: Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (X: 67.53). Tutuk, Al & Doğan (2002)'ın hemşirelik öğrencileriyle aynı ölçekle yaptığı çalışmada öğrencilerin empatik eğilim ortalama puanı X: 69.55 olarak çalışmamızın sonucu ile benzer bulunmuştur (Tutuk vd., 2002). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelik son sınıf öğrencilerinin empatik eğilim ortalama puanı X:70.25 olarak bulunmuş olup çalışmamızın sonucu ile benzer olduğu görülmüştür (Öz, 1998). Çalışmamızda birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin empatik eğilim ortalama puanı ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinden yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak Egelioğlu vd. (2016)'nin çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıflar ile empati düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı bölümde öğrenciler ikinci sınıftan itibaren klinik uygulamaya çıkmaktadır. Öğrenciler, ikinci ve üçüncü sınıf klinik uygulamalarında kompleks hastalara bakım vermektedir. İlk klinik deneyim, bilgi ve beceri eksikliği gibi nedenlerin, bu sınıf öğrencilerinin empati yapmasını güçleştirdiği düşünülmektedir. Son sınıfa gelindiğinde ise bilgi, deneyim ve klinik uygulama sürelerindeki artışın öğrencilerin empati yeteneklerini geliştirdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelik öğrencilerinin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu (X: 95.18) ve birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin merhamet düzeylerinin ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinden yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonucumuza benzer olarak, Çingöl, Çelebi, Zengin & Karakaş (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin merhamet düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır (Çingöl vd., 2018). Çalışmamızda empatik eğilim ve merhamet ölçek toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Hasta bireye bakım verme ve empati, merhameti etkileyen faktörlerdendir (Figley, 2002). Çalışma sonucumuzun bu anlamda literatürü desteklediği görülmüştür.

SONUÇ: Hemşirelik öğrencilerinin, eğitimleri sırasında kazanacakları bilgi-beceri, empati ve merhamet düzeylerini arttırarak kaliteli bakım vermelerini sağlayacaktır. Merhametli bakım kavramının

ve empatik becerinin geliştirilmesine yönelik araştırmaların yapılması ve bu kavramların müfredatta yer alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdeniz, S., & Deniz, M. E. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 50-61.
2. Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S., & Karakaş, M. (2018). Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 61-67.
3. Dewar, B., Adamson, E., Smith, S., Surfleet, J., & King, L. (2014). Clarifying misconceptions about compassionate care. *J Adv Nurs*, 70(8), 1738-1747.
4. Dikmen, Y., & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?. *Journal of Human Rhythm*, 2(1). 13-21.
5. Dikmen, Y., Aydın, Y., & Tabakoğlu, P. (2016). Compassion fatigue: A Study of critical care nurses in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2879-2884.
6. Dökmen, Ü. (1988). Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama İle Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, XXI (1-2), 155-190.
7. Dökmen, Ü. (1994). *İletişim Çatışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 119-150.
8. Egelioglu Cetişli, N., Işık, G., Özgüven Öztornacı, B., Ardahan, E., Özgürsoy Uran, B.N., Top, E.D. & Ünsal Avdal, E. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıkları= Intercultural Sensitivity of Nursing Students According to Their Empathy Level. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 27-33
9. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
10. Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. P. Gilbert (Ed.), *Compassion: conceptualisation, research and use in psychotherapy* (9-74). London: Routledge.
11. Gök, G. A. (2015). Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 299-313.
12. Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012), Conceptanalysis: Compassion Fatigue and Effects Upon Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35, 388-395.
13. Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 52(Suppl), 9-12.
14. Mete, S., & Gerçek, E. (2005). PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 11-17.
15. Metin, Ö. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeyleri ile duygusal durumlara yaklaşma vekaçınma motivasyonları (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul).
16. Nursing and Midwifery Council [NMC] 2010. Guidance on professional conduct for nursing and midwifery students. Erişim tarihi: 19.01.2018 <http://www.staff.city.ac.uk/m.j.jones/PDFs/Guidance-on-professional-conduct-for-nursing-and-midwifery-students-September-2010.pdf>.
17. Nursing and Midwifery Council [NMC] 2015. The Code, Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. Erişim tarihi: 19.01.2018 <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>

18. Öz, F. (1998). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 32-38.
19. Özçakır, A. (2002). Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi? İntörn öğrenci görüşleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22, 185-189.
20. Pommier, E. A. (2011). The compassion scale. Dissertation Abstracts International Section A. *Humanities and Social Sciences*, 72, 1174.
21. Tutuk, A., Al, D., & Doğan, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 36-41.
22. Uğurlu, A. K., & Eti Aslan, F. (2017). Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi? *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(3), 233-238.
23. Ünal, S. (2011). İletişim. T. Atabek Aştı ve A. Karadağ (Ed.). *Perry-Potter Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri* (s.22-39). Adana: Nobel Tıp Kitabevi.

Bildiri No: S-32

KRONİK HASTALIKLARDA BİYOTERAPİ UYGULAMASINDA HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Arzu SENTÜRK, Hanife ÖZÇELİK

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Niğde

GİRİŞ: Biyoterapi, biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip biyolojik kaynaklı ajanlar kullanılarak yapılan, genetik mühendislik ve benzeri yüksek teknolojilerin kullanıldığı biyolojik sistemler aracılığıyla geliştirilen moleküllerin kullanıldığı bir tedavi şeklidir (1,2). Hedefe yönelik tedavi ve immunoterapi kavramları ile de anılan biyoterapi, geleneksel olarak immün sistemin yanıtını modifiye etmek için kullanılır. Biyolojik yanıt değiştiriciler olarak bilinen biyolojik ajanlarının en önemli özelliği, nokta atışı yaparak hastalık patogenezinde önemli olan ve hedeflenen özel bir kısmı bloke etmeleridir (3).

Biyoterapinin gelişiminde ilk adımlar 70'li yıllarda atılmıştır. 1973'te, genetik profesörü Dr. Stanley N. Cohen ile bir biyokimyacı, genetik mühendisi ve eğitimci olan Dr. Herb Boyer'in rekombinant DNA teknolojisini keşfetmişler; ertesini yıl ise, Cesar Milstein ve Georges Kohlerin monoklonal antikoları üretmeyi başarmışlardır. Bu iki önemli buluş, kullanmakta olduğumuz en önemli biyoteknoloji ilaçlarının keşfi için gerekli temelleri oluşturmuştur (4). Kırmızı biyoteknoloji alanında bulunan medikal sektörün 2012 yılında biyoteknoloji piyasasının %60'ını oluşturduğu ve bu pazarın %45,4'ünde Amerika; %26,2'sinde Avrupa'nın yer aldığı bildirilmektedir. Ayrıca ülkelerin büyük bir çoğunluğunun sağlık alanında biyoteknoloji harcamasına sahip olduğu, bu oranın Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada gibi ülkelerde oldukça yüksek izlendiği bildirilmektedir(5).

Ülkemizde ise biyoteknoloji alanında toplanan istatistiki verilerin azlığı dikkat çekmekte olup; Türkiye ilaç pazarında, 183 referans biyoteknolojik, 38 biyobenzer ilaç bulunmaktadır. Biyobenzer ilaçlardan 13 tanesinin (%34) üretimi ülkemizde yapılmaktadır. Biyoteknolojik ilaçların reçeteli ilaçlar içerisindeki payı ise 2015'te tutar olarak %17 seviyesindedir. Referans biyoteknolojik ilaç pazarını incelediğimizde 2014'te 2,09 milyar TL olan pazar 2015'te %19,4 büyüyerek 2,5 milyar TL'ye ulaşmıştır. Bu ilaçların reçeteli ilaç pazarındaki payı ise 2015 yılında %16,6'ya ulaşmıştır. Biyobenzer ilaç pazarını incelediğimizde 2015'te %59,3'lük artış göstererek 73,6 milyon TL'ye ulaştığı görülmektedir(6).

Günümüzde ise biyoteknolojiden edinilen biyolojik ilaçların birçok hasta için uzun vadeli reçetelere dönüşme yolunda olduğu bilinmektedir(7). Literatürde biyolojik ajanlar interferonlar, koloni uyarıcı faktörler, interlökinler, monoklonal antikolar ve diğer biyolojik ajanlar (TNF, efektör hücreler ve aşılarda) olmak üzere beş ana grupta sınıflandırıldığı, biyoterapide ilk sırada hematopoetik büyüme faktörleri ile monoklonal antikoların kullanıldığı bilinmektedir(8).

Biyolojik ajanların klinik uygulamalarda kullanım alanlarının hızlı bir şekilde genişlediği bilinmektedir. Literatürde biyoterapinin nöroendokrin tümörler, meme kanseri, metastatik kolorektal kanser, pankreatik nöroendokrin tümörler, kolorektal kanser, melanom ve böbrek kanseri, hepatik metastatik melanom, agresif HIV ile ilişkili non-Hodgkin lenfoması, multiple myelom, over kanserinde gelişen malign peritoneal effüzyon, metastatik mide kanseri gibi onkoloji alanlarında; kronik inflamatuvar romatizma, romatoid poliartrit, sistemik lupus eritematoz, Sjögren sendromu, nöropatiler, oto-immün sitopeni, idiyomatik trombositopenik purpura, kriyoaglutininler, kütanöz kükürt iltihaplanmaları gibi otoimmün hastalıklarda; romatoid artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, otoimmün karaciğer hastalıkları, AIDS, akut miyokard enfarktüsü, edinsel hemofili, üveit, psöriazis, multiple skleroz, radyasyon ve radyoterapiye bağlı lezyonların tedavisinde kullanıldığı bildirilmektedir (9-29). Ayrıca immün sistemin güçlendirilmesi ve gastrointestinal rahatsızlıklarda biyoterapinin bir alanı olarak probiyotiklerin kullanıldığı; melanom veya böbrek hücreli karsinomda yüksek doz interlökin-2 uygulaması yapıldığı; non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, hiperlipidemi ve karaciğer proliferasyonuna lipit düşürücü biyoterapi uygulaması başlatıldığı; kemik hastalığı için yeni bir biyoterapi alanı ile mezenkimal kök hücrelerin kullanıldığı; insan pankreatik kanserine yeni bir biyoterapi geliştirildiği; multiple myelomda katil hücre biyoterapi uygulaması ve biyoteknoloji ile tüberküloza karşı aşı uygulamalarının başlatıldığına ilişkin alanda yeni çalışmaların hızla devam ettiği görülmektedir (30-36). Kronik hastalıklarda sıklıkla kullanılan biyoterapötik ajanlara Tablo 1’de yer verilmiştir.

Biyoterapide hemşirenin sorumlulukları kısaca şu şekilde özetlenebilir(37-39):

- Biyolojik ilaçları uygun koşullarda saklama,
- Biyolojik ilaçların hazırlığı ve uygulamasında özel teknikler kullanma,
- İlaçların olası yan etkilerini ve akut durumları yönetme,
- İlaçların pahalı olması sebebiyle hastaların geri ödemeleri ile ilgili danışmanlık sağlama
- Hasta ve ailenin eğitimi

Biyoterapi uygulamalarına bağlı olarak gelişen hastaların sosyal, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonları değiştirebilen ve yaşam kalitesi algısını olumsuz yönde etkileyen fiziksel yan etkiler; grip benzeri belirtiler, gastrointestinal toksisiteler ve yorgunluktur (37-39). Daha çok kanser tedavisinde kullanılan biyoterapi, kanser hastalarının tedavi sürecine bağlı sıklıkla fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi semptomlarına ilişkin yakınmaları olduğu, hastaların semptom sıklıklarının artmadan tanılanması gerektiğine dikkat çekilmektedir (40). Ayrıca kemoterapi ve biyoterapi kaynaklı hipersensitivite reaksiyonları insidansının net bir şekilde bilinmediği, inflamatuvar ve romatolojik hastalarda biyoterapi tedavisi alan obez hastalarda obezitenin farklı biyolojik ajanların etkinliği üzerine olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (41-43). Yapılan bir çalışmada Fransa’da biyoterapi uygulamalarına bağlı hepatit E insidansında artış gözlemlendiği ve romatoid artrit vakasında bir biyolojik ajan ile tedaviye bağlı hepatit E artışı olduğu vurgulanmıştır (44).

Biyolojik ajanların klinik uygulamalarda kullanımının genişlemesi, birçok hastalığın temel immün sistem ile ilişkisinin belirlenmesi ve ilaç teknolojisindeki gelişmelerin olması, biyoterapi amaçlı kullanılan ajanların hastalara uygulanması ve bu ajanları kullanan hastaların yönetiminden birincil olarak yükümlü olan hemşirelerin sorumluluğunu artırmıştır (2). Hemşirelik müdahaleleri ile semptom yönetiminin sağlanması, hipersensitivite reaksiyonlarının zamanında yönetilebilmesi ve tedavi etkinliğinin artırılabilmesi için biyoterapik ilaçların tam olarak anlaşılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (41-43,45,46).

Biyoterapinin immün sistem etkisi, toksisite düzeylerinin saptanması ve reaksiyonları iyileştirmede hemşirelik müdahaleleri; hastanın yaşam kalitesi algısının farkındalığını ve değerlendirmesini, semptomları hafifletme stratejilerini içermesi gerekirken semptom yönetimi üzerinde neredeyse yok denecek kadar az sayıda hemşirelik araştırması bulunmaktadır (37-39). Bir kanser merkezinde biyoterapi tedavisi alan hastalara masaj terapisti tarafından uygulanan terapötik masaj uygulamasının hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete ve memnuniyet semptomlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (47). Ayrıca biyoterapi tedavisi alan hastalarla yapılan kalitatif bir görüşmede tedavi sürecinin hastalarda ciddi yorgunluğa neden olduğu ve uyku düzenlerini değiştirdiği, hastaların diğer hastalara tavsiyelerinin ise güçlü olmaları ve süreci akışına bırakarak devam etmeleri gerektiği bildirilmiştir (48).

Özçelik ve ark. onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin biyoterapi ile ilgili spesifik bir eğitim almamalarına rağmen, %79.5'inin lokal komplikasyonların gelişmesine yönelik hastaları takip ettiği, %85'inin bu komplikasyonlar hakkında hastaları bilgilendirdiği, %77.5'inin geç infüzyon reaksiyonları hakkında bilgilendirme yaptığı ve biyolojik ajanları saklama, hazırlama ve uygulama hakkında büyük oranda bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (49). Hemşirelerin biyolojik ajan uygulama durumlarına göre bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise biyolojik ajan uygulayan hemşirelerin uygulamayan gruptaki hemşirelere göre; biyolojik ajanların maliyetinin yüksek olduğunu, bazı biyolojik ajanların soğuk zincir kuralına göre saklanması gerektiğini, tedavide hastanın alerji öyküsünün belirleyici olduğunu, biyolojik ajanlarla tedaviye bağlı fırsatçı enfeksiyonların gelişebileceğini doğru bildiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (50).

Biyoterapi ile tedavi sürecinde hastaya uygulanacak biyolojik ajan seçiminden sonra hastayı korumak ve tedavinin güvenliğini, etkinliğini sağlamak için sıkı bir izlem gerekmektedir (51). Bu izlemin yapılmasından sorumlu olan hemşirelerin tedavi yaklaşımını anlamaları ve bu alandaki gelişmelere katılmaları gerekmektedir. Hemşire, öncelikle biyolojik ajanların başarılı bir şekilde uygulanması için tedavi öncesi hasta ile ilgili temel bilgileri hasta öyküsü olarak elde etmelidir. Biyolojik ajanlar genellikle protein içeren preparatlar olduğu için hazırlanmasında ve saklanmasında özellikle üretici firma önerilerini dikkate alan bir prosedür oluşturulmalıdır. Hemşireler bir ilacı uygulamadan önce ilacın normal dozu, yan etkileri, koruyucu önlemleri ve önerilen maksimum

konsantrasyonu bilmek durumundadırlar. Biyolojik ajanların infüzyonu sırasında oluşabilecek yan etkiler açısından hastaların yakından izlenmesi, yan etkilerin önlenmesi ya da en aza indirilmesi için hastanın eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca biyolojik tedavide hemşirelere hastanın değerlendirilmesi, hasta ve ailesinin eğitimi, ilaç kullanımı, hazırlanması ve uygulanması, olası yan etkilerin izlemi, ilaçların pahalı olması sebebiyle hastalara bu sorunlarında danışmanlık sağlama gibi durumlarda önemli görevler düşmektedir (49,52).

Gelecekte biyoterapötik ajanların moleküler mekanizmalarının daha da aydınlatılmasıyla yeni hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere uygun ajanların geliştirilmesiyle kişiye özgü tedavi imkânı artacaktır (53). Bu nedenle hemşirelerin kaliteli bakım sağlamak için biyoterapi konusunda bilgilenmesi, güncel yaklaşımları takip etmesi ve hasta eğitimine önem vermesi gerekmektedir (54).

Tablo 1. Kronik Hastalıklarda Sıklıkla Kullanılan Biyoterapötik Ajanlar ve Hemşirenin Sorumlulukları

İlaç İsmi	Etken Maddeler	İlaç Özellikleri	Kullanım Alanları	Ürün Fiyatı	Hemşirelik Uygulamaları
Herceptin 150 mg - Tek dozluk 1 flakon içeren ambalajlarda	Trastuzumab	Trastuzumab, spesifik olarak HER2 reseptörlerine bağlanan hümanize bir monoklonal antikordur. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)	Meme Kanseri ⁹	1,653.54 TL	Başlangıç için önerilen 4 mg/kg/vücut ağırlığı yükleme dozundaki Herceptin 90 dakikalık intravenöz infüzyon olarak uygulanır.
Avastin1 00mg 25mg/mL kons.inf.çöz.içeren 1 flakon	Bevasizumab	Kolon ve rektumun metastatik karsinomlarında, insan vasküler endotelial growth faktörüne (VEGF) spesifik rekombinan monoklonal IgG1 antikor.	Metastatik Kolorektal Kanseri ⁵⁵	3,430.83 TL	5-Flourourasil/Folinik asit veya 5-Flurourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisinde kullanılır.
Erbix 100 mg 2 mg/mL IV infüzyon için çözelti içeren flakon	Cetuximab	Setuksimab özellikle epidermal büyüme faktör reseptörünü (EGFR) hedefleyen bir kimerik monoklonal IgG1 antikorudur anti-epidermal growth factor receptor (EGFR) MoAb	Metastatik Kolorektal Kanseri ⁵⁵	792.83 TL	Birinci veya ikinci seri tedavide Folfox veya Folfiri kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanımı endikedir. Erbix 5 mg/ml intravenöz olarak infüzyon pompasıyla, yerçekimi ile damlatma veya enjektör pompası yardımıyla uygulanır. Başlangıç dozu yavaş yavaş verilmeli ve infüzyon hızı 5mg/dak'yı aşmamalıdır. Önerilen infüzyon süresi 120 dakikadır. İzleyen haftalık dozlar için önerilen infüzyon süresi ise 60 dakikadır. İnfüzyon hızı 10 mg/dak'yı aşmamalıdır.
MabThera Roche 100 mg/10mL IV infüzyon için konsantr solüsyon içeren flakon	Rituximab	anti-CD 20- ilk MoAb	Non-Hodgkin Lenfoma ¹²	1,503.48 TL	Önerilen doz, 4 hafta süreyle haftada bir kere i.v. infüzyon yoluyla verilen 375 mg/m ² vücut yüzey alanıdır. Mabthera, Chop (siklofosamid, doksorubisin, prednizon ve vinkristin) kemoterapisi ile kombinasyon şeklinde kullanılmalıdır.
Darzalex 100 mg/5 mL infüzyonluk çözelti	Daratumumab	İnsan CD38 monoklonal antikorudur. bir proteazom inhibitörü	Multiple Myelom ^{13,56}	1427,81 TL	Myelom hücreleri üzerinde antikor bağımlı sitotoksisite, kompleman bağımlı sitotoksisite ve CD38 enzim aktivitesini etkileyerek hücre ölümüne neden olmaktadır.
Campath-1H / Lemtrada 12mg/1.2mL	Alemtuzumab	Anti-CD 52 etkinlikte bir monoklonal antikor	Kronik Lenfoid Lösemi ⁵⁷	29.741 TL	T/B lenfositlere, makrofajlara, monositlere ve NK hücrelere bağlanır 30'ar mg 1-2 doz olarak, periferden kolayca uygulanabilir

Tysabri 300 mg/15 mL	Natalizumab Alemtuzumab (Lemtrada) Daclizumab (Zinbryta) anti-CD20 Monoklonal Antikorlar (Ritüksimab, Ocrelizumab, Ofatumumab)	Lökositlerin adezyonu ve aktive T hücre, B hücre ve monositlerin kan beyin bariyerini geçişini engelleyen humanize monoklonal antikor	Multiple Skleroz ²⁸	5711.28 TL	300 mg natalizumab IV, 4 haftada bir uygulanır. İlk 3 infüzyonda 250 mg IVMP uygulaması nötralizan antikor (NAb) gelişimi ve infüzyon reaksiyonlarını azaltabilir. Bir yıl arayla iki kür şeklinde uygulanır. Birinci yıl 5 gün ard arda ve 12 ay sonra 3 gün ard arda en az 4 saat içinde 12 mg IV infüzyon şeklinde uygulanır.
Xolair 150 mg/MI Enjeksiyonluk çözelti içeren kullanıma hazır enjektör	Omalizumab/ Etanersept (ETA) İnfliksımab (IFX)- TNF- α proinflamatuar sitokin Efalizumab/ Raptiva	Anti-IgE monoklonal antikor	Astım ⁵⁸	1,239.15 TL	Berrak ile hafif opak arası görünüşe sahip, renksiz ile soluk kahverengimsi-sarı arası renkte çözelti içeren bir kullanıma hazır enjektörden oluşan ambalajlarda sunulmaktadır. 2 veya 4 haftada bir, 1-4 enjeksiyon şeklinde uygulanır.
Tarceva Roche 150 mg 30 film kaplı tablet	Erlotinib	Epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) / (Altuzan)	Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri ⁵⁹⁻⁶⁰	3,295.96 TL	Günlük dozu yemeklerden en az bir saat önce veya en az iki saat sonra alınmak üzere 150 mg olarak ağızdan alınır.
Humıra Pen 40 mg/0.8 mL kullanıma hazır enjektör kalemi	Adalimumab (ADA)	Kimerik anti TNF- α monoklonal antikorudur. TNF- α inhibitörleri; (infliksımab, etanersept ve adalimumab)	Romatoid Artrit ^{19,61}	2,412.28 TL	Etkinliği arttırdığı ve anti-ilaç antikorlarının gelişimini azalttığı için metotreksat ile birlikte kullanılması tercih edilmektedir. İki haftada bir subkutan yol ile 40 mg dozunda uygulanır. Ülkemizde 40mg'lık flakon formu mevcuttur.

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDA MİKROBİYOTA VE HEMŞİRELİK

Mediha Sert, Zeynep Özer

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

GİRİŞ: Kardiyovasküler hastalıklar, mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksek olan ve insidansı giderek artan önemli bir hastalık grubudur. Dünyada 2015 yılındaki ölümlerin %31'inden (17,7 milyon), Türkiye'deki ölümlerin ise %47,73'den, 2016 yılında ise dünyada 17,9 milyon kişinin ölümünden sorumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; WHO, 2015, 2017). KVH'nin oluşumuna neden olan yada tetikleyen mekanizmalar arasında, enflamasyon, endotel disfonksiyon, vasküler yeniden yapılanma, vasküler tonüsün ve immün yanıtın farklılaşması yer almaktadır (Altuntas, 2017).

İntestinal mikrobiyota, nörolojik, gastrointestinal ve renal sistem hastalıkları, kanser, depresyon, otizm, anksiyete, parkinson, obezite, diyabet, ateroskleroz, hipertansiyon, miyokard infarktüsü ve kalp yetersizliği (KY) gibi hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (Tang, Kitai ve Hazen, 2017; Aksoyalp ve Nacitarhan, 2018). İM, gastrointestinal sistemdeki virüs, mantar, arkebakteri, bakteri ve ökaryotik gibi mikroorganizmalardan oluşabilen ve coğrafik özellikler, antibiyotik kullanımı, diyet, yaşam tarzı ve konak genetiği gibi birçok faktörden etkilenerek metabolizmaya etki gösterebilen dinamik bir yapıdır (Miele ve diğerleri, 2015; Aksoyalp ve Nacitarhan, 2018).

Yapılan çalışmalarda, İM'nin KVH gelişmesine sıklıkla yol açan, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı ve insülin direncinin düzenlenmesinde etkili olduğu ve KY'yle ilişkili konjesyonun, intestinal bariyeri değiştirerek, endotoksin benzeri çeşitli bileşiklerin salınıp dolaşımında artışıyla ilişkisi gösterilmektedir (Dumas ve diğerleri, 2006; Wang ve diğerleri, 2014)

Fareler üzerinde, Trimetilamin-N-oksit (TMAO) ve KVH ile ilişkili yapılan çalışmada, kolinde beslenen farelerde aterosklerozla ilişkili makrofaj reseptörlerin arttığı, KVH riski olan farelerdeyse İM'nin inhibisyonuyla aterosklerozu baskıladığı ve kolinin sindiriminde İM etkisiyle oluşan TMAO seviyesiyle KVH'nin öngörülebilmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca, aynı cinsiyet ve yaşta, KY olan hastalarda TMAO'nun KY olmayanlara oranla daha yüksek seviyede olduğu görülmüş ve yüksek plazma TMAO seviyesinin sağ kalımı azalttığı bildirilmiştir (Wang ve diğerleri, 2014).

Sindirilemeyen karbonhidratların İM fermantasyonuyla oluşan kısa zincirli yağ asitleri (KZYA), enerji metabolizmasını düzenleyen G-protein kenetli reseptörün türü olan GPR43'ü eksik farelerde, düşük yağlı diyetle rağmen obezite geliştiği, GPR43'ü yüksek olan farelerdeyse yüksek yağlı diyetle rağmen obezite gelişmediği gözlenmiş ve GPR43'ün aktivasyonu yağ birikiminin engellendiği gösterilmiştir (Kimura ve diğerleri, 2013). Çalışmalar sonucunda, KVH risk faktörleri arasında yer alan obezite, diyabet ve aterosklerozda İM rolü açıkça bildirilmiştir.

İntestinal mikrobiyotanın KVH'yle ilişkili bulunması İM'nin düzenlenmesiyle tedavinin sağlanabileceğini düşündürmektedir. İM'nin probiyotik, prebiyotik ve simbiyotik gibi ürünlerle düzenlenmesi ve fekal transplantasyon önerilen tedavi yöntemleridir (Varım, Vatan ve Varım, 2017). Probiyotikler, intestinal mikrofloranın ekolojik dengesini sağlamak üzere besinlerle birlikte alınan veya ayrı olarak hazırlanan, canlı mikroorganizmalar/bileşenlerdir. Prebiyotikler, İM'deki yararlı bakterilerin sayısını, aktivitesini ve probiyotiklerin etkisini arttıran sindirilmeyen bileşenlerdir (TDK, 2015). Simbiyotikler, probiyotik ve prebiyotiklerin birleşimidir. Fekal transplantasyon da, sağlıklı bireylerden alınan gaitanın süspansiyon haline getirilerek enema, nazoduodenal kateter gibi yöntemlerle bireyin intestinal lümenine verilmesidir (Varım ve diğerleri, 2017).

İntestinal mikrobiyotanın düzenlenerek KVH gelişiminin önlenmesinde en büyük role sahip olan hemşirelerin, risk altındaki bireyleri belirlemeleri ve başta bu bireyler olmak üzere kişilerin duygularının, diyetlerinin, yaşam şekillerinin değerlendirilmesi, düzenlenmesi ve sürdürülmesini sağlamaları ve bireyleri tek gıda grubu yerine çeşitliliği sağlayarak beslenmeleri konusunda bilgilendirmeleri, sigara, bilinçsiz antibiyotik kullanımı, sağlıksız ve düzensiz beslenmenin mikrobiyotaya olumsuz etkisi konusunda bireyleri uyarmaları gerekmektedir (Mozaffarian ve diğerleri, 2015; McElroy, Chung ve Regan, 2017).

AMAÇ: Bu derlemenin amacı, İM'nin KVH ile ilişkisinin irdelenmesi ve bu ilişkiye yönelik uygulanabilecek hemşirelik girişimlerinin aktarılmasıdır.

SONUÇ: İntestinal mikrobiyotanın KVH'yle ilişkisi, İM'nin düzenlenmesiyle KVH'nin önlenmesine olanak tanımayacağı yapılan çalışmalarda açıkça gösterilmektedir. Bireylerin hastalıklardan korunmasında en büyük rol hemşirelere aittir. Hemşirelerin, İM'nin sağlık üzerindeki etkisini, çeşitli mikrobik toplulukların temel yapıları ile işlevlerini anlamaları ve bakımlarında uygulamalarının, KVH insidansını azaltacağı ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: { Mikrobiyota; Kardiyovasküler Hastalıklar; Hemşirelik }

KAYNAKÇA

1. Aksoyalp, Z. Ş. ve Nacitarhan, C. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda barsak mikrobiyotasının rolü. *Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology*, 75(2), 213-224.
2. Altuntas, Y. (2017). Microbiota and Metabolic Syndrome. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 45(3), 286–296.
3. Dumas, M.-E., Barton, R. H., Toye, A., Cloarec, O., Blancher, C., Rothwell, A., ... Nicholson, J. K. (2006). Metabolic profiling reveals a contribution of gut microbiota to fatty liver phenotype in insulin-resistant mice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(33), 12511–12516.
4. Kimura, I., Ozawa, K., Inoue, D., Imamura, T., Kimura, K., Maeda, T., ... Tsujimoto, G. (2013). The gut microbiota suppresses insulin-mediated fat accumulation via the short-chain fatty acid receptor GPR43. *Nature Communications*, 4(1), 1829.
5. McElroy, K. G., Chung, S.-Y. ve Regan, M. (2017). Health and the Human Microbiome : A Primer

for Nurses. *The American Journal of Nursing*, 117(7), 24–30.

6. Miele, L., Giorgio, V., Alberelli, M. A., De Candia, E., Gasbarrini, A. ve Grieco, A. (2015). Impact of Gut Microbiota on Obesity, Diabetes, and Cardiovascular Disease Risk. *Current Cardiology Reports*, 17(12), 120.
7. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2015). *Heart disease and stroke statistics-2015 update: A report from the American Heart Association. Circulation* (C. 131).
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020*. Ankara: Anıl Reklam Matbaa.
9. Tang, W. H. W., Kitai, T. ve Hazen, S. L. (2017). Gut Microbiota in Cardiovascular Health and Disease. *Circulation Research*, 120(7), 1183–1196.
10. TDK. (2015). *İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü. Türk Dil Kurumu Yayınları* (2. bs.). Ankara.
11. Varım, P., Vatan, M. B. ve Varım, C. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar ve Mikrobiyota Cardiovascular Diseases and Microbiota. *BİOSAD, 1*(Özel Sayı), 141–147.
12. Wang, Z., Tang, W. H. W., Buffa, J. A., Fu, X., Britt, E. B., Koeth, R. A., ... Hazen, S. L. (2014). Prognostic value of choline and betaine depends on intestinal microbiota-generated metabolite trimethylamine-N-oxide. *European Heart Journal*, 35(14), 904–910.
13. WHO. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). 25.10.2018 tarihinde [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) adresinden erişildi.
14. WHO. (2015). *Global Status Report On Noncommunicable Diseases*.

KEMİK İLİĞİ NAKLİ OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

¹Derya GERESİNLİ , ²Emine KARAMAN, ²Asiye AKYOL

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, İzmir

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

GİRİŞ: Günümüzde kemik iliği transplantasyonu (KİT), lösemi ve lenfoma gibi hematolojik hastalıkların standart küratif tedavisi haline gelmiştir. Kemik iliği nakli, uzun süreli sağkalım ve tedavi şansı sunmakla birlikte, ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir işlemdir. Kemik iliği nakli olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesinin hasta ve ailesinin esenliklerini ve genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı; hastalığa uyumun artacağı, sonuçta da yaşam kalitesinin yükselebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışma, kemik iliği nakli olan hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan kanser ve tedavisi birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (1,2). Hastalığının adı ve verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (3).

Bireysel “iyi oluş” un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi, ekonomik ve çevresel faktörler, mesleki, sosyal, spiritüel, bilişsel fonksiyonlar, psikolojik rahatlık, fiziksel fonksiyonlar, tedavi ile ilgili semptomlar ve hastalığı da içine alan çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır(4,5). Günümüzde insonoğlu yaşamın uzunluğunun yanı sıra niteliği ile de yoğun olarak ilgilenmeye başlamıştır. Kanser tedavisindeki hızlı gelişme ile hastaların yaşam süresinin uzaması beraberinde yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir (6-8). Bu nedenle kanser hastalarında da yaşam kalitesi artan bir şekilde önem kazanmaya başlamıştır. Gerek hastalık gerekse mevcut tedavi yöntemleri, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek pek çok yan etkilere sahiptir(4,9-12).

Kemik iliği nakli veya hemopoetik kök hücre nakli maling hematolojik hastalıklarda önemli bir tedavi seçeneğidir (13). Günümüzde kemik iliği transplantasyonu (KİT), lösemi ve lenfoma gibi hematolojik hastalıkların standart küratif tedavisi haline gelmiştir. Kemik iliği nakli, uzun süreli sağkalım ve tedavi şansı sunmakla birlikte, ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir işlemdir. Yapılan çalışmalarda hematopoietik kök hücre nakli ve yüksek doz tedavinin, hastalarda ciddi fiziksel ve psikososyal yan etki oluşturduğu belirtilmektedir (14,15). Yüksek doz kemoterapi eşliğinde otolog veya allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda da tedavi sürecinde kullanılan kemoterapötikler,

kortikosteroidler ve narkotikler gibi ilaçların yan etkileri olarak bilişsel işlevlerin bozulması, metabolik ensefalopati, elektrolit dengesizliği ile birlikte duygusal travma görülebilmektedir (16).Kopp ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada erişkin hemapoetik kök hücre nakli olan hastaların tedaviden beş yıl sonra yaşam kalitesi sağlıklı kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında nakil olan 34 hastanın fonksiyonel durumunun (fiziksel, rol ilişki, kognitif, emosyonel, sosyal) sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu, en fazla yaşadıkları semptomların ise yorgunluk, ağrı, solunum sıkıntısı, uyku bozuklukları ve ekonomik sorunlar olduğu tespit edilmiştir (17). Andrykowski ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan bir çalışmada da kemik iliği nakli olan 200 hastanın yaşam kalitesi değerlendirilmiş; otolog nakil olan hastalar, fiziksel ve mesleki fonksiyonlarını kısmen yerine getirebildiği saptanmıştır (18). Allojenik nakil olan hastaların yaşam kalitesi otolog nakil olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir. Hastaların nakil sonrası yaşadığı fiziksel semptomlar arasında ise yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, uyku sorunları, bulantı-kusma, cilt reaksiyonları ve bulanık görmenin gözlemlendiği saptanmıştır (18).

HKKN Hemşirenin Sorumlulukları

Tedavi sürecini ve sonrası dönemde hastanın yaşam kalitesinin en alt düzeyde etkilenmesini sağlamak hedeflenmelidir.

Nakil öncesi uygulanan kapsamlı hasta eğitimi, bireyin tanı ve tedavisini anlamasına, kendi bakımına aktif katılmasına, hastalığı ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulmasına, sağlığını yeniden kazanmasına, kısa sürede iyileşmesine, komplikasyonların önlenmesine ve evde bakımın sürdürülmesine yardım eder. Kemik iliği nakli ünitesinde çalışan sağlık personeli, nakil yapılması planlanan hastaya, nakil sürecini, nakil sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonları, tedaviye yanıt oranları ve tedavi sırasında kullanılan tedavi yaklaşımları (kemoterapi, immunoterapi gibi), alternatif tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirme yapmalıdır(Erdal S ve ark 2017).

- Hastaların ekiple tanıştırılması,
- Klinik ortamın tanıtılması,
- Diğer hastalarla tanıştırılması ve güven artıran bir ilişkinin başlatılması,
- Hasta kabul aşamasından taburcu olana kadar psikolog ve sosyal hizmet uzmanı desteğinin kesintisiz olarak sürdürülmesi,
- Kemik iliği nakil hastalarına nakil sürecine yönelik eğitim konuları ve ilgili rehberlerin hemşireler tarafından geliştirilmesi ve eğitim tekrarlarının devamlılığı (resimli broşürler, videolar vb.),
- Hastaların nakil sürecini daha rahat geçirmelerine, verilen eğitimlerden istenilen düzeyde yararlanmalarına, hastaların duygu ve düşüncelerini hem yakınları hem de çalışanlarla paylaşmalarına uygun ortam hazırlanması önerilmektedir.

Kemik iliği nakli olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesinin hasta ve ailesinin esenliklerini ve genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı; hastalığa uyumun artacağı, sonuçta da yaşam kalitesinin yükselebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ertem E, Alkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(2):3-12.
2. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne. 2009.
3. Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kaliteleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003;7(1):47-58.
4. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;6(3):38-47.
5. Payne S. Commentary JHR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of Life in Palliative Care Cancer Patients: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1466-77.
6. Morris J, Perez, D, McNoe B. The use of Quality of Life Data in Clinical Practice, *Quality of Life Research*. 1998;7:85-91.
7. Kurt AS, Çetinkaya S. Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(8):35-55.
8. Yıldırım A. Health Related Quality Of Social Life. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2002;44(4):480-5.
9. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1997.
10. Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Uzm. Tezi, Ankara, 2001.
11. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*, 2002;7:120-5.
12. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi-Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*. 1995;9(38):85-95.
13. Janics H, Massz T, Rem P, Gabor S. et al. Quality of Life and Its Socio-demographic and Psychological Determinant Safter Bone Marrow Transplantation. *European Journal of Haematology*. 2013;91:135-40.
14. Nash RA. Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In: Greer JP, Forerter J, Lukes JN, et al. *Wintrobe's Clinical Hematology*. 11.ed, Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, 2003:889-909.
15. Joseph P, Claudio A, Heather J. Quality of Life After Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation Review Article. *Blood*. 2009;114(1):7-19.
16. Şentürk V, Yaylı M, Civelek AY. Bir Hastanın Güncesi: Kemik İliği Nakli Yapılan Hastalara Psikososyal Yaklaşım. *Kriz Dergisi*. 2004;12(1):55-65.
17. Kopp M, Holzner B, Meraner V, Sperner-Unterweger B, Kemmler G, Nguyen-Van-Tam DP, Nachbaur D. Quality of life in Adult Hematopoietic Cell Transplant Patients at least 5yr After Treatment: A Comparison with Healthy Controls. *Eur J Haematol*. 2005;74:304-8.
18. Andrykowski MA, Greiner CB, Altmaier EM, et al. Quality of Life Following Bone Marrow Transplantation: Findings from a Multicentre Study. *British Journal of Cancer*. 1995;71:1322-9.
19. Fayers P, Bottomley A. Quality of Life Research with in the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002;38(4):125-133.
20. Chow E, Hird A, Velikova G, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire for Patients with bone metastases: The EORTC QLQ-BM22. *European Journal of Cancer*. 2009;45:1146-52.
21. Güzelant A, Goksel T, Ozkok S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer C-30: An Examination into the Cultural Validity and Reliability of Turkish Version of the EORTC QLQ-C30, *Eur J Cancer Care*. 2004;13(2):135-44.
22. Erdal S ve ark. Toplumumuzda Kemik İliği Nakli Hastalarının Öncelikli Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2017;14 (4): 239-245

KARACİĞER SİROZU OLAN HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Fikriye Ersel, ²Yasemin Tokem

¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

GİRİŞ: *Karaciğer sirozu*; bir çok kronik karaciğer hastalığının ulaştığı son evreyi eder.¹ *Günlük yaşam aktiviteleri*(GYA); bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek için gün içerisinde yaptıkları tüm yaşamsal faaliyetlerdir.² Bireyden; beslenme, boşaltım ihtiyacı, bireysel hijyen uygulamaları, hareket ve dinlenme ihtiyaçlarını kendi kendine yapması beklenir. Bu süreçte deneyimlenen fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişiklikler nedeniyle birey olarak GYA gerçekleştirmekte zorlanabilirler ve sonuçta bir başkasının desteği ve bakımına ihtiyaç duyacak hale gelebilirler. *Bakım veren yükü*; Zarit ve arkadaşları tarafından, hastanın ihtiyaçlarını karşılarken veya ona yardım ederken hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal güçlüklerin tümü olarak ifade edilmektedir.³

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı; karaciğer sirozlu hastalarda GYA'ni gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı, prospektif ve ilişkisel tipte planlanan bu araştırma; İzmir'de bir üniversite hastanesinin Gastroenteroloji Kliniği'nde yürütüldü. Araştırma verileri 1 Kasım 2016 – 1 Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmış olup araştırma evrenini ardışık başvuran ve tanı süresi 6 aydan fazla olan 167 hasta oluşturmuştur. Örneklem araştırma evreni içinden ulaşılabilen ve katılımcı olmayı kabul eden 57'si yatan 63'ü poliklinik hastası olmak üzere toplam 120 hasta ve 120 bakım verenden oluşmuştur. Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu (15 soru), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (BGYAİ) İndeksi (10 madde), Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu (21 soru), Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) (22 soru) kullanılmıştır. Verilerin analizinde ortalama ve yüzde, Student t-testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, One-way ANOVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için ilgili kurumun Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (16.06.2016, 183 no'lu karar) onay, hasta ve bakım verenlerden ise araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA: Örneklemi oluşturan hastaların %52,5'i polikliniğe başvuran, %47,5' i ise yatarak tedavi gören hasta olduğu, %53,3'ünün 65 yaş altında ve yaş ortalamasının 63,05 olduğu saptanmıştır. Hastaların %51,7'si erkek dir ve literatüre bakıldığında karaciğer sirozunun erkeklerde daha sık görüldüğü gösterilmiştir.^{4,5,6,7} Hastaların %80'i evli, %64,2' sinin ilköğretim ve altı düzeyde eğitim seviyesinde olduğu bulunmuştur. Hastaların %50'sinin edinilmiş bir hastalığı olduğu, %65 'nin

dekompanze aşamada ve %59,2' sinde batında asit bulunduğu saptanmıştır. Siroz nedeni olarak % 44,2 oranında viral hepatitler olduğu görülmüş ve diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir.^{4,5,6,7}

Örnekleme oluşturan bakım verenlerin yaş ortalaması 51,32, çoğunluğu kadın (%73,3) (%81,7) evlidir literatür ile benzerlik göstermektedir.^{5,8,9,10} Bakım veren bireylerin verenerin en çok (%55) hastanın eşi olduğu, % 56,7'si ortaöğretim ve üstü eğitim seviyesinde, % 85,8'inin bakımını üstlendiği bir başka hastası olmadığı bulunmuştur. Bakım verenlerin %79,2 'sinin hastasıyla 24 saat beraber olduğu ve %7,5'inin hastasına bakabilmek için işinden ayrılmak zorunda kaldığı saptanmıştır.

Hastaların GYA'nde orta düzeyde bağımlı olduğu (İndeks puanı 86,20) ve BGYAİ'ne göre tek başına yapamadığı aktivitelerin başında (%12,5) merdiven inip-çıkma saptanmıştır. GYA' deki bağımlılık düzeyini yaş, çalışma durumu, edinilmiş hastalığı olma, siroz aşaması ve komplikasyonların görülme durumunun etkilediği bulunmuştur (p<.05). Literatüre bakıldığında karaciğer sirozu olan hastalara özgü GYA yapma düzeylerini değerlendiren bir çalışmaya rastlamamakla birlikte, kalp yetmezliği ile ilgili yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur.¹¹

Bakım verenlerin yaş ortalaması 51,32 yıl olup, % 73,3'ü kadın, % 81,7'si evli ve bakım yüklerinin hafif düzeyde (Ort. 21,31±15,18) olduğu saptanmıştır. Bakım verenin cinsiyet, sağlık sorunu olma durumu ve bakıma ilişkin yaşanan sorunların bakım veren yükünü artırdığı görülmüştür(p<.05). Literatür incelendiğinde cinsiyet ve bakım verenin sağlık sorunu olma durumu bakım yükünü etkileyen etmen olarak gösterilmiştir.^{12,13,14}

Bu araştırmada karaciğer sirozlu hastaların GYA gerçekleştirme düzeyi ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların GYA'ndeki bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin yükünün de arttığı saptanmıştır (r= - 0.516; p<.000).

SONUÇ: Bu sonuçlar doğrultusunda; diğer kronik hastalıklara oranla sirozlu hastalarda bağımlılık düzeyi daha düşük ve bakım veren yükü daha az derecede olsa da; hastalık şiddetinin ve ciddiyetinin artması, komplikasyonların oluşması ve buna bağlı hastane yatışlarının tekrarlanması, hasta ve bakım verene ait bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri günlük yaşam aktivitelerini dolayısıyla bakım veren yükünü etkilediği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Bakım Veren Yükü, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Karaciğer Sirozu*

KAYNAKLAR

1. Sonsuz A. Karaciğer Sirozunda Hasta Takibi ve Klinik Sorunlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kasım 2007: 99-112
2. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar Kitabı, 2012: 184-233
3. Zarit SH, Reeve KE, Bach- Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist, 1980; 20: 649-655
4. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz Bakım Güçlerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006: Cilt: 9 Sayı: 2
5. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP et al. The Multi-Dimensional Burden of Cirrhosis and Hepatic Encephalopathy on Patients and Caregivers, Am J Gastroenterol 2011; 106:1646–1653

6. Durmuş Ş. Karaciğer Sirozu Olan Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir- 2015
7. Kalaitzakis E, Josefsson A, Björnsson E.Type And Etiology Of Liver Cirrhosis Are Not Related To The Presence Of Hepatic Encephalopathy Or Health-Related Quality Of Life: Across-Sectional Study.BMC Gastroenterology 2008;8:46
8. Bayram H. Majör Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalara Klinikte Bakım Verenlerin Bakım Yükünün ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-2014
9. Dilbaz AS, Özden Dedeli Ö, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Solunum Hastalıkları, Cilt 25, Sayı 2-3-2015, 1-6
10. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA.İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler, Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 169-174
11. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne – 2008
12. Demirlek Ş.Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul- 2015
13. Dalgıç C. Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul- 2015
14. Gülpak M, Kocaöz S.Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, TAF Prev Med Bull 2014;13:99-108

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLI BİREYLERDE BAĞIMLILIK DÜZEYLERİNİN DÜŞME DENEYİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Cisem Cetin, ²Yasemin Tokem

¹ Serik Devlet Hastanesi Acil Servis, Antalya

² İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde meydana gelen fizyolojik değişimlerle KY gelişmektedir. KY düşme üzerinde etkisini; hastaların beyinde gri madde ve aksonların iletimlerini değiştirerek, serebral korteks ve derin çekirdeklerin motor aktivitede düzenleme yetisini bozmakta böylece denge ve yürüyüşü zayıflatıp düşmelere neden olmaktadır. Kalp yetersizliğinin oluşturduğu semptomlar; egzersiz toleransında azalma, azalmış kognitif bozukluklar, hipotansiyon, ortopne, yorgunluk, nefes almada güçlükler, paroksizmal nokturnal dispne, nokturi, anoreksi, kas-iskelet sistemi ağrısı, güçsüzlük, ödem, aktivite sınırlaması ve tedavinin oluşturduğu advers etkilerin düşme ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu semptomlar bireylerin günlük; fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlayarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıklarını arttırarak düşme deneyimini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda çok sayıda KY hastalarının postural hipotansiyon, serebral yaralanma ve kognitif bozulmalar sonucunda düşmelerin gerçekleştiği belirlenmiştir. Düşmeler yaralanmalara, sağlık bakım kullanımının artmasına ve ölüme sebep olmaktadır.

AMAÇ: Bu çalışma kalp yetersizliği(KY) tanısı konulmuş olan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda bağımlılık düzeylerinin düşme deneyimi üzerine olan etkisini belirleme amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlatıcı tipte tasarlanmıştır. Araştırma verileri 25 Mayıs – 31 Ağustos 2017 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran, kalp yetersizliği olan, araştırmaya gönüllü, 65 yaş ve üstü 119 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan hasta tanıcı bilgi formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık İndeksi, Düşme Davranışları Ölçeği (YDDÖ) ile toplanmıştır. Elde edilen veriler için sayı, yüzdeler, KiKare Analizi, Fisher Testi, Mann Whitney U Analizi ve T-Testi kullanılmıştır. SPSS istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 119 hastanın %68,9'u genç yaşlılar, %25,2'si orta yaşlılar, %5,9'u ileri yaşlılardır. Hastaların %65,5'i erkektir, %52,1'i düşme deneyimi yaşamıştır. Düşme deneyimi yaşayanların %71'i genç yaşlılardır (p=0,489) ve düşme deneyimi yaşayanların % 54,8'i erkektir (p=0,010). Düşme deneyimi yaşayanların %91,9'u kardiyoloji kliniğinde yatan hastalar (p=0,025), % 74,2'si düşme nedeniyle daha önce hastaneye yatmayan hastalardır(p<0,001). Çalışmaya katılan hastaların %57,1'i iskemik, düşen hastaların %50'si iskemik, (p=0,101), %58'i düşük ejeksiyon

fraksiyonlu , %42'si ≥ 45 ejeksiyon fraksiyonlu ($p=0,257$), % 41,9'u NHYA(II), %93,5'i kalp yetersizliği nedenli hastaneye yatmıştır ($p=0,736$). Hastaların %10,9'u tiroid ilaçları kullanmaktadır. Düşme deneyimi tiroid ilaçları kullanan hastalarda %84,6 ($n=11$)'dir ($p=0,013$). Hastaların %48,4'ü son 1 yıl içinde ve 1 kez düşmüştür. Hastaların %51,6 'sı ev içerisinde, %30,6, ev dışında açık alanlarda, %11,3'ü ev dışı kapalı alanlarda , %6,5'i hastanede düşme deneyimi yaşamıştır. Düşenlerin %56,5'i ($n=35$) yaşanan semptomlara bağlı, %32,3'ü ($n=20$) yanlış ters hareketle denge kaybı ile ve %11,3'ü ($n=7$) gelişen sağlık problemi nedeniyle düşme deneyimi yaşamıştır. Hastaların %48,4'ü yürürken, %24,2'si herhangi bir aktivite esnasında, %19,4'ü oturduğu/yattığı yerden kalktığında, %8,1'i ayaktayken düşme deneyimi yaşamıştır. Biyomedikal cihaz kullanan hastalarda düşme deneyimi %24,2 ($p=0,133$), engellilik/Sakatlık olan hastalarda %17,7'dir ($p=0,776$). Düşme 4 ve üzeri ilaç kullananlarda %93,8'i, 2-3 ilaç kullananlarda %6,3'tür($p=1,000$). Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde ev temizliği yapmada bağımlı olan hastalarda düşme deneyimi %53,2 'dir ($p=0,014$). Düşme deneyimi yaşayan hastaların KATZ Ölçek puanı ortanca değeri 5, düşme deneyimi yaşamayan hastaların KATZ ölçek puanı ortanca değeri 6'dır($p =0,025$). Erkek hastaların KATZ Ölçek puanı ortanca değeri 5,5, kadın hastaların KATZ ölçek puanı ortanca değeri 4'dür($p=0,021$).Yaşlılarda Düşme Davranışları Ölçeği alanları ölçek puanları ile düşme deneyimi dağılımı anlamlı değildir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan yaşlıların YDDÖ alanlarına erkek hastaların güvenli hareket ($p= 0,025$) ve sakınma alanında($p=0,000$) 'dir. Kadın hastaların telefona yetişme alanında ortanca değeri 2,00 'dir ($p=0,031$) .

SONUÇ: Bu çalışmanın sonucunda kalp yetersizliği; hastaların bağımsızlık düzeyini azaltarak düşme deneyimini arttırmaktadır. Kalp yetersizliğinin hemşirelik tedavi ve bakım süreci iyi yönetilerek bağımsızlık düzeyi arttırılmalı ve düşme deneyimi azaltılmalıdır.

Bildiri No: S-44

TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER RİSK, RİSK BİLGİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Lemye Zehirlioğlu, Hatice Mert, Dilek Sezgin, Ebru Özpelit

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

GİRİŞ: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) görülme sıklığı ile tüm dünyada giderek büyüyen bir sorundur ve dünya çapında ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.1 Ülkemizde görülme oranı gittikçe artan diğer önemli bir hastalık olan diyabet kardiyovasküler risk faktörlerinin başında gelmekte ve diyabeti olan bireylerin KVH risklerine yönelik kısıtlı düzeyde bilgileri olduğu, hastaların yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve kalp krizi ile diyabet arasında ilişki kuramadıkları bilinmektedir2. Fakat diyabeti olan bireylerin KVH risk durumları ile KVH risk bilgilerinin arasındaki ilişkinin incelendiği kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır.3 Bireylerin risk durumlarına uygun düzeyde bilgi sahibi olmaları, risk faktörlerine yönelik girişimlerin planlanması ve komplikasyonların önlenmesi adına oldukça önemlidir. Diyabet gibi önemli bir KVH risk faktörünün KVH risk bilgisine etkisinin, laboratuvar ve klinik verilere dayalı KVH risk sınıflamasının temel alındığı çalışmalar ile incelenmesinin bilinen KVH risklerine ilişkin bilgi farklılıklarının derinlemesine anlaşılması için büyük önem taşıyacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı tip 2 diyabeti olan hastalarda SCORE risk hesaplama cetveli ile hesaplanarak kalp hastalığı risk durumu, kalp hastalığı risk bilgisi ve ilişkili faktörlerin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tip 2 diyabeti olan hastalarda kalp hastalığı riski, kalp hastalığı risk bilgisi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanan bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel tasarımda planlanmış ve Nisan – Ekim 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesin kardiyoloji ve dahiliye kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmaya tip 2 diyabeti olan 188 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

1. En az 1 yıl önce tip 2 diyabet tanısı almış olmak
2. 18 yaş ve üzeri olmak
3. Türkçe anlayabilmek ve konuşabilmek

Dahil edilmeme kriterleri;

1. Psikiyatrik tanısı olmak

Verilerin toplanmasında aşağıda özellikleri belirtilen formlardan yararlanılmıştır:

Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu;

Bu form bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum) ve tıbbi özellikler (diyabet eğitimi alıp almadığı, diyabet tedavi şekli,

kardiyak tanı varlığı ve tanı süresi, sigara,) metabolik parametreler (HbA1c, Total kolesterol, HDL, LDL, AKŞ, TKŞ, Kan Basıncı) yönelik sorular içermektedir.

SCORE (Sistematik Coronary Risk Evaluation) Risk Hesaplaması;

Kardiyovasküler hastalık riskini tahmin etmek için birçok risk hesaplama denklemleri geliştirilmiştir. Bunlardan önemli bir tanesi de SCORE risk hesaplama cetvelidir. Kullanılan parametreler total kolesterol, sistolik kan basıncı ve sigara, cinsiyet ve yaştır. SCORE risk cetveline göre risk düzeyleri:

- % 1 düşük derecede risk
- % 2-4 orta derecede risk
- %5-14 yüksek risk
- %15 ve üzeri çok yüksek risk olarak sınıflanmıştır (Çevik, 2015). Katılımcıların SCORE puanlarının hesaplanmasında HeartScore online hesaplama sisteminden yararlanılmıştır.

Kalp Hastalığı Risk Bilgisi (HDFQ) Ölçeği;

Bu ölçek diyabeti olan bireylerin kalp hastalık risklerine ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla Wagner ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş olup 25 maddeden oluşmakta, üçlü likert şeklindedir. Ölçekte her doğru yanıt 1 her yanlış ve 'bilmiyorum' cevabı 0 puan olarak hesaplanmakta ve toplam puan doğru cevap sayısının dört ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır. Ölçekten en az dört en yüksek 100 puan alınmaktadır. Ölçeğin KR güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur.4

Araştırma verilerinin analizi SPSS 24.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin hesaplanmasında ortalama±standart sapma; kategorik değişkenlerde ise sayı ve yüzde hesaplamaları ile Mann Withney U testi, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon analizleri yapılmış, "p<0.05" değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Ölçeğin kullanılması için ölçeği geliştiren yazardan elektronik posta ile izin, araştırma verilerinin toplanmasında araştırmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı izin, araştırmanın uygulandığı hastaneden kurum izni ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 63,23±12,37 (min:30 - max:91), diyabet yaşı ortalaması ise 11,97±8,90 (min:1 – max:40) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %49,5'inin kardiyak tanısı bulunmakta, kardiyak tanı süre ortalaması 8,78±6,65 yıl (min:1 ay – max:30 yıl), HbA1c ortalaması ise (n=155) 7,10±2,62 (min:7.10 – max:18.60) olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların Kalp Hastalığı Risk Bilgisi puan ortalamaları 62,81±17,59 (min:16 – max:96) olarak, kardiyak risk puan ortalamaları ise 3,40±2,40 (min:1 – max:14) olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerin KVH risk bilgisine etkileri değerlendirilmiş, yaş, diyabet yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu ve kardiyak tanı varlığının KVH risk bilgisini anlamlı etkilediği, diğer değişkenlerin ise anlamlı etkisinin olmadığı görülmüştür. Katılımcılar KVH risk puanlarına göre gruplandırıldıklarında çoğunun 10 yıllık koroner olay gelişme riskinin orta

düzye olduğu görülmüştür. Düşük risk grubunda olan bireylerin KVH risk bilgisinin daha yüksek, diyabet yaşlarının daha düşük olduğu, yüksek ve çok yüksek risk grubundaki bireylerin ise HbA1c düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA: Çalışmamıza bireylerin KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi eksikliklerinin olduğu ve elde edilen HDFQ puanlarının farklı kültürlerden daha düşük olduğu görülmüştür.4,5 Çalışmamıza katılan bireylerin yaklaşık yarısının diyabet eğitimi almadığı görülmüştür. Diyabet eğitimi almayan bireylerin diyabetin komplikasyonlarına ilişkin bilgi sahibi olmaması beklendik bir durumdur. Bunun yanı sıra ülkemizde diyabet eğitimlerinde kardiyovasküler komplikasyonlara ne düzeyde değinildiği bilinmemektedir. Bunun yanı sıra KVH risk bilgisinin bazı sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerden anlamlı düzeyde etkilendiği görülmekte, literatürde KVH risk bilgisinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile ilişkisine dair farklı sonuçlar bulunmaktadır.6-9 Çalışmamızda artan yaşla beraber KVH risk bilgisinin azalmış olması yaşlılığa bağlı başlamış olan bilişsel fonksiyonlardaki değişimlerin diyabeti olan bireylerde çok daha hızlı olması ve bu nedenle öğrenme güçlükleri yaşanması ile açıklanabilir. Yüksek düzey eğitimin pozitif etkisi bu bireylerde sağlık sorumluluğunun daha yüksek olması ile çalışıyor olmanın etkisi ise aktif yaşamın diyabet için oldukça önemli bir unsur olan düzenli yaşamı (yemek saatleri, uyku vb.) beraberinde getirmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

SCORE'a göre katılımcıların çoğunun KVH riskinin orta düzey olduğu ve KVH risk bilgisi yetersiz olan ya da diyabet yaşı ile HbA1c değeri yüksek olan bireylerin KVH riskinin de yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Flink ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında KVH risklerinden en az üçüne sahip hastalarda olmayanlara oranla KVH risk bilgisinin daha az olduğu saptanmıştır.9 Udenze ve Amadi'nin (2018) çalışmasında diyabeti olanların risk durumunun HbA1c değerleri ile pozitif yönde ilişkisi olduğu saptanmış, Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) ise hesaplanan KVH risk puanları ile HbA1C düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.3,10 Kalp hastalıklarından korunmada ve diyabet yönetiminin sağlanmasında birçok uluslararası kuruluş yaşam tarzı değişikliklerini önermektedir.1 Bu sonuçlar diyabete ve komplikasyonlarına ilişkin bilgi sahibi olan hastaların gerekli bazı yaşam tarzı değişikliklerini sağladıklarını, böylelikle glisemik kontrolü sağlarken bireysel KVH risklerini de azalttıklarını göstermektedir.

SONUÇ: Çalışmamız diyabeti olan bireylerin KVH risklerinin olduğunu, KVH risk bilgisinin zayıf olduğunu ve KVH riski ile KVH risk bilgisi arasındaki sıkı ilişkiyi göstermiş, bireysel risk hesaplamalarının yapılması ve koruyucu yaklaşımların önemini gözler önüne sermiştir.

KAYNAKLAR

1. European Society of Cardiology (ESC). (2007). The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases. European Heart Journal, 28, 88–136.
2. Merz N.B, Buse J.B, Tuncer D, Twillman G.B. Physician attitudes and practices and patient awareness of the cardiovascular complications of Diabetes. Journal of the American College of Cardiology, 40(10): 1877–81, 2002.

3. Çevik Bayındır, Ayfer, Şeyda Özcan, and İlhan Satman. "Reducing the modifiable risks of cardiovascular disease in Turkish Patients with type 2 diabetes: the effectiveness of training." *Clinical nursing research* 24.3 (2015): 299-317.
4. Wagner J, Lacey K, Chyun D, Abbott G. Development of a questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: the Heart Disease Fact Questionnaire. *Patient Education and Counseling* 58: 82–87, 2005.
5. Wagner J, Abbott, G, Lacey K: Knowledge of risk for heart disease among Spanish speakers with diabetes: The role of medical interpreters. *Ethnicity and Disease*. 2005,1 5:679-684.
6. Chinju G. ve Andhuvan G. (2014). A population - based study on Awareness of Cardiovascular Disease Risk Factors. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, Vol 7, Issue 2, Apr–Jun.
7. Angosta AD, Speck KE. Assessment of heart disease knowledge and risk factors among first-generation Filipino Americans residing in Southern Nevada: A cross-sectional survey. *Clinical Nursing Studies*, 2014, Vol. 2, No. 2.
8. Kilkenny F. ve ark.(2017). Knowledge of risk factors for diabetes or cardiovascular disease (CVD) is poor among individuals with risk factors for CVD. *PLOS ONE*; 28, Feb.
9. Flink L. Sciacca R. Bier ML. Rodriguez J. Giardina EGV. (2013). Women at Risk for Cardiovascular Disease Lack Knowledge of Heart Attack Symptoms. *Clin. Cardiol.* 36, 3, 133–138.
10. Udenze IC, Amadi CE. Cardiovascular disease risk assessment in Nigerian adults with type 2 diabetes and metabolic syndrome using the Framingham's risk score. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 2018; 3(1), 15.

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERDE KAYGI DÜZEYLERİNİN AKADEMİK BAŞARIYA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Sevgisun Kapucu, Afra Çalık, Gülşah Kesik

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara

GİRİŞ: Kaygı (anksiyete), her insanın tüm yaşamı boyunca taşıdığı ve yaşamın kaçınılmaz bir parçası olan evrensel bir duygudur (1-4). Kaygı, insan davranışlarının açıklanmasında çok önemli bir kavram olup bireyde zorlanma sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepki olarak tanımlanmaktadır (7,9). Kaygının bireyde algılama, öğrenme becerileri ve motivasyon düzeyini etkilediği bildirilmektedir (2,4). Kaygının hiç olmaması veya aşırı derecede olması bireyi olumsuz etkilemektedir. Kaygı hiç olmazsa; istek olmaz, motivasyon olmaz böylece performans tam anlamıyla ortaya konmaz. Bunun tersi olarak kaygı çok yüksekse, enerji verimli bir şekilde kullanılamaz, dikkat ve konsantrasyon yetersiz olacağından performans doğru bir şekilde ortaya konamaz. Kaygı, bireyin üretken ve yaratıcı olmasını engelleyip kendini gerçekleştirmesine ve öğrenme sürecine engel olabilir (3,4).

Psikonalitik yaklaşımlı çalışmalar aşırı kaygının öğrenme üzerinde her zaman olumsuz etki gösterdiğini belirtmektedir (7). Spance basit bir öğrenme söz konusu olduğunda yüksek anksiyetenin öğrenmeyi kolaylaştırdığını, ancak karmaşık bir öğrenim durumunda anksiyetenin öğrenmeyi engellediğini ileri sürmektedir. Speilberger, sürekli anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, öğrenme durumunda duruma bağlı anksiyetesinin yükseldiğini, bunun ise öğrenmeyi olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Yerkes-Dodson kanununa göre en üst öğrenme, duruma bağlı kaygı düzeyi orta derecede olduğunda gerçekleşmektedir (1-4,7).

Literatür (5-7,9) incelendiğinde, kaygının normal ve patolojik anksiyete olarak ikiye ayrıldığı görülmektedir. Normal kaygı; May'e göre; tehditle orantılı, depresyon içermeyen, bilinç seviyesinde yapıcı bir iyileşme sağlayan bir duygudur (7). Normal düzeydeki kaygı bireyin kendini geliştirmesine, başarılı olabilmek için daha aktif biçimde çalışmasına, kendi varlığını sürdürmesine engel olabilecek tehlikeli konularda onu uyararak gerekli tedbirleri almasına, daha yaratıcı, daha üretici olmasını sağlar ve belli bir düzeye kadar performansı artırarak motive eder (9). Patolojik kaygı ise, kişinin performansını azaltarak başarısızlığa iten ve öz saygı kaybına neden olan bir duygudur. Süre ya da şiddet olarak aşırı olması, kişinin yaşamını olumsuz etkilemeye başlaması kaygının patolojik boyut aldığını düşündürür (5,6).

Bir diğer ayrıma göre, kaygı durumluk ve sürekli kaygı olarak sınıflandırılabilir (3,4). Durumluk kaygı, stres yaratan bir faktörle karşılaşıldığında bireyin kaygı seviyesinin yükselmesi, faktör ortadan kalktığında ise düşmesi beklenir. Durumluk kaygı, normal bir psikolojik yanıttır. Sürekli kaygı ise, çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, içsel kaynaklı bir kaygı türüdür. Sürekli kaygıya sahip kişiler

huzursuzluk içinde yaşayan ve genellikle mutsuz olan bireylerdir (7). Sürekli kaygı patolojiktir; kişinin motivasyon ve başarı düzeyini aşağı çeker (5,6).

Gençlik, yetişkin rolü ve sorumlulukların yüklendiği ve aynı zamanda ruhsal açıdan önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Öğrencilerin üniversiteye başladıklarında gerek yaş ortalamaları itibariyle psikolojik açıdan daha hassas oldukları, gerekse ortaöğretimde alışkın oldukları ortamdaki çok farklı bir ortama adaptasyon sürecinde olmaları, gördükleri derslerden çok farklı dersler görmeleri anksiyete seviyelerinin yükselmesine ve patolojik boyuta ulaşmasına sebep olabilmektedir (6-9). Bununla birlikte, üniversitede alınan dersler, gençlerin daha fazla ders çalışmalarını, bunun yanında kritik düşünme becerilerini geliştirerek kullanmalarını gerektirmektedir. Bütün bu sebeplerle üniversite öğrencilerinde kaygı seviyeleri ve kaygı ile başetme düzeylerinin, akademik başarıyı etkilediği düşünülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde kaygıyı artıran önemli faktörlerden biri olan sınav anksiyetesi, öğrencinin sınav sonucunda elde edeceğini düşündüğü akademik başarısızlığı genelleyerek bunu kişiliğinin başarısızlığı olarak algılamasından kaynaklanan, dolayısıyla öğrenilen bilginin sınav sırasında etkili bir biçimde kullanılmasını engelleyen ve başarının düşmesine yol açan yoğun kaygı durumudur. Sınav kaygısı aslında gerekli ve faydalıdır. Öğrenciyi öğrenmeye, bir amaç edinmeye motive eder. Faydalı olmayan yüksek ve aşırı kaygıdır. Aşırı sınav anksiyetesi, kaygı seviyesini artırarak başarı seviyesinin düşmesine neden olur.

Hemşirelik eğitimi, çoğu üniversite eğitim programında olduğu gibi genellikle okul ortamında gerçekleştirilen bir eğitim olup, hastanede gerçekleştirilen pratik eğitim ile desteklenmektedir. Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin, öteki üniversite eğitimi programlarındaki gibi ortam, okul, sınav kaygısı gibi unsurlara ek olarak; hasta ile iletişim, hastane ortamına adaptasyon gibi bir anksiyete kaynakları da bulunmaktadır. Bu sebeple üniversite öğrencileri içinde hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyi açısından öne çıkan bir grup olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin, sınav kaygısı ve başetme düzeylerinin akademik başarıya etkisinin saptanması amaçlanmaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin, eğitimde öğrenenden kaynaklı önemli bir olumsuz faktör olan kaygının azaltılmasıyla, öğrencilerin akademik başarılarını yükseltilmesi ve aynı zamanda iyi bir hemşire olarak yetiştirilmelerinde yol gösterici olabilecek çalışmalara öncü olabileceği düşünülmektedir.

AMAÇ: Bu çalışmada, sınava hazırlanan öğrencilerin yaşamakta oldukları sınav öncesi anksiyete düzeyleri ve başetme durumları ile başarı arasındaki ilişki ve bazı sosyo-demografik özelliklerinin sınav öncesi kaygı düzeyleri ile başarı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri yaşadıkları kaygı düzeyini etkiliyor mu?
2. Öğrencilerin akademik başarı durumları ile yaşadıkları kaygı düzeyi birbirini etkiliyor mu?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Evren-Örnekleme: Çalışmanın evrenini, bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Fakültesi'nde 2015-2016 Eğitim-Öğretim Yılı Güz Yarıyılı'nda öğrenim görmekte olan 1,2,3 ve 4. sınıf toplam 708 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın, örneklemini belirlemek için, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda toplam 206 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı

SINIF	MEVCUT ÖĞRENCİ SAYISI	HESAPLANAN ÖĞRENCİ SAYISI	ULAŞILAN ÖĞRENCİ SAYISI
1	217	64	64
2	271	104	104
3	130	21	21
4	90	11	11
TOPLAM	708	206	206

Veri Toplama Aracı: Verilerin toplanması amacıyla öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin bulunduğu anket formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. İki alt ölçekten de elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir. (1). Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (2).

Araştırmanın Uygulanması: Araştırmayı kabul eden öğrencilere araştırmacılar tarafından, final sınavlarından bir hafta önce kendi sınıf ortamlarında anket formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Tanıtıcı özellikler için anket formu istatistiksel analizlerinde sayı, yüzdeler, ortalama gösterimi kullanılmıştır. Bağımsız grupların kullanılan ölçek ve alt boyutlarına göre karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri tablo 2'de verilmiştir. Tabloya göre öğrencilerin yaş ortalaması 19.9 ± 1.46 olup, akademik başarı ortalamaları 2.6 ± 0.43 'dür. Öğrencilerde stres yaratan durumlara baktığımızda %46.6'sı dersler olarak ifade etmiştir (tablo 3). Öğrencilerin %35.9'u sınava bir hafta öncesinde hazırlanmaya başladığını ve %64.1'i ise kendilerini sınavlarında başarılı bulduklarını belirtmişlerdir (tablo 4). Öğrencilerin sınıflarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarına baktığımızda birinci sınıfların en yüksek düzeye sahip oldukları görülmektedir (tablo 5). Öğrencilerin akademik ortalamaları ile durumsal ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Akademik ortalama ile

Sürekli kaygı ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunur iken ($p \leq 0.05$) akademik ortalama ile Durumluluk kaygı ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p \geq 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 206)

Tanıtıcı Özellikler		
Yaş Ortalaması	19.9±1.46	(min:18- max:24)
Akademik Ortalama	2.6±0.43	(min:1.80- max:3.90)
Üniversite Giriş Puan Ortalaması	414.7±22.36	(min:345- max:475)
Kardeş Sayısı Ortalaması	2.8±1.07	(min:1- max:8)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	175	85.0
Erkek	31	15.0
Sınıf		
1.sınıf	67	32.5
2.sınıf	104	50.5
3.sınıf	24	11.7
4.sınıf	11	5.3
Medeni Durum		
Evli	3	1,5
Bekar	203	98.5
Mezun Olduğu Lise		
Düz lise	44	21.4
Anadolu Lisesi	151	73.3
Meslek Lisesi	5	1.9
Fen lisesi	4	2.4
Özel lise	2	1.0
Mesleği Seçme Durumu		
İsteyerek seçti	102	49.5
İstemeden seçti	104	50.4
Kaldığı Yer		
Devlet yurdu	80	38.8
Özel yurt	78	37.9
Aile yanı	25	12.1
Arkadaşlarıyla	19	9.2
Diğer	4	1.9
Sosyo-Ekonomik düzey		
Düşük	5	2.4
Orta	156	75.7
İyi	44	21.7
Çok İyi	1	0.5
Ailenin Yapısı		
Aşırı Otoriter ve Reddedici	5	2.4
Aşırı Koruyucu	16	7.8
Tutarsız	4	1.9
Aşırı Hoşgörülü	15	7.3
İlgisiz ve Kayıtsız	6	2.9
Kabul Edici, Güven Verici ve Demokratik	158	76.7
Sosyal etkinliklere katılma durumları		
Katılan	147	71.4
Katılmayan	59	28.6

Tablo 3. Öğrencide Stres Yaratan Durumlar (n: 206)

Stres Yaratan Durumlar	n	%
Dersler	96	46.6
Öğretim elemanı	88	42.7
Fizik ortam	61	29.6
Sosyal yaşantı	37	18.0
Kendisi	44	21.4
Eğitim	41	19.9
Ailesi	21	1.2
Okul arkadaşları	17	8.3

Tablo 4. Öğrencilerin Girdikleri Sınavlara İlişkin Özellikleri (n: 206)

Girdikleri Sınav Sayılarının Ortalaması	7.1±4.93 (min:0-max:20)	
Sınavına hazır hissettiği ders sayısı Ortalaması	11.4±4.97 (min:0-max:25)	
	n	%
Başarılı Bulma Durumu		
Evet	132	64.1
Hayır	74	45.9
Sınav Hazırlık Süresi		
Derse paralel her gün	35	17.0
Arada bir	31	15.0
Sınavdan bir-iki gün önce	22	10.7
Sınavdan bir hafta önce	74	35.9
Derse paralel her hafta sonu	35	17.0
Diğer	9	

Tablo 5. Öğrencilerin sınıflarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları (n:206)

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçek Puan Ortalamaları	Sınıflar	n	Ort±SS	F	p
Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları	1.sınıf	67	49.8±3.58	10,99	,000
	2.sınıf	104	45.5±5.64		
	3.sınıf	24	46.9±3.85		
	4.sınıf	11	43,4±9.91		
Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları	1.sınıf	67	49.1±3.29	12,69	,000
	2.sınıf	104	44.2±6.15		
	3.sınıf	24	47.4±5.77		
	4.sınıf	11	43.5±6.51		

Tablo 6. Öğrencilerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının ile akademik puan ortalamalarının karşılaştırılması

DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamaları		Akademik Ortalama
Durumluk Kaygı Ölçeği	Pearson Correlation	-,134
	Sig. (2-tailed)	,055
	N	206
Sürekli Kaygı Ölçeği	Pearson Correlation	-,221**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	206
Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği	Pearson Correlation	-,201**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	206

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

TARTIŞMA: Araştırmamızın bulgularına göre; akademik not ortalaması dikkate alınarak belirlenen akademik başarı düzeyi, sürekli kaygı durumundan etkilenirken, durumluk kaygı düzeyinden etkilenmemektedir. Bu durum, öğrencilerde sürekli kaygı düzeyi arttığında akademik başarı düzeyinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde (12-14) bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu şekilde, öğrencilerde başarı düzeyinin ve kendini akademik anlamda yetkin hissetme durumunun kaygı durumunu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Benzer şekilde, çalışmamızda, sürekli kaygı seviyesinin de akademik başarıyı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Ayyıldız ve ark (2014)'nin çalışmasında Öğrencilerin akademik ortalamaları ile “Durumluk Kaygı Ölçeği” puan ortalamaları arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (15). Literatürdeki (7,9,11,16) patolojik boyuttaki kaygının başarı ve motivasyonu olumsuz şekilde etkileyeceği bilgisi ile uyumludur. Çalışmamızda, literatürle (12-14) uyumlu şekilde öğrencilerde stres yaratan en önemli faktörün dersler olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdan ortaya çıkan bir diğer önemli sonuca göre, öğrencilerin sınıflarına göre kaygı düzeylerinin etkilendiği görülmektedir. Buna göre, üniversite eğitimine başlanıldığı ilk yılda hem sürekli hem de durumluk kaygı seviyesi en yüksek düzeydedir. Bu sonuç, literatürdeki, bireylerde yeni bir ortama adapte olma sürecinin kaygı düzeyini artırdığı bilgisi ile uyumludur (1,5,6,14).

SONUÇ VE ÖNERİLER: Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda; akademik başarı durumunun sürekli kaygıyı artırdığı, hemşirelik öğrencilerinde üniversitenin ilk yılında kaygının daha yüksek olduğu ve kaygıya sebep olan en önemli faktörün dersler olduğu söylenebilir. Bu verilere dayanarak; öğrencilerdeki kaygı düzeyinin azaltılabilmesi için üniversitenin ilk yılında oryantasyon desteği ve daha yoğun rehberlik hizmetleri verilmesi, başarısızlığın kaygıyı artırması sebebiyle öğrencilerin akademik anlamda daha çok desteklenmesi önerilmektedir. Kaygı seviyesinin düşürülmesi ile öğrencilerde akademik başarının da yükseltilebileceği öngörülmektedir. Ayrıca diğer üniversite bölümlerinin öğrencilerine de benzer araştırmalar yapılarak bu konuda daha kapsamlı veriler elde edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Güler Ö, Çınar S. (2010) Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stresörler ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 2010.
- 2- İşlekdemir B. (2014) Girişimsel Hemşirelik Uygulamaları Sırasında Hastanın Yanında Yakınının Bulunmasının Ağrı ve Kaygıya Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 3- Suner FB. (2000) Farklı Liselerdeki Ergenlerin Benlik Saygısı, Akademik Başarı ve Sürekli Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 4- Kopuz E. (2013) Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi ve Stresle Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 5- Egelioğlu N, Arslan S, Bakan G. (2011) Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet Durumlarının Akademik Başarıları Üzerine Etkisi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*.
- 6- Erbil N, Kahraman AN, Bostan Ö. (2006) Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9:1
- 7- Öz F. (2010) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara. ISBN: 978-605-88788-0-8
- 8- Clegg A. (2001) Occupational stres in nursing: A Review of the literature. *Journal of Nursing Management*; 9:101-6.
- 9- Çam O, Büyükbayram A. (2017) Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 8(2):118-126
- 10- Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire"). 1983.
- 11- Öner N, Le Compte A. Sürekli durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı, Boğaziçi Ün. Yayınları, İstanbul. 1998.
- 12- Lee E. (2005) The Relationship of motivation and flow experience to academic procrastination in university students. *The Journal of Genetic Psychology* 166 (1), 5-14.
- 13- Hancock DR. (2001) Effects of test anxiety and evaluative threat on students' achievement and motivation. *Journal of Educational Research*, 94(5), 287-291.
- 14- Özer K. (2002) Kaygı: sınanma duygusuyla baş edebilme. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- 15- Ayyıldız T, Konuk Şener D, Veren F. (2014) Hemşirelik Öğrencilerinin Akademik Başarılarını Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(3):222-228.
- 16- Genç Y. (2016) Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Sınav Kaygılarını Etkileyen Faktörler. <http://www.registericpess.org/index.php/ICPESS/article/view/674/26> erişim tarihi: 30.10.2018

Bildiri No: S-46

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİYİ ÖNLEMEDE HEMŞİRELERİN ETKİNLİĞİ NE DÜZEYDE?

Fatma Genç¹, Ayten Kaya², Şuhule Tepe Medin³

¹ Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Giresun

² Ordu Üniversitesi İkizce Meslek Yüksekokulu, Ordu

³ Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Ventilator ilişkili pnömoni (VİP); entübasyon sırasında pnömonisi olmayan, invaziv mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda endotrakeal entübasyondan 48 saat sonra gelişen mortalite hızı yüksek hastane kökenli pnömonidir (Coffin et al., 2008).

Entübe edilen hastaların yaklaşık % 9-27'sinde VİP gelişmekte olup VİP, mekanik ventilasyon süresini ve yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde yatış süresini uzatmasının yanı sıra, maliyeti artırmakta, antibiyotiklere dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Dizbay, 2014).

VİP gelişimi ile ilişkili olarak; yaş, cinsiyet, altta yatan hastalıklar, hastanın kabulünde acil serviste acil entübasyon ihtiyacı gibi önlenemeyen faktörlerin yanı sıra enteral beslenme, iki günden uzun süren mekanik ventilasyon (MV), sırtüstü pozisyonda yatma, yetersiz subglottik aspirasyon, stres ülseri profilaksisi, kaf basıncının 20 cmH₂O'dan düşük olması, nazal entübasyon, yetersiz el hijyeni ve trakeostomi gibi önlenebilir risk faktörleri mevcuttur. VİP gelişiminde rol oynayan önlenebilir risk faktörlerine yönelik etkin hemşirelik uygulamaları ile VİP gelişimini azaltmak mümkündür. Bunun yanında diğer nazokomiyal enfeksiyonlarda olduğu gibi düzenli hastane enfeksiyonları surveyanı yapılması da VİP gelişmesinin önlenmesi açısından büyük önem taşır (Bilici vd., 2012; Kapucu & Özden, 2014).

El yıkama, eldiven giyme, ağız bakımı, gastrik rezidü takibi, stres ülser profilaksisi, tromboemboli profilaksisi, aseptik tekniklerin kullanımı, hastaların iki saatte bir pozisyonunun değiştirilmesi, ventilator bağlantılarının çok sık değiştirilmemesi sadece gözle görülür kirlenme olduğunda değiştirilmesi, hasta başının 30-45° yukarıda tutulması, sedatif ajanların kullanımının azaltılması, endotrakeal tüp balon basıncının en az 20 cmH₂O basınçta tutulması ve devamlı supraglottik aspirasyon yapılması gibi birçok kanıta dayalı uygulamanın kullanılması VİP gelişimini azaltmaktadır (Sungur&Taşcı, 2010). Son yıllarda ise bu önerilerin tek tek uygulanmasının yeterli olmadığı belirtilmekte, VİP'i azaltmak için önerilen tedbirlerden bir demet "bundle" oluşturularak sıfır enfeksiyon hedeflenmektedir (Rello, Lode, Cornaglia, Masterton, 2010).

Yoğun bakımlarda ventilator ve hasta bakımıyla ilgili uygulamalar hemşireler tarafından yapıldığından VİP gelişiminin önlenmesi ve azaltılmasına yönelik girişimlerde hemşirenin katkısı göz ardı edilemez (Sungur, Taşcı, 2010). Bu çalışmanın amacı yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bazı sosyo-demografik-mesleki özellikleri açısından VİP'in önlenmesindeki etkinliğini tespit etmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Analitik araştırma tasarımı olan kesitsel yöntemle yapılan araştırmanın evrenini, Doğu Karadeniz’de yer alan bir il merkezindeki devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırma gönüllü olan, araştırmanın yürütüldüğü sırada doğum/senelik iznini kullanmayan 56 kişiyle yürütülmüştür.

Araştırma öncesinde etik kurul (KAEEK 2018-07) ve kurum izinleri alınmıştır. Veriler Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine uygun olarak geliştirilen anket formuyla toplanmıştır. Katılımcılar araştırmanın amacı ve hedefi konusunda Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olacak şekilde bilgilendirilmiş, katılımcıların onamları alınmıştır.

Çalışmada hariç tutulma kriterleri;

- Üç kez gidildiği halde ulaşılamamak
- Araştırma esnasında izinli olmak
- Araştırmaya katılmak istememek

İstatistiksel Analiz: Elde edilen veriler bilgisayarda istatistiksel paket programına girilip, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığı ile yapılmıştır. İstatistik paket programı ile yüzde, ortalama, ki-kare ve lojistik regresyon analizi testleri yapılarak değerlendirilmiştir. Tip 1 hata düzeyi .05 kabul edilmiştir.

BULGULAR: Katılımcıların yaş, meslekte hizmet süresi ve yoğun bakımda çalışma süresi ortalamaları sırasıyla 40.13 ± 5.31 , 19.32 ± 7.00 , 2.76 ± 1.08 şeklindedir. Katılımcılardan VİP önlem paketini bildiklerini belirtenlerin oranı %89.3, YB sertifikasına sahip olanların oranının ise %76.8 olduğu tespit edilmiştir.

Meslekte hizmet süresi 21 yıl ve üstü olanların daha fazla oranda olacak şekilde; aspirasyon süresini en fazla 10 saniye uyguladıkları ($p=.03$), aspirasyon sondasını ilerletirken emiş gücünü kapattıkları ve endotrakeal tüpün kafını indirmeden önce ağız içi aspirasyon yaptıkları ($p=.002$) bulunmuştur. Ayrıca lisans mezunu olanların VİP’te etkili solüsyonu bilme oranlarının yüksek olduğu ($p=.01$) ve weaning basamaklarını daha fazla oranda bildikleri ($p=.001$) bulunmuştur. Öte yandan Dâhiliye yoğun bakımda çalışanların aspirasyon süresini 6-10 saniye uyguladıkları ($p=.002$) tespit edilmiştir. Anestezi YB’da olanların ise en fazla oranda olacak şekilde endotrakeal tüpün kafını indirmeden önce ağız içi aspirasyonu uyguladıkları ($p=.01$), ağız bakımında en fazla oranda sodyum bikarbonat solüsyonunu kullandıkları ($p=.002$) ve VİP’te etkili solüsyonu bilmedikleri ($p=.001$) saptanmıştır (Tablo 1). YB sertifikasına sahip olanların VİP’in önlenmesindeki doğru uygulamalar açısından farklılık oluşturmadıkları görülmüştür ($p>.05$).

VİP önlem paketini bilme açısından yapılan lojistik regresyon analizinde katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışmış olduğu yoğun bakımın çeşidinin, YB sertifikasına sahip olma durumunun, enfeksiyon eğitimi alma durumunun etkili olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur.

Tablo 1. Çalışılan Yoğun Bakımın VIP Önlem Uygulamaları Açısından Dağılımı

	Çalışılan Yoğun Bakımlar*						Test ve p değeri
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	6 n(%)	
Aspirasyon süresi							
0-5 sn	2 (9.1)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (16.7)	1 (25.0)	$\chi^2=42.514$ sd=20 p=.002
6-10 sn	6 (27.3)	1 (16.7)	7 (100.0)	3 (27.3)	3 (50.0)	0 (0.0)	
11-20 sn	5 (22.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	2 (33.3)	0 (0.0)	
21-30 sn	6 (27.3)	1 (16.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
31 sn ve üstü	3 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (54.5)	0 (0.0)	3 (75.0)	
Endotrakeal tüpün kafını indirmeden önce ağız içi aspirasyon uygulama							
Evet	20 (90.9)	6 (100.0)	7 (100.0)	9 (81.8)	6 (100.0)	1 (25.0)	$\chi^2=21.913$ sd=10 p=.016
Hayır	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	3 (75.0)	
Ağız bakımında kullanılan solüsyon							
SF	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (33.3)	$\chi^2=28.025$ sd=10 p=.002
NaHCO ₃	14 (63.6)	6 (100.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	3 (50.0)	2 (66.7)	
Klorheksidin	8 (36.4)	0 (0.0)	7 (100.0)	7 (63.6)	3 (50.0)	0 (0.0)	
VİP'te etkili solüsyonu bilme							
Evet	6 (28.6)	0 (0.0)	7 (100.0)	9 (81.8)	4 (66.7)	1 (33.3)	$\chi^2=21.300$ sd=5 p=.001
Hayır	15 (71.4)	5 (100.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (33.3)	2 (66.7)	

* 1: Anestezi YB, 2: Genel Cerrahi YB, 3: Dâhiliye YB, 4: KVC YB, 5: Nöroloji YB, 6: Diğer

** Sütun yüzdesi alınmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Bu çalışmadaki katılımcıların yaş ortalamasının ve meslekte hizmet süresinin ileri olduğu ancak yoğun bakımda çalışma sürelerinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Katılımcılardan yaklaşık her 10 kişiden 9'unun VIP önlem paketini bildiklerini ifade ettikleri, yaklaşık 8'inin YB sertifikasına sahip olduğu görülmüş olup VIP önlem uygulamaları açısından yaşın, sertifikanın, meslekte hizmet süresinin, YB da çalışma süresinin önemli olmadığı görülmüş öte yandan lojistik regresyon analizinde de bu değişkenlerin hiç birinin etkili olmadığı saptanmıştır. YB hemşire istihdamında çok genç veya çok yaşlı personelin olmaması, YB sertifika içeriklerinin süregelen şekilde güncellenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Bilici A, Karahocagil M.K, Yapıcı K, Göktaş U, Yaman G, Katı İ, Akdeniz H, Sünnetçioğlu M, Menteş O, Sünnetçioğlu A. Ventilator İlişkili Pnömoni Sıklığı Risk Faktörleri ve Etkenleri. Van Tıp Dergisi 2012;19 (4): 170-176.
2. Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:31-40.
3. Dizbay M. Ventilatörle İlişkili Pnömoni: Tedavi İlkeleri. ANKEM Derg 2014;28 (Ek 2):212-215.

4. Kapucu S, Özden G. Ventilatör İlişkili Pnömoni Ve Hemşirelik Bakımı (Derleme). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;99-110.
5. Rello J, Lode H, Cornaglia G, Masterton R. A. European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive Care Med.* 2010;36(5):773-80.
6. Sungur G, Taşcı S. Ventilatörle İlişkili Pnömoniyi Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları (Derleme). *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2010;2(2):131-6.

Bildiri No: S-47

HEMODİYALİZ UYGULANAN DİYABET HASTALARININ DİYABETİK AYAK BAKIM UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Selda SELİMOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

GİRİŞ: Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon hızının azalması sonucu böbreğin metabolik ve endokrin fonksiyonları ile sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesiyle ilişkili fonksiyon kaybının geliştiği ilerleyici ve geri dönüşsüz yol açan bir hastalıktır (Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö., 2013). Türkiye Böbrek Hastalığı Prevelansı Araştırması 2009 sonuçlarına göre ülkemizde kronik böbrek yetmezliği (KBY) önemli bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılı raporuna göre böbrek yetersizliği nedeniyle ülkemizde 56.687 hastaya hemodiyaliz, 3.508 hastaya periton diyaliz tedavisi ve 14.280 hastaya böbrek nakli uygulandığı bildirilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği birçok nedene bağlı olarak gelişebilir. Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği Registry 2016 yılı verilerine göre Renal Replasman Tedavisi (RRT) ilk kez başlanan hastalarda böbrek yetersizliğine yol açan ilk üç nedenin sırasıyla diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefrit olduğu dikkat çekmektedir (Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N., 2017).

Dünyada sıklığı hızla artan diyabet önemli bir halk sağlığı olarak tanımlanmaktadır ve dünya genelinde dördüncü ölüm nedeni arasında yer aldığı görülmektedir (International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 2009; ADA 2015). National Kidney Foundation (NKF-KDOQI) kılavuzuna göre; diyabetlilerde HbA1c düzeyinin %7'nin altında olması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Böbrek hastalığına eğilimli diyabetiklerde yetersiz glisemik kontrolün böbrek hasarı gelişiminde ön planda rol oynadığı gösterilmiştir (Yenicesu, 2008). Diyabete bağlı gelişen kronik hiperglisemi, ayak ülseriyle sonuçlanan böbrek, sinir ve damarlarda olumsuz etkilenmelere neden olmaktadır ("American Diabetes Association", 2015, s. 33-40; Hailu E, Mariam WH, Belachew T, Birhanu Z., 2012).

Hemodiyaliz uygulanarak böbrek yetmezliği ile ilişkili morbidite ve mortalite oranları kontrol altına alınır, komplikasyonlar önlenir ve yaşam kalitesi geliştirilir (Oygar D, Altıparmak MR, Apaydın S, Pekpak M, Erek M, Serdengeçti K, 2015; Kalender B, Erdoğan MS, Şengül E, Serdengeçti K, Erek E, Yılmaz A, 2002; Çamsarı, 1997). Kalender vd. (2002) yaptığı bir çalışmada etkin hemodiyaliz uygulamalarının morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Bireylerin yeterli ve etkin hemodiyaliz seansının uygulaması ve komplikasyonların önlenmesinde tüm sağlık ekip üyeleri, özellikle hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Kalender vd., 2002).

Kronik böbrek yetmezliğine neden olan diyabetin kontrol altında alınamaması durumunda; diyabetik nefropati, diyabetik nöropati ve diyabetik ayak gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Diyabetik ayak ülserleri, yüksek maliyete ve yaşam kalitesinin bozulmasının yanı sıra önemli morbidite ve

mortalite nedir (Nural ve Hintistan, 2015). Diyabetik ayak, sıklıkla eşlik eden periferik arter hastalığı sonucu oluşan iskemi zeminine, artmış interstisyel sıvı volümü ve basıncı, enfeksiyon gibi tabloların eklenmesiyle organ kaybına götürebilen bir sorundur (Yücel ve Sunay, 2016). Diyabetli hastalarda amputasyon, diyabetli olmayan hastalara göre 15-20 kez daha sık olduğu, diyabetli hastaların yaşamları boyunca ayak ülseri gelişme riski %15-20 gibi bir oranda daha yüksek bildirilmektedir (Aydoğan Ü, H Akbulut, Doğaner YC., 2010; Yekta Z, Pourali R, Nezhadrahim R, Ravanyar L, Ghasemi-rad M, 2011).

Diyabetik hastaların hastalığı ve ayak bakımı konusunda bilgi sahibi olması verisk faktörlerine yönelik önlemlerin alınmasıyla ayak ülserleri önemli derecede azalabilir. Hemodiyaliz yeterliliğini etkileyen faktörler arasında fistül bakımı, önerilen ilaç ve tıbbi beslenme tedavisine uyma, hemodiyaliz seans ve süresine uyma gibi birçok faktör bulunmaktadır ancak hastaların çoğu bu faktörlerin farkında değildir (Kulkarni, 2006; Süleymanlar vd., 2017). Bu nedenle hemodiyaliz merkezlerinde sağlık ekibi üyeleri, fistül bakımı, kateter bakımı, beslenme, fiziksel egzersiz, psikolojik destek gibi birçok konuda hasta eğitimleri ile farkındalık düzeyini arttırmaya çalışmaktadır. Bununla birlikte, hemodiyaliz tedavisi alan ve kronik böbrek yetmezliğine neden olan faktörler arasında ön sıralarda yer alan diyabetik hasta eğitiminde, ayak bakım uygulamaları hakkında yeterli düzeyde bilgi verilmemiş olması hemodiyaliz süresince diyabetik ayak ve amputasyon ile sonuçlanabilir. Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi gören diyabet hastalarının ayak bakım uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri ve hemodiyaliz merkezlerinde bu konudaki eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

AMAÇ: Bu araştırma hemodiyaliz uygulanan diyabet hastalarının diyabetik ayak bakımı uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM: Tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklemi en az 18 yaş ve üzeri, hemodiyaliz uygulanan diyabet hastaları (n=150) oluşturdu. Veriler Hasta Bilgi Formu ve Ayak Bakımı Uygulamalarını Değerlendirme Formu ile elde edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $67,0 \pm 11,0$, çoğu (%55,3) kadındır. Hastaların %58,8'i diyabetik ayak yarası geliştiğinde herhangi bir şey yapmadığını ifade etti. Hastaların %88'i diyabet ile ilgili eğitimi aldıklarını bildirdi. Diyabet eğitimi alanların sadece %20,7'si ilaç kullanımı, %18,7'si ayak bakımı, %14,7'si diyabet komplikasyonlarının izlemi ve %3,3'ü ayak muayenesi konularında eğitim almış olduğunu belirtti. Ayak Bakımı Uygulamalarını Değerlendirme Formu toplam puanı hastalarda ayak yarası oluşumunu önlemeye yönelik bakım uygulamalarının yetersiz ($57,1 \pm 12,1$) olduğunu göstermektedir.

SONUÇ: Sonuçlar diyabetik hemodiyaliz hastalarının ayak bakım uygulamaları konusunda eğitim almadıkları ve özellikle ayakta renk değişikliği kontrolü, tırnak kesimi ve ayak topuğunda çatlak kontrolü gibi uygulamaları yapmadıkları görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Diyabet, Diyabetik Ayak, Hasta Eğitimi, Hemşire.

Bildiri No: S-50

HEMŞİRELİK BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TİKSİNTİ DUYARLILIKLARI İLE BAKIM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

İlknur Özkan, Seçil Taylan, Derya Adıbelli

Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya

GİRİŞ: Tiksinti, evrensel görünen, iyi tanımlanmış sınıflara sahip olan ve belirli motivasyon örüntüleri ile karakterize edilen “temel” bir duygudur (Darwin 1872/1965; Ekman 1992). Yiyecek, koku, hayvanlar, vücut salgıları, cinsellik, parçalanmış organ/beden, ölüm, hijyen başta olmak üzere çok çeşitli uyarıcının varlığı durumunda organizmayı kendisini korumaya yönelik harekete geçiren tiksinti, duyuşsal, bilişsel ve fiziksel boyutları olan çok bileşenli bir duygudur. (Haidt, McCauley ve Rozin (1994). Tiksinti duyarlılığı ve eğilimleri bireysel farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, kişilerin kariyer seçeneklerine etki etmektedir.

Hemşirelik mesleğinin temeli bakıma dayanmaktadır (Khademian ve Vizesfar, 2007). Bakım davranışları hemşirelik mesleğini diğer sağlık profesyonellerinden ayırıcı bir özelliktir ve hastanın hemşirelerin bakım davranışlarını algılayabilmesi, hasta sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Kipp, 2001). Bu nedenle bakım tutum ve davranışlarının öğretilmesi hemşirelik eğitiminin temel hedefidir. Hemşirelik bakımın uygulamalarında dışkı, mukus, idrar, kötü kokulu yaralarla karşılaşma ölü ile temas gibi tiksintmeye neden olan uyaranlara daha çok maruz kalma durumu siktir ve tiksinti duyarlılığı yüksek olan hemşire öğrencilerin bakım davranışları negatif yönde etkileyebilir. Bu nedenle tiksinti duyarlılığın hemşirelik öğrencilerinde belirlenmesi ve tiksinti duyarlılıkları yüksek olan öğrencilerin bu konuda desteklenmesi çok önemlidir

AMAÇ: Bu araştırma hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencilerinin tiksinti duyarlılıkları ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırmanın evrenini bir üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=63). Katılımcı öğrenciler ilgili bölümün ilk öğrencileri olduğundan evrenin tümüne ulaşılmıştır. Veriler anket formu, Tiksinti ölçeği-revize edilmiş form (TÖ-R) ve Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) kullanılarak sınıf ortamında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Anket Formu: Araştırmacıların literatür incelemesi doğrultusunda hazırladıkları kişisel bilgileri sorgulayan 8 soru, hemşirelik mesleği seçimini sorgulayan 3 soru, bakım alma ve verme deneyimini sorgulayan 6 soru, hemşirelik uygulamalarında yaşadığı tiksinti hissini sorgulayan 7 soru olmak üzere toplamda 24 sorudan oluşmaktadır.

Tiksinti ölçeği-revize edilmiş form (TÖ-R): Ölçek, 12 maddesi temel tiksinti (core disgust), 8 maddesi ölüm/parçalanma (animal reminder) ve 5 maddesi bulaşma/kirlenme (contamination) ile

ilişkili tiksizme olmak üzere toplam üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek tiksizme duyarlılığına işaret etmektedir. Ölçekten 12-88 arasında puan alınmaktadır. Türkçeye uyarlaması İnözü ve Eremsoy tarafından 2013 yılında yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak belirlenmiştir

Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ): Ölçek bakım davranışlarını içeren 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin içerdiği alt boyutlar; ulaşılabilirlik (6 madde), açıklamalar ve olanaklar (6 madde), konfor (9 madde), beklentiler (5 madde), güven verici iletişim (16 madde), gözlemler ve izlemlerdir (8 madde). Ölçekten 50-350 arasında puan alınmaktadır. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarını uygulama sıklığı ve algılamaları olumlu yönde artar. Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Eskimez ve Acaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir

Veriler SPSS 23.0 (Statistical Package of Social Science) programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra (ortalama, standart sapma, frekans) veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için non-parametrik testler kullanılmıştır. İki ölçeğin ilişkisi Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Öğrencilerin yaş ortalamasının 19.2 ± 0.8 (17-21), %57.1’inin kadın, %73.1’inin anadolu lisesi mezunu, %69.4’ünün çekirdek aile mensubu olduğu, kardeş sayısı ortalamasının 5.1 ± 3.1 olduğu, %54’ünün mesleği isteyerek tercih ettiği, %58.7’sinin mesleği iş garantisinden dolayı tercih ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin % 74.6’sı bazı bakım verme uygulamaları sırasında tiksinti hissettiklerini ifade etmişlerdir. Perine bakımı (%50.8) en çok tiksinti hissedilen uygulama olarak belirlenmiştir. Yaşadıkları tiksinti hissinden dolayı öğrencilerin %39.7’si hemşirelik mesleğini yapamayacağını düşündüğünü ifade etmiştir.

Öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması 263.1 ± 38.8 (186-344), TÖ-R toplam puan ortalaması ise 47.2 ± 17.8 (9-80) olarak bulunmuştur. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilerden BDÖ’nün ulaşılabilirlik, güven verici iletişim, gözlemler ve izlemler alt boyut puanlarında ve BDÖ’nün toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı şekilde puanlarının daha yüksek olarak bulundu. Öğrencilerin mesleği seçme nedenlerine göre BDÖ’nün açıklamalar ve olanaklar, beklentiler, güven verici iletişim alt boyutlarında ve BDÖ’nün toplam puanında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p < 0.05$). Yapılan ileri analizde anlamlılığın aile isteği ile seçen öğrencilerin puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu.

Kadın öğrencilerin TÖ-R’ün ölüm parçalanma içerikli tiksizme alt boyutu ile TÖ-R’ün toplam puanlarının erkek öğrencilerden; mesleği istemeyerek tercih eden öğrencilerin TÖ-R’ün tüm alt boyut ve toplam puanında istatistiksel olarak puanlarının yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Öğrencilerin BDÖ ve TÖ-R ölçeklerinin toplam puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlendi ($p > 0.05$). Ancak BDÖ toplam puanı, ulaşılabilirlik, güven verici iletişim alt boyutları ile TÖ-R’nin bulaşma ve kirlenme alt boyutunda; BDÖ ünün açıklamalar ve

olanaklar alt boyutu ile TÖ-R'nin ölüm parçalanma içerikli alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

TARTIŞMA: Tiksindenmenin patojen/hastalık yapıcı bulaşma hissi taşıyan bir uyarana maruz kalma sonrası, (örneğin çürümüş yiyecekleri, kurtçuklar, hamam böcekleri gibi) bedensel ürünlerle (dışkı, mukus, regl, meni) ve vücut zarının bozulması (yaralar, kan gibi) gibi karşı karşıya kalınan durumlarda ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu gibi durumlarla sık sık karşılaşacak disiplinlere sahip olan meslekleri düşünen bireyler için tiksinti duyarlılıkları oldukça önemlidir. (Curtis et al. 2004; Berle and Phillips 2006).

Consedine ve ark. (2013) çalışmasında demografik özellikler ve kariyer değerleri, tiksinti duyarlılıkları eczacı, hemşirelik veya doktorluk gibi kariyer seçimini ön gören etmenler olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada tiksinti duyarlılıklarının genel olarak hemşirelik ve tıp öğrencilerinin diğer sağlık bölümlerindeki öğrencilere göre daha az olduğu gösterilmiştir. Consedine ve Windsor (2014)' un tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada tiksinti duyarlılıkları ile seçtikleri bölümler arasında ilişki belirlenmiştir. Kontaminasyon ve / veya cinsel / ahlaki konusunda tiksinti duyarlılıkları yüksek olan tıp öğrencileri yoğun bakım, acil ve cerrahi gibi branşlar yerine iç hastalıkları branşını tercih ettikleri belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden öğrencilerin tiksinti duyarlılıklarının istemeyerek tercih eden öğrencilere göre daha düşük çıkması literatür bulgularını desteklemektedir.

Consedine ve ark. (2013) çalışmasında kolay tiksinden insanlar hemşirelik ve diğer tıbbi kariyerlerden uzaklaşacağını göstermiştir. Araştırmada da yaşadıkları tiksinti hissinden dolayı öğrencilerin %39.7'si hemşirelik mesleğini yapamayacağını düşündüğünü ifade etmiştir.

Hemşirelik mesleğinin tiksindenmeye neden olan uyarılara daha çok maruz kalma olarak ilişkilendirilmesi ile tiksindenme duyarlılığı yüksek olan öğrencilerin bakım davranışlarını negatif etkileyeceğini düşündürmektedir. Ancak öğrencilerin BDÖ ve TÖ-R ölçeklerinin toplam puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlendi ($p>0.05$). Bunun nedeni örneklem sayısının küçük olması ile açıklanabilir.

SONUÇ: Araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun bakım uygulamaları sırasında tiksinti hissettikleri belirlenmiştir. Mesleği istemeyerek tercih eden öğrencilerin tiksinti duyarlılıkları yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin bulaşma ve kirlenmeye yönelik algıladığı tiksintinin bakım davranışlarını negatif etkilediği görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin mesleği isteyerek tercih etmelerinin sağlanması; hemşirelik eğitimi süresince olumlu bakım davranışlarının geliştirilmesi için tiksinti duyarlılıkları yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin belirlenmesi ve bu konuda desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Darwin CE. The expression of the emotions in man and animals. Chicago: University of Chicago Press. 1872/1965.
2. Ekman P. An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion* 1992; 6: 169–200.
3. Haidt J, McCauley C, & Rozin P. Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 1994;16: 701–713.
4. Olatunji BO, Haidt J, McKay D, David B. Core, animal reminder, and contamination disgust: Three kinds of disgust with distinct personality, behavioral, physiological, and clinical correlates. *Journal of Research in Personality* 2008; 42:1243–1259.
5. Inbar Y, Pizarro DA, Bloom P. Conservatives are more easily disgusted than liberals. *Cognition and Emotion* 2009; 23: 714–725.
6. Consedine NS, Yu TC, Windsor, JA.. Nursing, pharmacy, or medicine? Disgust sensitivity predicts career interest among trainee health professionals. *Advances in Health Sciences Education* 2013;18:997–1008
7. Consedine NS, Windsor JA. Specific disgust sensitivities differentially predict interest in careers of varying procedural-intensity among medical students. *Adv in Health Sci Educ* (2014) 19:183–201
8. Ousey K, Roberts D, Stephenson J. Exploring psychology and nursing students perceptions of disgust. *Journal of Nursing Education and Practice* 2017; 17-20.
9. Khademian Z, Vizehfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *Jour of Advd Nur* 2007; 61(4): 456- 462.
10. Kipp, K. Implementing nursing caring standards in the emergency department. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2001: 31(2): 85-90.
11. Skilbeck J, Payne S. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *J Adv Nurs*. 2003; 43(5): 521-30.
12. Barnard A, Hollingum C, Hartfil B. Going on a journey: understanding palliative care nursing. *Int J Palliat Nurs*. 2006; 12(1):6-12.
13. Birimoğlu C, Ayaz S. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 40-48
14. İnözü M, Eremsoy CE. *Türk Psikoloji Yazıları*, Haziran 2013; 16 (31):1-10
15. Eskimez Z, Acaroğlu R. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.

YABANCI UYUKLU ÖĞRENCİLERİN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE KÜLTÜREL UYUMU

Pınar Tekinsoy Kartın¹, Teame Russom²

1 Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

2 Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri

GİRİŞ: Öğrencilerin üniversiteye başlaması, öğrencinin hayatında bir geçiş aşaması olarak vurgulanmaktadır. Eğer öğrenciler akademik ve sosyal olarak ortama uyum sağlarsa hem üniversite yaşamına daha kolay uyum sağlayacak hem de akademik olarak başarılı olma olasılığı artacaktır. Bu durum aynı zamanda üniversitelere olan bağlılığı da artıracaktır (1). Üniversite gençliği, dinamik, değişken ve yeniliklere açık bir kesimi oluşturmaktadır. Üniversite öğrencileri farklı kültürlerde eğitim görebilmektedir. Ancak her yeni kültür uyum sürecinde çeşitli zorluklara neden olabilmektedir (2).

Yabancı ülkelere yükseköğrenim için gelen öğrenciler için farklı bir eğitim sistemi, farklı kültürde yaşama, Türkçeyi yeterli konuşamama, ekonomik problemler onların üniversiteye ve çevreye uyumlarını zorlaştırmakta ve akademik başarılarını da etkilemektedir (3). İnsanların kültürel uyum sürecinde öz kültürlerinden getirdikleri özellikler, göç ettikleri ülkenin özellikleri, kültürleşme yönelimleri, bireysel özellikleri ve yaşadıkları stres gibi değişkenler onların uyum süreçlerini etkilemektedir (4).

Sosyo-kültürel uyum göç edilen ülkedeki kalış süresi ile de ilişkilidir. Göç edilen yerdeki yaşama süresi uzadıkça sosyo-kültürel uyum düzeyi yükselmektedir (5). Göç edilen yerdeki yaşam süresi uzadıkça, kültürel azınlık üyeleri ana akım toplumunun dilini ve kültürünü daha iyi öğrenmekte, bu durum ise onların sosyo-kültürel uyumlarını olumlu yönde etkilemektedir (6).

Uluslararası öğrenciler yeni geldikleri kültürde sürekli yerleşme amacıyla olmadıkları için yeni kültürün kısa süreli ziyaretçileridir. Öğrencilerin kültürleşme deneyimleri genellikle gönüllü ve belirli bir amaç içindir. Bu nedenle öğrencilerin kültürel uyumlarının daha kolay olması beklenmektedir (7). Bu çalışma ile farklı kültürlerden gelen yabancı öğrencilerin kültürel uyumları ve yaşadıkları sorunları etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma farklı kültürlerden gelen yabancı uyuklu üniversite öğrencilerinin kültürel uyumları ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmaya Eylül-Ekim tarihleri arasında farklı ülkelere gelen araştırmaya katılmaya gönüllü olan 157 öğrenci örnekleme dahil edilmiştir.

Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini ve yaşadıkları sorunları belirlemek için oluşturulan anket formu ve Aliyev ve Ögütülmüş (8) tarafından oluşturulan kültürleşme ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kültürleşme ölçeği bütünleşme, ayrılma, asimilasyon stratejisi olmak üzere 3 alt boyutu olan bir ölçektir. Ölçek rastgele sıralanmış

toplam 84 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde 5'li likert tarzında düzenlenmiştir. Katılımcıların kendilerini her bir madde için 5 “Tamamen katılıyorum” ve 1 “Hiç katılmıyorum” aralığında değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçekte her bir stratejinin ortalaması, bireysel olarak tercih edilen kültürlenme stratejisini ortaya koymaktadır. Bir alt ölçekten yüksek puan almak, bireyin en çok o stratejiyi kullanma eğiliminde olduğunu ifade etmektedir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için akademik kurul kararı, etik kurul kararı ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü ve yazılı olarak gönüllü bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

Araştırmada veriler öğrencilerin eğitim gördüğü fakülte ve yüksekokulların kantinlerinde öğrencilerle görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada her bir anket ortalama 15-20 dk içerisinde doldurulmuştur. Verilerine SPSS paket programı kullanılmıştır. Kültürlenmenin çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasında t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Öğrencilerin %81.5'i erkek, %43.3'ü 21-23 yaş arasında, %52.2'si orta düzeyde gelire sahip, %59.9'u Afrika ülkelerinden gelmekte, %35.0'ı mühendislik fakültesinde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin, %54.8'i ikamet ettiği yerin fiziki koşullarından memnun olduğunu, %57.3'ü hem Türk hem de Yabancı uyruklu öğrencilerle birlikte ikamet ettiğini, %89.2'si burs aldığını ve burs alanların %82.2'sinin Türkiye Cumhuriyetinden burs aldığı, %33.1'inin aldığı bursu yeterli bulduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin yaşadıkları sorunların yurt yaşantısı (%30.6), kültürel farklılık (%33.8), yalnızlık (%28.7), Türkçe konuşma (%30.6), Türkçe yazma (%19.1), Türkçe anlama ve arkadaş ilişkileri (%17.2), maddi sorunlar (%22.9), iklim (%22.9), evlerine ulaşım (%40.0), ilgi alanına uygun faaliyet bulamama (%7.0) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yaşadıkları kültüre %43.9'unun uyum sağladığını bildirdiği belirlenmiştir. Erkeklerin asimilasyon, ayrılma ve bütünleşme stratejileri kadınlardan daha fazla olup, erkeklerin daha fazla asimilasyonu benimsediği görülmüştür ($p < 0.05$). 4-6 yıl arasında eğitime devam edenlerin ayrılma, 7 yıl ve üzerinde eğitim görenlerin asimilasyon, 7 yıl ve üzerinde olanların bütünleşme stratejileri daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Türkiye Cumhuriyetlerinden gelenlerin ayrılma, asya ülkelerinden gelenlerin asimilasyon ve bütünleşme stratejisini benimsediği bulunmuştur.

TARTIŞMA: Araştırmada öğrencilerin Türkçe okuma ve anlama, iklim, yurt yaşantısı, kültürel farklılık, arkadaş ilişkileri, evlerine ulaşım, maddi sorunlar gibi konularda uyum sağlama sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Araştırmamıza benzer şekilde yabancı uyruklu öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin yalnızlık, uyumsuzluk, çekingenlik, kültürel şok ve psikolojik sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (9,10). Yabancı uyruklu öğrencilerin üstesinden gelmesi gereken diğer sorunlar, arasında barınma, yemek, sağlık, iklim, ulaşım ve ev özlemi gibi konular yer almaktadır (10). Alagöz ve ark (11) çalışmasında yabancı uyruklu öğrencilerin Türkçeyi anlama, yemekler, sosyal yaşama uyum ile ilgili sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

SONUÇ: Öğrencilerin yurt yaşantısı, kültürel farklılık, yalnızlık, Türkçe konuşma, Türkçe yazma, Türkçe anlama ve arkadaş ilişkileri, maddi sorunlar, iklim, evlerine ulaşım, ilgi alanına uygun faaliyet bulamama gibi sorunları yaşadığı bulunmuştur. Öğrencilerin yarısına yakınının geldiği kültüre uyum sağladığı belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla asimile olduğu, 4-6 yıl arasında eğitime devam edenlerin ayrılma, 7 yıl ve üzerinde eğitim görenlerin asimilasyon ve bütünleşme stratejilerini benimsediği belirlenmiştir. Öğrencilerin kültürel uyumunu hızlandırmak için yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik eğitim, öğretim stratejilerinin geliştirilmesi, konferans, kültürel gezi, şehir ve üniversitelerin tanıtımlarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kılıçlar A, Sarı Y, Seçilmiş C. Türk dünyasından gelen öğrencilerin yaşadıkları sorunların akademik başarılarına etkisi: Turizm öğrencileri örneği. *Bilig* 2012; 61: 157-172.
2. Kır İ.Yüksek öğretim gençliğinin boş zaman etkinlikleri: KSÜ örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2007; 17(2), 307-328.
3. Özçetin S. Yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin sosyal uyumlarını etkileyen etmenler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü* 2013, Ankara.
4. Saygın S, Hasta D. Göç, Kültürleşme ve uyum. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2018;10(3):302-323
5. Maydell-Stevens E, Masgoret AM, Ward T. Problems of psychological and sociocultural adaptation among Russian speaking immigrants in New Zealand. *Social Policy Journal of New Zealand* 2007; 30:178-198.
6. Maydell-Stevens E, Masgoret AM, Ward T. Problems of psychological and sociocultural adaptation among Russian speaking immigrants in New Zealand. *Social Policy Journal of New Zealand* 2007; 30:178-198.
7. Şeker D. Kente göç etmiş bir örnekte kültüre uyum (kültürlenme) süreçleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2006; 3(2):1-31.
8. Aliyev R, Öğülmüş S. Yabancı uyruklu öğrencilerin kültürlenme düzeylerinin incelenmesi. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2016; 4 (1): 89-123.
9. Sandhu DS, Asrabadi BR. Development of an acculturative stress scale for international students: Preliminary findings. *Psychological Reports* 1994; 75, 435-448.
10. Tomich P, McWhirter JJ, King WE. International student adaptation: Critical variables. *International Education* 2000; 29(2), 37-46.
11. Başaran Alagöz S, Geçkil T. Yabancı uyruklu üniversite öğrencilerinin sorunlarının incelenmesi: konya ili örneği. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg* 2017;20(4):279-285.

KANSER HASTALARININ BAKIMINDA HEMŞİRENİN NAVİGATÖR ROLÜ

Zeynep Karakuş Er, Tuğba Yangöz, Zeynep Özer

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Antalya

GİRİŞ: Kanser tanısı alma süreci, insanın varoluşsal sorgulamalarını barındıran özel bir süreçtir (Kübler-Ross, 1995). Kanser tanısı alan birçok hasta fiziksel sıkıntıların yanı sıra şok, öfke, üzüntü, korku ve endişe gibi duygular yaşamaktadır (Gemalmaz & Avşar, 2015). Tanı, evreleme ve tedavi süreçlerindeki sistemsel prosedürler, hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte yaşadığı duygusal yükü arttırmaktadır (Horner et al., 2012). Bu zorlu süreçte kanser hastalarının tedavisinin planlanması için genellikle, tıbbi onkolog, cerrahi onkolog, radyasyon onkologu, hemşire, diyetisyen, sosyal çalışmacı gibi birçok uzmanla görüşme yapması ve kurum içinde farklı birimlere başvurması gerekmektedir (Donelan et al., 2011). Bu durum hasta ve hasta yakınlarının sağlık bakım sistemi içerisinde karmaşa yaşamasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, yeni tanı alan hasta ve hasta yakınlarının karşılaştığı üç ana sorun: bakımın koordinasyonunda eksiklik ve gecikme, süreçle ilgili bilgi eksikliği ve hastaların sosyal ve duygusal problemleriyle yeterince ilgilenilmemesi olarak tanımlanmıştır (E. H. Wagner et al., 2010). Hastaların kaliteli bakım almalarının ve olumlu sağlık çıktılarına ulaşmalarının sağlanması için verilen sağlık bakım hizmetlerin uygun şekilde koordine edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Tho & Ang, 2016). Hasta ve yakınlarının bu özel süreçte desteklenmesi ihtiyacı navigasyon programlarının gelişmesini sağlamıştır (Edward H Wagner et al., 2014).

İlk hasta navigasyon programı 1990'da Amerikan Kanser Derneği'nin desteğiyle New York Harlem Hastanesi'nde oluşturulmuştur (Freeman, 2006; Ramsey et al., 2009). Hasta navigasyonu, karmaşık sağlık sistemi içerisinde bireylerin kaybolmalarını önlemek için bir harita ve rehber (navigator) sağlamayı amaçlayan bir program şeklinde tanımlanmaktadır. Navigasyon programları özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler için vaka yönetim modeline benzer şekilde kanser tanı ve tedavisi sürecindeki bireylerin psikososyal açıdan desteklenmesini sağlamaktadır (Freeman, 2006; Guadagnolo, Dohan, Raich, & For the, 2011; Medicine, 2008). Onkoloji hastaları için geliştirilen navigasyon programlarının, kanser riski taşıyan veya kanser tanısı alan kişilerin tanı ve tedaviye erişim sürelerini kısalttığı, bilgi, donanım, bakıma uyum ve yaşam kalitelerini arttırdığı bilinmektedir (Guadagnolo et al., 2011; Ramsey et al., 2009).

Kanserle mücadelede altın standart olan multidisipliner ekipte yer alan hemşireler Strusowski (2006) tarafından, bakım, eğitim ve semptom yönetiminin planlanması, geliştirilmesi ve koordinasyonu dahil olmak üzere kanser bakım yönetiminin bütünleyicisi olarak tanımlanmıştır (Fillion et al., 2006; Strusowski, 2006). Bu bağlamda hemşire, navigasyon programlarının yürütülmesinde kilit pozisyonundadır (Hudson et al., 2018). Onkoloji navigasyon hemşiresi (ONH), hastaların ve bakım verenlerin sağlık sistemi içerisinde karşılaştıkları güçlüklerle baş edebilmelerini kolaylaştırmak

amacıyla onkolojiye özel klinik bilgi ve becerisini kullanarak kişiselleştirilmiş bakım sunmaktadır. ONH kanser hastalığı ve tedavi sürecinin tüm aşamalarında hemşirelik sürecini kullanarak hasta ve yakınlarının kararlara katılımını ve psikososyal bakım almalarını sağlamaktadır ("Oncology Nurse Navigator Core Competencies ", 2013). ONH'nin rolü, yaşam, ölüm ve başa çıkma stratejilerinin sıklıkla sorgulandığı varoluşsal bir durumla karakterize kanser tanısını yeni alan hastalara hedeflenen bakım yönetimi sağlamaktır (Weisman & Worden, 1976–1977).

Amerikan Onkoloji Hemşireler Derneği (AOHD) ilk olarak 2011 yılında ONH'nin rollerini belirleme çalışması yürütmüştür. Onkoloji hemşireliğinde ONH o dönem için nispeten yeni bir kavram olduğu için rol ve sorumluluklarının yeterince açık olmadığı görülmekteydi. ONH'nin zaman içinde kullanımının artması ve rol belirsizliği nedeniyle AOHD ve Onkoloji Hemşireleri Sertifikasyon Derneği 2016 yılında rol belirleme çalışması yürütmüşlerdir (Lubejko et al., 2017). Bu çalışma sonucunda, semptom izlemi, sağ kalım bakım planı ve iletişim gibi bakımın psikososyal boyut ile genetik danışmanlık, eğitimsel plan ve programların oluşturulması ve hasta uyumunun izlemi gibi bakım süreci boyutu alanlarında eklemeler yapılmıştır (Lubejko et al., 2017). Özetle ONH'nin rolleri kapsamlı hasta değerlendirmesi, destek ve hazırlık, destekleyici bakım, karmaşıklığın yönetimi ve diğer klinisyenlerle koordinasyon şeklinde özetlenmektedir (Gilbert et al., 2011). Bu rollerin uygun şekilde gerçekleştirilebilmesi için ONH'nin belirli yeterliliklere sahip olması gerekmektedir. ONH'nin yeterlilikleri;

- Güçlü onkoloji bilgisi
- Sigorta işlemleri ve ödeme yükümlülüğü bilgisi
- Eleştirel düşünme becerisi
- Güçlü liderlik becerisi
- Güçlü kişilerarası beceriler
- Ekip ile koordineli çalışabilme yeteneği
- Güçlü sözlü ve yazılı iletişim becerisi
- Güçlü organizasyon becerisi
- Hızlı problem çözebilme
- Temel bilgisayar becerisi ("2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies," 2017)

Hemşirelerin donanımı, bilgisi ve bilgi edinme yetenekleri, daha fazla desteğe ve / veya acil bakıma ihtiyaç duyan kanser hastalarını bütüncül değerlendirmelerine ve triyaja olanak sağlar (Gilbert et al., 2011). Bu kapsamda ONH'nin belirli sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar;

- ❖ Hastalar için duygusal ve eğitsel destek sağlamak
- ❖ Profesyonel ve yasal standartlara uygun çalışmak
- ❖ Hasta adına savunuculuk yapmak
- ❖ Etik ilkelere uygun çalışmak
- ❖ Hastaların sağlık bakım sistemine uyumlanmasını sağlamak

- ❖ Sağlık ekibi ile işbirliği yapmak
- ❖ Hastaların kendilerini savunmaları için hastaları güçlendirmek
- ❖ Hastaların bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmak (Brown et al., 2012).

Swanson ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, ONH tarafından görülen hastaların semptom yüklerinin azaldığı sonucuna varılmıştır (Swanson & Koch, 2010). Hudson ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen kalitatif çalışmada, hasta ve ailelerinin stres düzeylerinin azaldığı, bakımda aktif rol aldıkları bulunmuştur (Hudson et al., 2018). Yine Tho ve Ang (2016), tarafından yapılan sistematik derlemede navigatör hemşire programlarının hastaların yaşam kalitesi ve semptom yüklerine etkisinin olmadığı ancak hasta memnuniyetini arttırdığı sonucuna varılmıştır (Tho & Ang, 2016). Horner ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen bir navigasyon programını değerlendiren hemşire düşüncelerini “Bu deneyim, hemşirelik kariyerimin geri kalanında kullanacağım bir deneyimdi çünkü bana yaşamın ne denli kırılgan olduğunu ve aynı zamanda zihin bedeni iyileştirmeye odaklandığında ne kadar güçlü olduğunu öğretti. İyi bir hemşire olmanın ilk adımının, hastanın söylediklerini gerçekten duymak için şefkat ve empati duymak olduğunu, sonra da hastayla sürdürülecek bir plan geliştirmek için hastayla birlikte çalışmak olduğunu her zaman hatırlayacağım.” şeklinde ifade etmiştir (Horner et al., 2012).

Sonuç olarak, kanser hastaları ve ailelerinin kompleks tedavi sürecinde desteklenmesi için navigatör hemşirelik oldukça önemlidir. İyi organize edilmiş onkoloji navigasyon hemşireliği sağlık bakımının kalitesini, sağlık çıktılarını ve hasta memnuniyetini arttıracaktır. ONH'nin tarihsel sürecinin yakın geçmişe dayanması bu alanda büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır. Yanı sıra hasta bakım çıktılarına önemli katkıları olan bu uygulamanın ülkemizde de yaygınlaşması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. 2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies. (2017). Retrieved 20.09.2018, from https://dev-www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf
2. Brown, C. G., Cantril, C., McMullen, L., Barkley, D. L., Dietz, M., Murphy, C. M., & Fabrey, L. J. (2012). Oncology Nurse Navigator Role Delineation Study. *Clin J Oncol Nurs*, 16(6).
3. Donelan, K., Mailhot, J. R., Dutwin, D., Barnicle, K., Oo, S. A., Hobrecker, K., . . . Chabner, B. A. (2011). Patient perspectives of clinical care and patient navigation in follow-up of abnormal mammography. *J Gen Intern Med*, 26(2), 116-122.
4. Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., . . . Demers, G. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Can Oncol Nurs J*, 16(1), 11-17, 15-10.
5. Freeman, H. P. (2006). Patient navigation: a community based strategy to reduce cancer disparities. *Journal of Urban Health*, 83(2), 139-141.
6. Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 93-98.

7. Gilbert, J., Green, E., Lankshear, S., Hughes, E., Burkoski, V., & Sawka, C. (2011). Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *European journal of cancer care*, 20(2), 228-236.
8. Guadagnolo, B. A., Dohan, D., Raich, P., & For the, A. C. S. P. N. L. S. (2011). Metrics for evaluating patient navigation during cancer diagnosis and treatment: crafting a policy-relevant research agenda for patient navigation in cancer care. *Cancer*, 117(15 Suppl), 3565-3574. doi: 10.1002/cncr.26269
9. Horner, K., Ludman, E. J., McCorkle, R., Canfield, E., Flaherty, L., Min, J., . . . Wagner, E. H. (2012). An oncology nurse navigator program designed to eliminate gaps in early cancer care. *Clin J Oncol Nurs*, 17(1), 43-48. doi: 10.1188/13.cjon.43-48
10. Hudson, A. P., Spooner, A. J., Booth, N., Penny, R. A., Gordon, L. G., Downer, T.-R., . . . Chan, R. J. (2018). Qualitative insights of patients and carers under the care of nurse navigators. *Collegian*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.05.002>
11. Kübler-Ross, E. (1995). Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. Çev: Terakye G., II. Baskı, Hacettepe Yayınları, Ankara. Ss, 31-41.
12. Lubejko, B. G., Bellfield, S., Kahn, E., Lee, C., Peterson, N., Rose, T., . . . McCorkle, M. (2017). Oncology Nurse Navigation: Results of the 2016 Role Delineation Study. *Clin J Oncol Nurs*, 21(1), 43-50. doi: 10.1188/17.cjon.43-50
13. Medicine, I. o. (2008). Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington, DC: National US Academies Press.
14. Oncology Nurse Navigator Core Competencies (2013). Retrieved 20.09.2018, from https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf
15. Ramsey, S., Whitley, E., Mears, V. W., McKoy, J. M., Everhart, R. M., Caswell, R. J., . . . Mandelblatt, J. (2009). Evaluating the cost-effectiveness of cancer patient navigation programs: Conceptual and practical issues. *Cancer*, 115(23), 5394-5403.
16. Strusowski, P. (2006). *A multidisciplinary model for cancer care management*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
17. Swanson, J., & Koch, L. (2010). *The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
18. Tho, P. C., & Ang, E. (2016). The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(2), 295-321.
19. Wagner, E. H., Aiello Bowles, E. J., Greene, S. M., Tuzzio, L., Wiese, C. J., Kirlin, B., & Clauser, S. B. (2010). The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Qual Saf Health Care*, 19(6), 484-489. doi: 10.1136/qshc.2010.042374
20. Wagner, E. H., Ludman, E. J., Bowles, E. J. A., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., . . . McCorkle, R. (2014). Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(1), 12.

KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KÜMELERİNİN BELİRLENMESİ

Özlem Uğur¹, Hatice Mert¹, Ezgi Karadağ¹, Haydar Soydaner Karakuş², Tuğba Yavuzşen², İlhan Öztop², Canan Demir Barutcu³

1 Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

3 Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Burdur

GİRİŞ: Akciğer kanseri dünya çapında binyıllık dönemde en çok teşhis koyulan kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerin %28'inden sorumludur (Siegel ve ark., 2018). Akciğer kanseri bulunan bireyler hastalık süreci, tedavi sırası, sonrası ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen çok sayıda semptom ile karşı karşıya kalmaktadır (Akın ve Aslan, 2007). Given ve ark.(2001)'i erken evre akciğer kanseri hastalarının semptom deneyimlerini incelediği çalışmada; hastaların ilk yıl içindeki semptom deneyimlerinin 4.9 iken, hastalık ilerledikçe 5.7 semptoma kadar çıktığını saptamışlardır. Akciğer kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda yorgunluk, dispne, ağrı ve uykusuzluk semptom grubunun hastaların performansını olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Carnio et al., 2016). Yaşanılan semptomlar birbirleriyle etkileşim halindedir ve sinerjistik etki yaratmaktadır. Oluşan bu durum ise hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Carnio et al., 2016). Türkiye’de akciğer kanseri tedavisi alan hastalarda semptom kümelerinin belirlenmesine yönelik yapılmış çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle *çalışmanın amacı*; kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda deneyimlenen semptomların belirlenmesi ve oluşan semptom kümelerinin tanımlanmasıdır.

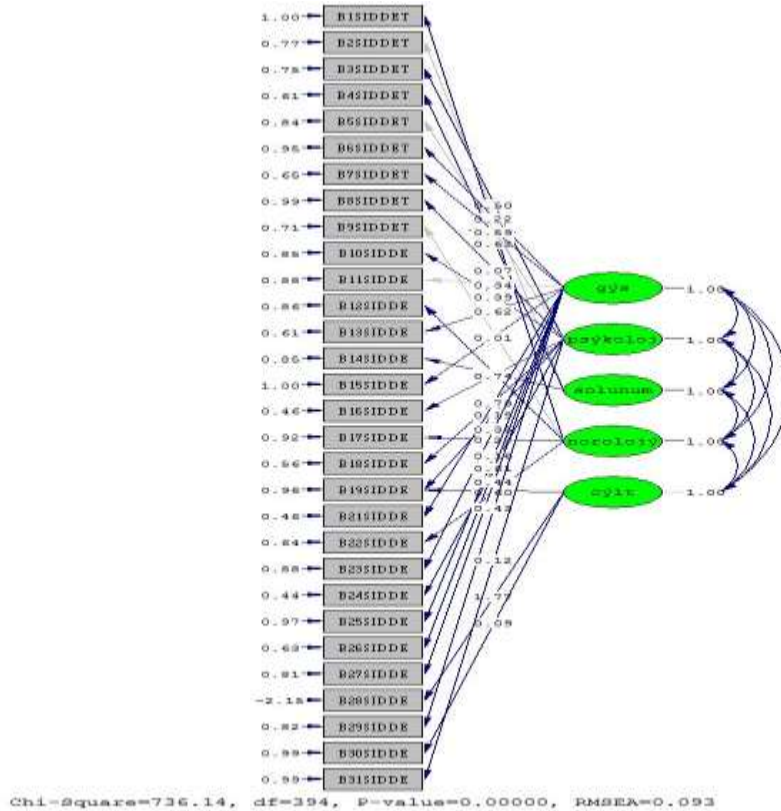
GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma, kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları semptom kümelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışma; bir üniversite hastanesi Gündüz Tedavi Merkezi’nde yürütülmüştür.

Araştırma evrenini; Gündüz Tedavi Merkezine kemoterapi almak amacıyla gelen akciğer kanseri hastaları oluşturmuştur. Merkeze gelen akciğer kanseri hasta sayısı net bilinmediğinden *örneklem gücünün* hesaplanmasında; evreni bilinmeyen örneklem formülü ($n = t^2 \cdot p \cdot q / d^2$) kullanılmış (Ozdamar, 2018) ve örneklem sayısı 98 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 100 hasta alınmıştır. Veriler Eylül 2016 – Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşup anlaşılabilen, kemoterapi tedavisi gören veya tedavinin herhangi bir döngüsünde bulunan, çalışmaya katılmaya istekli olan hastalar alınmıştır. Bilişsel yetersizliği olan, eş zamanlı radyoterapi alanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Veriler Gündüz Tedavi Merkezine gelen hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. *Araştırmada veri toplama aracı olarak*; “Hasta Tanıtım Formu”, “ECOG Performans Skalası”, “Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. *Hasta Tanıtım Formu* literatür taranarak

hazırlanmıştır (Yildirim ve ark., 2011, Kimve ark, 2005; Atay, 2008). *ECOG Performans Skalası*; hastalarının fonksiyonel durumlarını belirlemek için geliştirilen bir ölçektir. Hastanın fonksiyonel kapasitesi 0 ile 5 arasında puan verilerek yapılır. *Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ)*; ciddi hastalıklarda yaygın semptomların prevalansı, karakteristik özellikleri ve sıkıntılarını ölçmek için geliştirilmiş geçerliliği kabul edilmiş çok boyutlu bir skaladır. Ölçeğin Türkçe gecerlik ve güvenilirlik analizi Yıldirim ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Madde toplam puan korelasyonu 0,03 ile 0,64 arasında; Total MSDÖ alt boyut Cronbach alfa değerleri ise 0,71 ile 0,84 arasında bulunmuştur (Yildirim ve ark., 2011). *Verilerin analizinde*; hastaların tanıtıcı bilgileri ve semptomların prevalansının belirlenmesinde sayı ve yüzde dağılımları, semptom kümelerinin belirlenmesinde faktör analizi ve küme analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Etik Kurul Komitesi'nden (etik kurul number:2016/24-36), çalışmanın yapılacağı Onkoloji Anabilim Dalı'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamasının 59.99 ± 8.13 olduğu, %86'sının erkek, %45'inin ilköğretim mezunu, %91'inin evli ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu, %73'ünün gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu ve çalışmadıkları saptanmıştır. Ek olarak hastaların %77'sinin hastalık tipini, %79'unun ise hastalık evresini bilmediği saptanmıştır. Hastaların %62'sinin ECOG performans durumunun 1 düzeyinde bulunduğu, %71'inin başka bir kronik hastalığının olduğu ve %22'sinin ise 6 siklus ve üzerinde kemoterapi tedavisi aldığı saptanmıştır. MSAS ölçeğinde semptomların şiddet boyutuyla faktör yükleri incelendiğinde; semptomlar gastrointestinal sistem kümesi, psikoloji kümesi,



solunum kümesi, nöroloji kümesi ve cilt değişiklikleri kümesi olmak üzere beş kümede toplanmıştır (Şekil 1). Bu alt boyutların RMSE değeri 0.093'dür ve kabul edilebilir sınırdadır (Şekil 1).

TARTIŞMA: Akciğer kanseri tanılı hastalar, hastalığın doğası ve tedavi sürecine bağlı olarak birçok semptom yaşamaktadır. Akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları yorgunluk, anksiyete ve solunum sıkıntısı performanslarını olumsuz etkilemektedir(Carnio et al., 2016). Çalışmamızda da hastalarda en çok sıkıntı yaratan semptom olarak halsizlik/yorgunluk (%82) saptanmıştır Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir(Nowicki et al., 2017). Çalışmamızda iştahsızlık (%71) ve yiyeceklerin tadını algılamada değişiklik (%62), sık görülen semptomlardır. Yeni tanı konmuş hastaların yaklaşık olarak yarısında, ileri evre kanser hastalarının ise %75'ten fazlasında kilo kaybı ve iştahsızlık saptanmıştır (Sanja et al., 2017).

Bu çalışmada; semptomların şiddet boyutuyla faktör yükleri *gastrointestinal sistem kümesi*, *psikoloji kümesi*, *solunum kümesi*, *nöroloji kümesi* ve *cilt değişiklikleri kümesi* olmak üzere beş kümede toplanmıştır. Gastrointestinal sistem (GIS) kümesinde tad değişikliği, iştahsızlık, bulantı-kusma, kilo kaybı, ağız yaraları, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu semptomları bulunmaktadır. Bu küme akciğer kanseri hastalarının semptom kümeleriyle benzerdir (Wang&Fu;2014, Khamboon et al.,2015). Çalışmamızda kendim gibi görünmüyorum, uyumada zorluk, uykulu hissetme, üzgün hissetme, hassas olma, endişelenme, halsizlik, cinsel istekte azalma, sinirlilik hissi semptomlarının bulunduğu *psikoloji kümesi* bulunmaktadır. Khamboon et al., (2015)'nın ileri evre akciğer kanseri hastaları, Sullivan ve ark.(2017), Kim ve ark.(2008)' da meme kanserli hastaların yaşadığı semptom deneyimlerini incelediği çalışmalarında psikoloji/duygusal/psikonöroloji kümesi tanımlamışlardır.

Çalışmamızdaki diğer bir küme ise öksürük, nefes darlığı, ağrı semptomlarının yer aldığı *solunum kümesidir*. Khamboon et al., (2015) yaptıkları çalışmada; solunum ve uyku bozukluğu (Nefes darlığı, öksürük ve uykuda zorluk) kümelerini; Süren (2017) ise nefes darlığı ve öksürüğün yer aldığı Küme 2'yi belirlemiştir.

Çalışmamızda dikkati toplamada zorlanma, baş dönmesi, el-ayak karıncalanması, idrar yapmada zorlanma, terleme semptomlarının bulunduğu *nöroloji kümesi* yer almaktadır. Khamboon et al., (2015) nörolojik ve beden imajı (Ellerde / ayaklarda uyuşma / karıncalanma, “Kendimden hoşlanmıyorum”, acı, endişe, kilo kaybı) kümesini, Kim ve ark.(2008) da meme kanserli hastalarla psikonörolojik sistem kümesini belirlemiştir. Bulgularımız literatürle uyumludur. Aynı şekilde çalışmada deri ve saç değişiklikleri, kaşıntı, kol ve bacaklarda şişlik semptomlarının yer aldığı *cilt değişiklikleri kümesi* bulunmaktadır. Khamboon et al., (2015)'ı akciğer kanserli hastaların, Sullivan ve ark.(2017) 'da meme kanserli hastaların semptom deneyimlerini incelediği çalışmasında cilt değişiklikleri semptomlarını içeren kümeyi tanımlamışlardır. Bulgularımız literatürle benzerdir. Tüm bu boyutlarla sonuçları incelediğimizde, çalışmamızda saptanan kümelerin RMSE değerinin 0.093 olduğu ve oluşan kümelerin hastaların tedavi sürecinde yaşadığı semptomları ve birbirleriyle etkileşimini yansıttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; akciğer kanseri hastalarının yaşadığı semptomlar birbirleriyle etkileşim halindedir ve uygun girişimlerle yönetilmelidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin semptomların yönetimine farkındalığı arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Carnio S, Di Stefano RF, Novello S. Fatigue in lungcancer patients: symptom burden and management of challenges. *Lung Cancer (Auckl)*. 2016 May 9;7:73-82. doi: 10.2147/LCTT.S85334. eCollection 2016.
2. Nowicki A, Piekarska J, Farbicka P (2017), The assessment of cancer-related fatigue syndrome in patients with lung cancer during palliative chemotherapy, *Adv. Respir. Med.* 2017; 85: 69–76
3. Sanja Š , Rade M, Mira V, Momir Š. (2017). Kvalitet života bolesnika sa nesitnoćelijskim karcinomom pluća. *Vojnosanitetski preglad*, 77 (7): 625-632
4. Khamboon T, Pongthavornkamol K, Olson K, Wattanakitkrileart D, Viwatwongkasem C, Lausontornsiri W.(2015). Symptom experiences and symptom cluster across dimensions in Thais with advanced lung cancer. *Pac Rim Int Nurs Res*;19:330-44
5. Sullivan WC, Leutwyler H, Dunn BL, Cooper AB, Paul MS, Conley PY, Levine DJ, Miaskowski CA. (2017). Differences in symptom clusters identified using symptom occurrence
6. Wang D, Fu J.(2014). Symptom clusters and quality of life in China patients with lung cancer undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci.*;14(1):49-55. doi: 10.4314/ahs.v14i1.8.

DEMANS RİSKİNİ AZALTMAK İÇİN YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK DAVRANIŞINI DEĞİŞTİRME MOTİVASYONUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

**Merve Aliye Akyol^{1,2}, Lemye Zehirlioğlu², Merve Erünel^{1,2}, Hatice Mert¹, Şehnaz Hatipoğlu³,
Özlem Küçükgülü²**

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

² Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

³ Sağlık Bakanlığı, Konak 24 Nolu Mehmet Özsaruhan ASM, İzmir

GİRİŞ: Demans sıklığının tüm dünyada yükselme eğiliminde olması nedeniyle risk faktörlerinin tespit edilmesi, koruyucu yaklaşımların uygulanması ve toplumda farkındalığın artırılması önem kazanmıştır. Literatürde bireylerin sağlıklı yaşam tarzı ile demans arasında ilişki kuramadığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra artan yaşam tarzı değişikliği ile demans riskinin azaltılması bilgisinin artan uygulamayı sağlamadığı konusu çeşitli sağlık alanlarındaki araştırmalarla vurgulanmıştır. Bu nedenle demans riskini azaltmaya yönelik yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri ile ilgili motivasyon durumlarının incelenmesi oldukça önemlidir. Literatürde demans risk azaltma davranışlarına uyumda motivasyon kaynaklarının incelendiği iki çalışmaya ulaşılmıştır (Kim, Cox & Anstey, 2015, Smith, Ali & Quach, 2015). Kim ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada demans gelişme korkusu ve demans bilgisini geliştirme ihtiyacı daha sağlıklı yaşam tarzı ve sağlık davranışlarını benimseme yönünde önemli motivatörler olarak saptanmış, demans risk faktörleri hakkındaki bilgi eksikliği, davranışsal ve yaşam biçimi değişikliği için en önemli engel olarak tanımlanmıştır. Smith ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise benzer şekilde demans ve risk faktörlerine ilişkin bilgisi yüksek olan ve demans riskinin azaltılabileceğine inancı yüksek olan, bireylerin, demans riskini azaltma girişimlerine yönelik motivasyonlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde sağlıklı bireylerde demans riskini azaltmaya ilişkin sağlıklı yaşam ve sağlık davranışları motivasyon durumlarını ve etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada demans riskini azaltmaya yönelik yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri ile ilgili bilgi ve motivasyon durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. kullanıldığı bilinen ilk çalışmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı, kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bir aile sağlığı merkezindeki 40 yaş ve üzeri 284 sağlıklı birey oluşturmuştur. Araştırmaya 40 yaş ve üzeri, okur-yazar, Türkçe okuyup yazabilen, demans tanısı olmayan bireyler dahil edilmiştir. Psikiyatrik tanısı olan ve/veya görme ve işitme sorunu olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Verilerin toplanmasında Sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum) ilişkin veri toplama formu, demansa ilişkin bilgi ve deneyim formu ve MCLHB-DRR kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilen Demansa ilişkin bilgi ve deneyim formu iki bölümden oluşmaktadır. Bu formun birinci bölümü demansa ilişkin

tıbbi özellikleri sorgulamakta (Unutkanlık yaşama durumu, ailede demans öyküsü, çevresinde demans öyküsü, demanslı bireye bakım verme durumu, demansa ilişkin bilgileri geliştirme ihtiyacı hissedip hissetmediği, demans taramasına katılma durumu, demansı öncelikli sağlık sorunu olarak görüp görmediği) ikinci bölümü ise demans genel bilgisini sorgulayan 14 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde verilen her doğru cevap 1 her yanlış cevap 0 olarak puanlandırılmıştır. Demans Riskini Azaltmada Yaşam Tarzı ve Davranış Değişikliğine İlişkin Motivasyon Ölçeği ise Kim ve ark. (2014) tarafından geliştirilmiş olup 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ‘Kesinlikle katılmıyorum’ ifadesinde ‘kesinlikle katılıyorum’ ifadesine 1 ile 5 arası puan verilmektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik ve tıbbi özelliklere ilişkin verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma analizleri, demans riskini azaltma motivasyonunu etkileyen faktörlerin incelenmesinde ise regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezi ile bağlı olduğu sağlık müdürlüğü şubesinden kurum izni, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Komisyonu’ndan etik kurul izni ve katılımcıların sözlü izinleri alınmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalamaları 56.99 ± 12.05 (min: 40- max: 89), eğitim yılı ortalamaları ise 11.22 ± 4.55 yıl olarak bulunmuş, bireylerin %72.2’sinin unutkanlık yaşadığı ve %54.2’sinin çevresinde demans öyküsü olan birinin olduğu görülmüştür. Bireylerin MCLHB-DRR puan ortalamaları 84.45 ± 14.36 (min:43- max:128) ve demansa ilişkin genel bilgi puan ortalamaları ise 7.59 ± 3.44 (min: 0 – max: 14) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda üç farklı modele eklenen bağımsız değişkenlerin demans riskini azaltma motivasyonunu %11, %20 ve %25 oranlarında açıkladığı görülmüştür. Bu modellere göre yaş ($\beta = -0.18$ $p < 0.001$), cinsiyet ($\beta = 0.19$ $p < 0.001$) unutkanlık durumu ($\beta = 0.15$ $p = 0.01$), demansa ilişkin bilgiyi geliştirme ihtiyacı ($\beta = 0.23$, $p < 0.001$) ve demans bilgi puanının ($\beta = 0.20$, $p < 0.001$) bireylerin demans riskini azaltmaya ilişkin motivasyonunu anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

TARTIŞMA: Yapılan regresyon analizinde yalnızca sosyodemografik özelliklerin etkisinin incelendiği birinci modelin demans riskini azaltma motivasyonunu etkileyen faktörleri %11 oranında açıkladığı ve bireylerin demans riskini azaltma motivasyonunun yaşla birlikte ters oranda artış gösterdiği bulunmuştur. Smith ve arkadaşlarının demans riskini azaltmak ve beyin sağlığını korumak için harekete geçme ve motivasyon durumlarını incelediği çalışmada yakın zamanda harekete geçme niyetlerinin yaşla beraber artış gösterdiği bulunmuştur. Literatürde de daha genç yaşta olan bireylerin bilişsel sağlığın geliştirilebileceğine olan inancının yaşlılara oranla daha yüksek olduğu (Brain Health, 2006) ve demansı azaltmaya yönelik yapılacak yaşam tarzı ve sağlık davranışı değişikliklerinden verim alabileceklerini düşünme oranının daha yüksek olduğu belirtilmekte, motivasyonun olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (Nacsen, 2015). Çalışmamızda kadın olmanın demans riskini azaltma motivasyonunu olumlu etkilediği bulunmuştur. Wu ve ark. yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla kendilerinde demans gelişmesinden daha çok endişe duydukları ve çoğu zaman aileleri için sağlık bilgisine ulaşmada

liderlik rolünü üstlendikleri ifade edilmiştir. Ülkemizde kadınların erkeklere oranla sağlık hizmetlerini daha sık kullandıkları bilinmektedir (Kılıç ve Çalışkan 2013). Bu durum kadınların sağlık bilgisine ulaşımını kolaylaştırıp, demansa ilişkin bilgi düzeylerinin daha fazla olmasına ve onlarda demans riskinin yüksek olduğunu öğrenmelerine olanak sağladığı düşünülmektedir. Böylelikle de demans riskini azaltmaya yönelik sağlıklı yaşam davranışı değiştirme motivasyonlarının daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda, demansa ilişkin tıbbi özellikler ve demans risk bilgisinin etkisinin incelendiği ikinci modelin demans riskini azaltma motivasyonunu %20 oranında açıkladığı görülmüş ve bireylerin unutkanlık yaşamlarının demans riskini azaltma motivasyonunu artırdığı bulunmuştur. Bireylerde unutkanlık olması demans gelişmesinden korkmalarına ve demansı önlemek için harekete geçmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin demansa ilişkin artan bilgi puanlarının demans riskini azaltma motivasyonunu artırdığı bulunmuştur. Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada demansa ilişkin bilgi sahibi olmanın yaşam tarzı ve sağlık davranışı değişikliğinde temel motivatörlerden biri olduğu bulunmuştur. Bilgi düzeyi ve motivasyon karşılıklı olarak birbirini etkileyen iki kavramdır. Bireylerin demans tedavisinin olmadığı fakat değiştirilebilir risk faktörlerini azaltarak demans gelişme riskininin azaltılabileceği bilgisine sahip olmaları sağlıklı yaşam davranışları benimsemelerinde motive olmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda bireylerin demansa ilişkin bilgilerini geliştirme ihtiyacı hissetmelerinin demans riskini azaltma motivasyonu ile doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Bireylerin demansı önemli bir sağlık sorunu olarak görmelerinin demansa ilişkin bilgisini geliştirme ihtiyacı hissetmesini tetiklediği bu nedenle demans riskini azaltma motivasyonunun etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda oluşturulan üçüncü modelde demansa ilişkin tıbbi özellikler ve demans risk bilgisine ek olarak birinci modelde ele alınan sosyo demografik değişkenlerin de demans riskini azaltma motivasyonuna etkisi incelenmiş ve model anlamlı bulunmuştur. Eklenen sosyodemografik değişkenlerin modelin anlamlılığını %20'den %25'e artırdığı bulunmuştur. Bu durum kişilerin demansa ilişkin bilgi ve deneyim özelliklerinin demans riskini azaltma motivasyonunun sosyodemografik özelliklerden daha belirleyici olduğunu göstermektedir.

SONUÇ: Çalışmamızda bireylerin yaş, cinsiyet, unutkanlık yaşama durumu, demansa ilişkin bilgi sahibi olma ve bu bilgileri geliştirme ihtiyacı hissetmenin demans riskini azaltma motivasyonunu etkilediği bulunmuştur. Bireylerin demans riskini azaltmak için sağlıklı yaşam değişikliği ve sağlıklı yaşam davranışı motivasyonlarını artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasında etkileyen bu faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Society on Ageing, Metlife Foundation: Attitudes and Awareness of Brain Health: Poll. San Francisco: American Society on Ageing; 2006.
2. Cahill S, Pierce M, Werner P, Darley A, Bobersky A. A systematic review of the public's knowledge and understanding of Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2015; 29: 255–275.
3. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver KE. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLoS ONE* 2018;13(4): e0196085. [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0196085](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196085)
4. Dowds, L., McParland, P., Devine, P. and Gray, A.M. Attitudes and Knowledge of Dementia in Northern Ireland, 2010; ARK NI, University of Ulster. Available at: <http://www.dementiaresearch.ie/content/attitudes-and-knowledge-dementia-northern-ireland>
5. Farrow M. Dementia Risk Reduction: What Do Australian's Know?. Canberra: Alzheimer's Australia, 2008.
6. Kim, S., Sargent-Cox, K., Cherbuin, N., Anstey, K. J. A qualitative study of older and middle-aged adults' perception and attitudes towards dementia and dementia risk reduction. *Journal of Advanced Nursing*. Vol: 71, Issue 7 July 2015: 1694–1703.
7. NatCen Social Research, British Social Attitudes. Attitudes to dementia, Findings from the 2015 British Social Attitudes survey. Available at: <https://www.basw.co.uk/resource/?id=5796>
8. Ra S. Public knowledge about dementia in Korea: a community-based crosssectional Survey. July 2015. Volume 11, Issue 7, Supplement, Pages P576–P577.
9. Smith BJ., Ali S., Quach H. The motivation and actions of Australians concerning brain health and dementia risk reduction. *Health Promotion Journal of Australia*, 2015, 26, 115–121.
10. Smith BJ., Ali S., Quach H. The motivation and actions of Australians concerning brain health and dementia risk reduction. *Health Promotion Journal of Australia*, 2015, 26, 115–121.

DİYABETLİ BİREYLERDE AİLE DESTEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

¹Gamze Yıldız Aslan, ²Özlem Tekir, ³Hicran Yıldız

¹ Balıkesir Devlet Hastanesi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Balıkesir

² Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Balıkesir

³ Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Bursa

GİRİŞ: Diyabet bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklardan biridir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin genel popülasyondan daha düşük olduğu belirlenmiştir (Akın, 2013; Rubin ve Peyrot, 1999). Diyabetes Mellitus, diyabetli bireyler ve ailelerinin yaşamları üzerinde önemli etkisi olan bir durumdur. DM' li bireylerde hastalık belirtileri, diyabete bağlı gelişen akut ve kronik komplikasyonlar gibi nedenlerle duygusal tepkiler, uyum güçlükleri ile iyilik hali, sosyal yaşam ve diyabet kontrolünü olumsuz şekilde etkilemektedir. (Aba ve Tel, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 Eylül 2016; Akın, 2011). Diyabetli bireylerin tedavi kurallarına uymak için normal yaşam tarzında değişiklikler yapmak zorunda olmaları, bireylerin hastalığa uyum ve kabullenme sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Tedaviye uyum sorunu olan bireylerde hastaneye yeniden yatış, morbidite ve mortalite oranları artmakta, buna bağlı olarak mesleki ve ailesel sorunlar oluşmakta, bireylerin yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Dikeç ve Kutlu, 2015). Diyabetli bireylerin diyabet yönetimleri için temel yardımcıları ailesi ve yakın çevresidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 Eylül 2016; Akın, 2011).

AMAÇ: Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini, 30 Kasım 2015–30 Eylül 2016 tarihleri arasında Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Servislerinde yatan, Dahiliye ve Endokrin Poliklinikleri, Diyabet ve Obezite Eğitim Birimi'nde ayaktan tedavi gören diyabetli bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 260 diyabetli birey oluşturmuştur. Verileri toplamada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış ve tıbbi kayıtlardan yararlanılmıştır. Veri toplama formları olarak; Anket Formu, Hensarling'in Aile desteği ölçeği, Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Yaşam Kalitesi Endeksi Diabet Version-III) kullanılmıştır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan izin alınmıştır. HDFSS, geçerli ve güvenilir ölçüm sağladığı saptanan 'Diyabet Aile Desteği Ölçeği' 2009 yılında, Tip 2 diyabetik yetişkin bireylerde aile destek düzeyini ölçmek adına Janice Hensarling tarafından oluşturulmuş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği de Akın (2011) tarafından yapılmıştır. (Hensarling, 2009; Akın, 2011). Geçerli ve güvenilir ölçüm sağladığı saptanan 'Diyabet için

Yaşam Kalitesi Ölçeği' 1985 yılında, Ferrans ve Powers tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de Özer ve Efe (2006) tarafından, diyabetli bireylere uygulanarak yapılmıştır. (Özer ve Efe, 2006; Bayram, 2010). Araştırmanın uygulanabilmesi için Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği'nden kurum onayı, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ise ShapiroWilk's' testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis-H Testi, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi, Ki-Kare analizi, Fisher's Exact Testi yararlanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan diyabetli bireylerden %95,38'i tedaviyi kabullendiğini; %93,08 kan şekeri takibini yaptığını, %6,92'si yapmadığını ifade etmiştir. %22,69'u tıbbi beslenme tedavisini düzenli uyguladığını, %28,84'ü ise düzenli egzersiz yaptığını belirtmişlerdir. %94,23'ü ilaçları düzenli kullanıyorum yanıtını vermişlerdir. Bireylerin %23,46'sı ayak bakımına dikkat ettiğini belirtmişlerdir. Diyabette tedavi ve bakımınızla ilgili aile desteği olduğunu belirtenlerin oranı ise %82,69'dur. Tüm bu veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışma grubuna katılan Tip 2 diyabetli bireylerin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ise $48,18 \pm 25,42$ ortalamaya sahiptir. Puanın en yüksek değeri 96 ve en düşük değeri 0'dır (Tablo 2).

Çalışma grubuna katılan 260 diyabetli bireyin Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı ve komplikasyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Komplikasyon olmayanların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. (Tablo 3).

Araştırmaya katılan 260 Tip 2 diyabetli bireyin Yaşam Kalitesi puanı ve Yaşam Kalitesi alt bileşenleri ortalama puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Çalışma grubuna katılan Tip 2 diyabetli bireylerin yapılan korelasyon testi sonuçlarına göre Yaşam Kalitesinin alt boyutu olan aile durumu puanı ile Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır; Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı için bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r = 0,234$). Aile durumu puanı arttıkça Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı da artmaktadır. (Tablo 6).

TARTIŞMA: Araştırmaya katılan bireylerin tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin sonuçlarına bakıldığında; %95,38'nin tedaviye uyum sağladığı, %82,69'unun diyabet tedavi ve bakımı ile ilgili aile desteği aldığı, aile desteğini %52,71 ile en çok eşlerin verdiği ortaya çıkmıştır. Baykal ve Kapucu (2015)'nin çalışmasında bireylerin kendi ifadelerine göre %66,20'sinin tedaviye iyi uyum gösterdiği, %29,30'unun orta derecede uyum gösterdiği ve %4,50'sinin tedaviye uyum göstermediği tespit

edilmiştir. Taha ve ark. (2011) araştırmalarında; diyabetli bireylerin %56,30'unun tedaviye uyduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında çalışmamızda diğer çalışmalara göre diyabetli bireylerin tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu görölmektedir. Çalışmamızda Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği komplikasyon olmayanlarda komplikasyon olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Akın (2011)'ın çalışmasında ise araştırmaya katılan 107 olgunun diyabete bağlı komplikasyon yaşama durumlarına göre Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında komplikasyon yaşayanların ölçek toplam puan ortalamaları, komplikasyon yaşamayanların ölçek toplam puan ortalamaları ile aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızda 56-65 yaş ve 66 yaş üstü hasta bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Birçok çalışmada da yaş ilerledikçe yaşam kalitesi düşmektedir. (Gökpınar, 2015; Akbudak, 2011; Redekop ve ark., 2002; Papadopoulos ve ark., 2007; Akın, 2013; Yılmaz, 2014; Çıtlı ve ark., 2010b; Luk ve ark., 2014). Çalışmamızın sonucuna göre diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi alt boyut puanı olan aile durumu puanı arttıkça Aile Desteği Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları artmaktadır. Ailenin sağlığı, mutluluğu, alınan manevi destek ile ilgili olan aile durumunun aile desteği ile ilişkili olduğu görölmüş olduğundan aile desteğinin yaşam kalitesini etkilediğini söyleyebiliriz.

SONUÇ: Çalışma sonuçlarımıza göre, diyabetli bireylerin Yaşam Kalitesi alt boyut puanı olan aile durumu puanı arttıkça Aile Desteği Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları artmaktadır. Diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin artmasında ve tedaviye uyumlarında aile desteğinin etkili olduğu görölmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aba N, Tel H. (2012). Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 1:18-23.
2. Akbudak P. (2011). Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular ile Diyabet Yaşam Kalitesi arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
3. Akın Aİ. (2013). Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi.
4. Akın S. (2011). Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi.
5. Baykal A, Kapucu S. (2015). Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 44-58.
6. Bayram D. (2010). Tip II Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
7. Çıtlı R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. (2010). Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 32(4):253-264.

8. Demirtaş A, Akbayrak N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(1):10-18.
9. Dikeç G, Kutlu Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – J Psychiatric Nursing*, 6(1):40-46.
10. Gökpınar E. (2015). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi.
11. Hensarling J.S. (2009). Development and Psychometric Testing of Hensarling's Diabetes Family Support Scale. College of Nursing, Texas: Texas Woman's University.
12. Luk AOY, Zhang Y, Ko GTC, Brown N, Ozaki R, Tong PCY, Ma RCW, Tsang CC, Cheung Y, Kong APS, Chow CC, Chung H, Lau M, Cheung M, Wong R, Wolthers T, Lyubomirsky G, So W-Y, Chan JCN, (2014). On behalf of the joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Hong Kong Study Group. Health-related quality of life in Chinese patients with Type 2 diabetes: An analysis of the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Program. *J Diabetes & Metab*, (2):1-7.
13. Özer Z, Efe E. (2006). Validity and reliability of the Turkish version of the ferrans and powers quality of life index diabetes version. *Saudi Med J*, 27(1): 447-449.
14. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. (2007) Predictors of health-related quality of life in Type II diabetic patients in Greece. *Biomed Central*, 7(186):1-9.
15. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GHEM, Wolffenbuttel BHR, Niessen LW. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with Type 2 diabetes. *Diabetes Care* 25(3): 458-463.
16. Rubin RR, Peyrot M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 15(3):205-218.
17. Taha NM, El-Azeaz MA, El-Razık BGA. (2011). Factors affecting compliance of diabetic patients toward therapeutic management. *Med J Cairo Univ*. 79(1):211-218.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabet ve Aile. (2016). <http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=114>. Erişim Tarihi 10.09. 2016.
19. Yılmaz M. (2014). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Tutum Durumlarının, Yaşam Kalitesi ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTASI KADINLARIN DOĞURGANLIK VE GEBELİĞE BAKIŞI

¹Seda PEHLİVAN, ²Beyza Nur KAHRAMAN, ³Rabia Gülnur YILMAZER, ⁴Burcu YAĞIZ

⁴Hüseyin Ediz DALKILIÇ, ⁴Yavuz PEHLİVAN

¹Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa

²D. P. Ü. Kütahya Evliya Çelebi E. A. H., Kütahya

³İ. S. B. Ü. Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi E. A. H.

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji BD, Bursa

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen multisistemik otoimmün bir hastalıktır (Galappatthy, Jayasinghe, Paththinige, Sheriff, Wijayaratne, 2017). SLE’de doğurganlık hızları etkilenmemekle birlikte, gebelik boyunca hastalığın ağırlaşabileceği ve anne/bebeğe ilişkin sonuçların olumsuz etkilenebileceği bildirilmektedir (Andreoli, Crisafulli, Tincani, 2017). SLE hastalarında maternal/fetal morbidite riskini artıran en önemli faktörün artmış hastalık aktivitesi olduğu (Wei, Lai, Yang, Zeng, 2017) ve antifosfolipid antikor varlığı, lupus nefriti ve planlanmamış gebelik gibi birçok faktörün de kötü sonuçlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Andreoli et al., 2017). Gebelik planlayan hastaların gebelik öncesinde en az 6 ay inaktif hastalık durumunda olması gerekmektedir (Kültür, 2015).

SLE ve romatoid artrit (RA) gibi romatizmal hastalığı olan kadınlarda gebelik yaygın olarak görülmektedir. Hastalığın gebeliğe ve sonuçlarına etkisinin SLE ve RA’da farklı olduğu bildirilmektedir. SLE’nin aksine RA, gebelik sırasında iyileşme göstermekte ve objektif hastalık aktivitesi ölçümleri ile değerlendirildiğinde hastaların yaklaşık yarısında düzelleme görülmektedir (Andreoli et al., 2017). Ancak postpartum dönemde özellikle 3-12. aylar arasında hastalık aktivitesi artmaktadır, dolayısıyla farmakolojik tedavi ihtiyacı da artmaktadır (Kültür, 2015; Çil, Coşar, 2017). RA’nın gebelik sonuçlarına etkisinin düşük doğum ağırlığı ve sezeryan oranında artış olduğu bildirilirken, hiçbir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Kültür, 2015).

Sistemik inflamatuvar romatizmal hastalıkların doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülmesi nedeniyle gebelikte romatizmal hastalıkların takibi ve tedavisi önem kazanmaktadır. Romatizmal hastalığın gebelik seyrine olan etkisi yanında, gebeliğin romatizmal hastalık üzerine etkileri de değerlendirilmelidir. Ayrıca kullanılan ilaçlarla ilgili riskler konusunda da dikkatli olunmalıdır (Morris, Kınıklı, 2017). Hastalık tanısı aldığı andan itibaren hasta takibinde, hastanın gebelik düşüncesinin olup olmadığının öğrenilmesi, kararına saygı duyulması, gebelik konusunda bilgilendirilmesi ve alınacak kararlara mutlaka katılımının sağlanması gerekmektedir. Ancak literatürde, SLE veya RA hastalarının gebeliğe ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

AMAÇ: Çalışma, SLE hastası kadınların doğurganlık ve gebeliğe bakışını incelemek, elde edilen verileri gebelik seyri farklı olan romatoid artrit (RA) hastaları ve sağlıklı (S) bireylerden elde edilen verilerle karşılaştırmak amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan çalışmanın verileri, 01.03.2018 tarihinden itibaren 3 aylık sürede romatoloji polikliniğine başvuran, 18-45 yaş arası SLE (n=100) ve RA (n=100) hastaları ile S (n=103) bireylerden anket formu ve Hastalık Kabul Ölçeği ile toplandı. Anket formu, hastaya ait özellikler sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile gebeliğe ilişkin 25 sorudan oluşmaktadır. Hastalığı Kabul Ölçeği ise; Felton ve Revenson (1984) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Besen ve Esen (2009) tarafından yapılmıştır (Felton, Revenson, Hinrichsen, 1984; Besen, Esen, 2011). Beşli likert tipinde olan ölçekte sekiz maddeden, alınabilecek puan 8-40 arasında değişmektedir. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın getirdiği negatif duyguların ve olumsuz tepkilerin azlığını göstermektedir (Besen vd., 2011). Gebelik seyrinin ve sonuçlarının SLE'den farklı olduğu RA'lı hastalar ve sağlıklı bireyler kontrol grubu olarak değerlendirildi. RA hastalarının verileri, SLE hastaları ile aynı anket formu ile toplanırken, sağlıklı kadınların verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve gebeliğe ilişkin 16 sorudan oluşan anket formu ile toplandı. Verilerin değerlendirmesinde; SPSS kullanılarak, yüzdeler, kıkare, student t testi, ANOVA analizleri yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce klinik araştırmalar etik kurulundan izin alındı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan SLE hastalarının yaş ortalamasının 35.71 ± 5.9 yıl, %78'inin evli olduğu, %77'sinin düzenli adet olduğu, %70'inin gebelik, %32'sinin düşük, %10'unun ölü doğum öyküsünün olduğu saptandı. Yaş, medeni durum, adet düzeni açısından gruplar arasında fark bulunmazken, düşük ($p=0.011$) ve ölüm doğum yapma ($p=0.006$) oranının SLE hastalarında daha fazla olduğu saptandı. Hastalık süresi ortalamasının 10.43 ± 5.47 yıl ve %35'inin hastalığının aktif olduğu belirlendi. SLE hastalarının %65'inin gebelik ve riskleri konusunda bilgi aldığı ($p=0.000$), %45'inin hastalık sonrası gebe kaldığı ($p=0.000$), hastalık sonrası oluşan 78 gebeliğin 51'inin canlı doğum olarak sonlandığı saptandı.

SLE hastalarının %32'sinin bebek sahibi olmayı istediği (RA=%22, S=%24.3), %38'inin gebeliği önleyici yöntem kullandığı, bunların yarısının kullandığı yöntemin geri çekme olduğu belirlendi. Düşük yapan ($30.9 \pm 8.2/32.5 \pm 6.2$) ve bebek isteyen ($29.8 \pm 8.9/32.2 \pm 7.3$) SLE hastalarının hastalık kabul puanı daha düşük olsa da anlamlı değildi ($p>0.05$). Tablo 1'de görüldüğü gibi çalışmaya katılanların gebelik ile ilgili görüşlerini belirlemek için sorulan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi.

Tablo 1. Çalışmaya katılanların gebelik ile ilgili görüşlerinin gruplara göre dağılımı

	Katılıyorum SLE/RA/S	Katılmıyorum SLE/RA/S	Fikrim yok SLE/RA/S	p
Hastalığının gebeliğe bir etkisi yoktur.	25/20/-	48/37/-	27/43/-	0.060
Gebelik hastalığımı olumsuz etkiler.	59/33/-	19/29/-	22/38/-	0.001
Hastalığım bebeğin sağlığını olumsuz etkiler.	55/34/-	16/25/-	29/41/-	0.011
Kullandığım ilaçlar bebek için zararlıdır.	61/55/-	9/13/-	30/32/-	0.576
Sağlıklı bir bebek doğurabilirim.	38/24/65	32/29/14	30/47/24	0.000
Bebek sahibi olmayı her şeyden daha çok istiyorum.	39/29/21	44/44/56	17/27/26	0.040
Hastalığım gebe kalmak için engeldir.	49/22/-	31/41/-	20/37/-	0.000

TARTIŞMA: Gebelik döneminde genellikle alevlenmelerin olduğu SLE hastalığında gebelik ile ilgili riskler; abortus, preterm doğum, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, preeklamsi, düşük doğum ağırlığıdır. Bu nedenle, SLE gebelikleri yüksek riskli gebelik olarak değerlendirilmektedir (Kültür, 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, SLE gebeliklerinin %20'sinde düşük ve %11'inde ölü doğum görüldüğü belirlenmiştir (Kültür, 2015; Akın, Güneş, Kurtoğlu, 2009). Çalışmamızda ise düşük oranı daha yüksek olup (%32), ölü doğum oranı (%10) benzerdir.

SLE gebeliklerinin başarıyla sonuçlanabilmesi için; konsepsiyonun zamanlamasının doğru olması, hastanın izlem ve tedavisi romatolog ve obstetrisyen işbirliğiyle dikkatle yapılması gerekmektedir (Keser, 2011). Bu nedenle, gebelikte anne ve fetusun sağlığı için hasta-hekim iş birliği çok önemlidir. Konsepsiyon öncesi anne ve hekim hastalığın gidişatından haberdar olduğunda kontrollü bir gebelik sağlanabilir (Kucur, Davas, Kokulu, Erman, Otlu, 2011). Çalışmamızda SLE hastalarının %65'nin gebelik ve riskleri konusunda bilgi sahibi olduğu belirlenmiş olmakla birlikte bu oranın daha da artırılması gerektiği düşünülmektedir. SLE hastalarının gebelik ile ilgili düşünceleri mutlaka sorgulanmalı ve bu konuda eğitim verilmelidir.

Gebeliklerin doğru zamanda planlanabilmesi için kullanılan kontraseptif yöntemler önemli hale gelmektedir. Dalkılıç ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, SLE hastalarının %20.3'ünün kontraseptif yöntem kullandığı, en fazla kullanılan yöntemin geri çekme (%32.7) ve kondom (%28.3) olduğu saptanmıştır (Dalkilic, Tufan, Oksuz, Sahbazlar, Coskun, Seniz, Pehlivan, Inanc, 2014). Bu sonuca benzer olarak çalışmamızda da SLE hastalarının %38'inin kontraseptif yöntem kullandığı ve bunların yarısının geri çekme olduğu belirlendi. SLE hastalarında gebeliğin doğru zamanlamasında kullanılan kontraseptif yöntemin güvenilirliğine bağlıdır ve geri çekme yönteminde başarısızlık riski oldukça fazladır. Bu nedenle, SLE hastalarına doğru ve güvenilir kontraseptif yöntem kullanımı konusunda verilecek eğitimin, gebelik ve riskleri hakkında verilen eğitim kadar önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ: SLE hastalarının çoğunun gebelik ve riskleri konusunda bilgi sahibi olmasına rağmen, yeni bir bebek sahibi olmayı isteme oranının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bebek sahibi olmak isteyen hastaların anlamlı olmasa da hastalık kabul puan ortalamasının daha düşük olması dikkat çekici bir sonuçtur. Gebelikten korunduğunu belirten hastaların yarısının güvenilir olmayan bir yöntem kullanması eğitim ihtiyacını göstermektedir. SLE hastalarının gebelik düşüncesinin olup olmadığının belirlenmesi tedavinin yönlendirilmesi ve hastalığın gidişatı açısından oldukça önemli bir konudur ve bu konuda hastaya verilecek eğitimler hayati öneme sahiptir.

ALANA KATKI: Çalışma, SLE gibi gebelik döneminde alevlenmenin yaşandığı bir hastalıkta sıkı bir tıbbi izlemin gerekliliği vurgulanmaktadır. Hastalığın daha az hasarla ilerleyebilmesi için de uygun kontraseptif yöntemlerden faydalanılması gerekmektedir. Yapılan bu çalışma, güvenilir olmayan ve başarısızlık oranı yüksek olan kontraseptif yöntemlerin tercih edildiğini göstermektedir. Çalışmanın alana en önemli katkısının, SLE hastalarına doğru zamanda gebe kalma ve güvenilir kontraseptif yöntem kullanımı konusunda verilecek eğitimin önemini göstermesi olduğu düşünülmektedir.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS): Varılan sonuçlara göre en dikkat çekici unsurlar öncelikle SLE hastalarının, hastalık alevlenmesinin gebelik döneminde fazla yaşanmasına rağmen bebek istemeleridir. Gebelikten korunduğunu belirten grubun ise güvenilir olmayan yöntemler kullanması da bir diğer dikkat çekici unsurdur. Sonuç olarak doğurganlık çağında ki tüm SLE hastalarına gebelik hakkında bilgi verip, uygun ve güvenilir kontraseptif yöntemin önemini dile getirmenin hayati önem taşıdığını belirtmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Akın MA, Güneş T, Kurtoğlu S. Lupuslu anne bebeği; gebelik, fetus ve yenidoğan izlemi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2009;19(5):293-300.
2. Andreoli L, Crisafulli F, Tincani A. Pregnancy and reproductive aspects of systemic lupus erythematosus. Curr Opin Rheumatol. 2017;29(5):473-479.
3. Besen Büyükkaya D, Esen A. Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. TAF Prev Med Bull. 2011;10(2):155-164.
4. Çil Akıncı A, Coşar Çetin F. Gebelikte romatoid artrit ve yönetimi. HSP 2017;4(3):244-251.
5. Dalkılıç E, Tufan AN, Oksuz MF, Sahbazlar M, Coskun BN, Seniz N, Pehlivan Y, Inanc M. Comparing female-based contraceptive methods in patients with systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and a healthy population. Int J Rheum Dis. 2014;17(6):653-657.
6. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults, Soc Sci Med. 1984;18:889-898.
7. Galappathy P, Jayasinghe JDD, Paththinige SC, Sheriff RMH, Wijayarathne LS. Pregnancy outcomes and contraceptive use in patients with systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and women without a chronic illness: a comparative study. Int J Rheum Dis. 2017;20(6):746-754.
8. Keser G. Sistemik lupus eritematozus ve gebelik. Türkiye Klinikleri J Immunol Rheumatol-Special Topics. 2011;4(3):50-58.

9. Kucur Kabil S, Davas İ, Kokulu D, Erman S, Otlı G. İlk kez gebelikte renal ven trombozu ve ciddi nefropati kliniğiyle ortaya çıkan sistemik lupus eritematozus ve sekonder antifosfolipid sendromu olgusu. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2011;21(1):50-54.
10. Kültür T. Sistemik lupus eritematozus ve romatoid artritın gebelik ile etkileşimi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* 2015;12(5):194-197.
11. Morris Y, Kınıklı G. Gebelikte romatizmal hastalıklar ve tedavisi. <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Gebelikte-Romatizmal-Hastal%C4%B1klar-ve-Tedavisi.pdf>. E.T.:17.10.2017
12. Wei S, Lai K, Yang Z, Zeng K. Systemic lupus erythematosus and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lupus.* 2017;26(6):563-571.

Bildiri No: S-63

HEMŞİRELERİN KAN TRANSFÜZYONUNA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİ DEĞERLENDİRME; ÖRNEK BİR SENARYO ÇALIŞMASI

Gülbin Konakçı¹, Asiye Durmaz Akyol², Hülya Kankaya², Filiz Özel³

¹İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

³Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kastamonu

GİRİŞ: Hemşireler kan transfüzyonunda önemli bir role sahiptir. Onların bilgi ve yetenekleri kan transfüzyonunun güvenliği ve etkililiği için çok önemlidir. Tüm bunlardan yola çıkarak, işlemin tüm basamaklarında önemli rol alan hemşirelerin bilgilerinin sık aralıklarla güncellenmesi, yanlış bilinen ve bilinmeyen uygulamaların belirlenmesi ve hemşirelerin bu konuda kendi bilgilerinin farkındalıklarının sağlanması gerektiği düşünülmüş ve planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın amacı, kan transfüzyonunda primer sorumluluğu olan hemşirelerin kan transfüzyonuna yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmek, bilgi ve uygulamaya yönelik hataların geliştirilen senaryo doğrultusunda değerlendirilmesini sağlamaktır.

Çalışma Tasarımı Ve Örneklem: Araştırma, hemşirelerin kan transfüzyonuna yönelik bilgi düzeyleri ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma; Nisan 2014-Eylül 2015 tarihleri arasında 1 tıp fakültesi hastanesi, 2 eğitim ve araştırma hastanesi, 2 devlet hastanesinde yürütülmüştür. Bu çalışmanın örneklem seçiminde tabakalı rastgele örnekleme ile örneklem sayısı 294 olarak belirlenmiştir. Ancak çalışmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz dolduran 116 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Formu Ve Uygulamalar: Bu çalışmada veri toplama aracı olarak; ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen Hemşire Tanıtım Formu (12soru), Kan Transfüzyonu Bilgi Soru Formu (29soru), kan transfüzyonuna ilişkin eksik ya da yanlışların yer aldığı senaryo formu ve çekim videosu kullanılmıştır (37).

İstatistiksel Analizler: Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, ki-kare, Mann Whitney U, Kruskall-Wallis istatistiksel analizleri ve yorumu için istatistik bölümünden destek alınmıştır.

Etik İzinler: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir İli Güney ve Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izinler, Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hemşirelerin %91,4'ünün kadın olduğu, hemşirelerin %91,4'ünün bir yılın üzerinde hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hemşirelerinin %44,8'inin

üniversite,%30,2'sinin devlet hastanesinde,%25,0'inin eğitim ve araştırma hastanesinde görev yaptığı saptanmıştır.

Hemşirelerin Kan Transfüzyonuna Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin transfüzyon öncesi hasta hazırlığı, transfüzyon öncesi hemşirelik uygulamaları, transfüzyon sonrası hemşirelik uygulamaları ve kan transfüzyonu ile ilişkili komplikasyonlar yönelik bilgi sorularında%1,7'si“bilmiyor”,%88,8'inin“kısmen biliyor”,%9,5'i “biliyor” grubunda yer aldığı görülmektedir.

Hemşirelerin kan transfüzyonu bilgi düzeyi puan ortalamalarına göre; “Transfüzyon Öncesi Hasta Hazırlığı” bilgi puan ortalamalarının 8,41±1,96;“Transfüzyon Öncesi Hemşirelik Uygulamaları”bilgi puan ortalamalarının 8,63±3,34;“Transfüzyon Sonrası Hemşirelik Uygulamaları” bilgi puan ortalamalarının 22,06±5,12;“Kan Transfüzyonu İle İlişkili Komplikasyonlar” bilgi puan ortalamalarının 22,68±4,67;toplam bilgi puan ortalamalarının 61,81±10,18 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hemşirelerin Kan Transfüzyonuna İlişkin Senaryo Bilgi Puanlarına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin kan transfüzyonuna ilişkin senaryo bilgi puan ortalamalarına göre; “Transfüzyon Öncesi Hasta Hazırlığı” bilgi puan ortalamalarının 11,04±6,71;“Transfüzyon Öncesi Hemşirelik Uygulamaları”bilgi puan ortalamalarının 5,65±3,79;“Kan Transfüzyonu Süresince Hemşirelik Uygulamaları” bilgi puan ortalamalarının5,71±6,67;“Transfüzyon Sonrası Hemşirelik Uygulamaları” bilgi puan ortalamalarının 5,71±6,67;Senaryo toplam bilgi puan ortalamalarının ise 36,42±15,42 olduğu bulunmuştur (Tablo2).

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile hemşirelerin transfüzyon öncesi hasta hazırlığı($Z=-2,25;p=0,02$),eğitim düzeyi ile hemşirelerin kan transfüzyonu sonrası hemşirelik uygulamaları ($Z=-2,45;p=0,01$);hizmet içi eğitime katılma durumu bilgi puan ortalamaları ile hemşirelerin transfüzyon öncesi hasta hazırlığı ($Z=-2,51;p=0,01$),hizmet içi eğitime katılma durumu bilgi puan ortalamaları ile hemşirelerin kan transfüzyonu süresince hemşirelik uygulamaları($Z=-0,02;p=0,04$),hizmet içi eğitime katılma durumu bilgi puan ortalamaları ile transfüzyonu sonrası hemşirelik uygulamaları ($Z=-2,45;p=0,01$); kan transfüzyonu uygulamalarına yönelik yazılı politika durumu ile hemşirelerin kan transfüzyonu süresince hemşirelik uygulamaları ($\chi^2=14,63;p=0,00$), Kan transfüzyonu uygulamalarına yönelik yazılı politika durumu ile transfüzyonu sonrası hemşirelik uygulamaları ($\chi^2=10,71;p=0,005$), kan transfüzyonu uygulamasına yönelik yazılı politikaların okunma durumu ile transfüzyonu sonrası hemşirelik uygulamaları ($Z=-2,60;p=0,009$) ile bilgi puan ortalamaları ilişkisi istatistiksel analizde anlamlı saptanmıştır (Tablo-3).

Tablo 1: Hemşirelerin Kan Transfüzyonu Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Bilgi Soruları	X	sd	Min. Değeri	Max. Değeri
Transfüzyon Öncesi Hasta Hazırlığı	8,41	1,96	0,00	12,00
Transfüzyon Öncesi Hemşirelik Uygulamaları	8,63	3,34	0,00	16,00
Transfüzyon Sonrası Hemşirelik Uygulamaları	22,06	5,12	0,00	30,00
Kan Transfüzyonu İle İlişkili Komplikasyonlar	22,68	4,67	0,00	30,00
Toplam puan	61,81	10,18	0,00	79,00

Tablo 2: Hemşirelerin Senaryo Bilgi Sorularından Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Senaryo Bilgi Soruları	X	sd	Min. Değeri	Max. Değeri
Transfüzyon Öncesi Hasta Hazırlığı	11,04	6,71	0,00	25,00
Transfüzyon Öncesi Hemşirelik Uygulamaları	5,65	3,79	0,00	25,00
Kan Transfüzyonu Süresince Hemşirelik Uygulamaları	5,71	6,67	0,00	25,00
Transfüzyon Sonrası Hemşirelik Uygulamaları	5,71	6,67	0,00	25,00
Toplam puan	36,42	15,42	0,00	75,00

Tablo 3: Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlere Göre Senaryo Kan Transfüzyonu Bilgi Sorularından Aldıkları Puanlara Göre İncelenmesi

	Transfüzyon Öncesi Hasta Hazırlığı		Transfüzyon Öncesi Hemşirelik Uygulamaları		Kan Transfüzyonu Süresince Hemşirelik Uygulamaları		Transfüzyon Sonrası Hemşirelik Uygulamaları		Toplam puan	
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
Eğitim Durumu	-2,25	0,02	-0,36	0,71	-0,96	0,33	-0,53	0,59	-1,62	0,10
Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumu	-2,51	0,01	-1,27	0,20	-2,02	0,04	-2,45	0,01	-0,61	0,54
	X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
Kan Transfüzyonu İle İlgili Bilgiyi Aldıkları Kaynak	1,95	0,58	9,00	0,02	7,92	0,04	22,79	0,00	4,91	0,17
Kan Transfüzyonu Uygulamalarına Yönelik Yazılı Politika	1,67	0,43	0,70	0,70	14,63	0,001	10,71	0,005	2,10	0,35
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
Kan Transfüzyonu Uygulamalarına Yönelik Yazılı Politika okunma durumu	-0,49	0,62	-1,38	0,16	-0,80	0,41	-2,60	0,009	-0,94	0,34

TARTIŞMA

Kan Transfüzyonuna Yönelik Bilgilerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda hemşirelerin kan transfüzyonu öncesi hasta hazırlığı bilgi puan ortalamasının 8.41 ± 1.96 olduğu saptanmıştır. Çakır ve arkadaşları araştırmalarında kan ve kan ürünleri transfüzyon amaçları ile ilgili soruyu katılımcıların %56,7'sinin doğru yanıtladığını saptamışlardır (1). Hiji ve ark. (2012) araştırmalarında hemşirelerin çoğunluğunun kan toplanmasından önce hasta hazırlığının önemli olduğunu farkında olduğunu saptamıştır (2). Maryam ve ark. (2014) araştırmasında kan transfüzyonu hazırlık aşamasına ilişkin %21.5'inin “yetersiz” bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (3). Dubey ve ark. (2013) yaptıkları araştırmada hemşirelerin ortalama bilgi puanı 17.34 ± 3.37 olarak saptanmıştır (4).

Pehlivanoğlu ve ark.(2010) yaptıkları araştırmada hemşirelerin premedikasyon konusunda bilgi karmaşası yaşadıklarını saptamışlardır (5). Aslani ve ark. (2010) araştırmalarında transfüzyon sırasında hemşirelerin kan transfüzyonu hakkında teknik bilgi düzeyi %81.2 oranında ve hemşirelerin kan komponentleri ile ilişkili bilgi düzeyinin %24.8'inde yetersiz olduğu bulunmuştur (6). Rao ve ark.(2013) araştırmalarında hemşirelerin kan komponentleri hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu bulunmuştur (7). Kabinda ve ark.(2014)araştırmalarında kan transfüzyonu temel bilgi ve uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğunu saptamışlardır (8). Lebona G ve ark. (2016)'nın çalışmasında hemşirelerin %6,6'sının kan transfüzyonuna ilişkin bilgi düzeyi yetersiz saptanmıştır (9).

Pehlivanoğlu ve ark. (2010) yaptıkları araştırmada hemşirelerin kan transfüzyonuna bağlı reaksiyonu düşündüren belirtileri hemşirelerin %67'sinin tanımlayabildiğini saptamışlardır (5). Aslani ve ark. (2010) araştırmalarında kan transfüzyonu sonrası bakım hakkındaki sorulara hemşirelerin %93.2'sinin yanlış yanıt verdiği saptanmıştır (6). Maryam ve ark.(2014) yaptıkları araştırmada, kan transfüzyonu komponentleri ve transfüzyon komplikasyonlarına yönelik sorulara %20.4'ünün “yetersiz bilgi” düzeyinde yanıt verdikleri saptanmıştır (3). Rao ve ark.(2013)araştırmalarında hemşirelerin %6.81'inin komplikasyonlara yönelik bakımın aşamalarını tamamlayamadığı bulunmuştur (7). Şahin (2006) araştırmasında, hemşirelerin %37.12'sinin kan transfüzyonuna yönelik hizmet içi eğitim aldığı, %62.9'unun ise almadığı saptanmıştır (10). Aneke ve ark.(2018)'nin çalışmasında, güvenli kan transfüzyonu için hastanelerde ve kan bankalarında hemovijilans biriminin kurulması ve sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgilerinin düzeltici faaliyetler ve sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerekliliği vurgulanmıştır (11). Mayaki ve ark.nın (2016) çalışmasında, kan transfüzyonu konusunda eğitim alanların oranı %22,2 olarak saptanmıştır (12).

Senaryo Bilgi Puanlarının Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda senaryo sonrası hemşirelerin kan transfüzyonu ilişkili hemşirelik uygulamaları bilgi durumu toplam ortalama puanı 36.42 ± 15.42 'dir. Bu sonuç, hemşirelerin kan transfüzyonu uygulamaları/adımlarına ilişkin önemli bilgi açıklarının olduğunu düşündürmüştür. Kafando ve ark.(2017) araştırmalarında sağlık çalışanlarının kan transfüzyonu konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ve aynı zamanda hizmet içi eğitimlere katılımlarının sınırlı olduğunu belirtmişlerdir (13). Aslani ve ark.(2010) araştırmalarında yer alan hemşirelerin bilgi düzeylerinin %12'sinde düşük olduğu

bulunmuştur (6). Maryam ve ark. (2014)araştırmalarında hemşirelerin%10.3'ünün yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu ve kan transfüzyonu sırasında prosedürlere yönelik sorulara verilen yanıtlarda hemşirelerin %16.6'sının yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır(3).

SONUÇ: Araştırmamızda hemşirelerin transfüzyon öncesi hasta hazırlığı ve transfüzyon öncesi hemşirelik uygulamaları bilgi puan ortalamalarının oldukça düşük olması dikkat çekici bir bulgudur. Günümüzde kan transfüzyonu konusunda gelişmeler yüz güldürücü olmasına rağmen, güvenli kan transfüzyonu uygulamasıyla ilgili ne yazık ki bilgi ve uygulama eksikliklerimiz hala devam etmektedir. Hizmet içi eğitimlerin güncel ve sürekli olması öneriler arasında olsa da tek başına düzeltici ve önleyici bir faaliyet olarak yeterli değildir. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kurumlarda ve kan bankalarında hemovijilans birimlerinin kurulması ve kan transfüzyonu sürecinin tek bir yerden koordine edilerek denetlenmesi, güncel eğitimlerin bu birim tarafından standartize verilmesi güvenli kan transfüzyonu açısından gerekli öneriler arasında yer almaktadır. Sonuçlarımıza göre değinilmesi gereken diğer bir konu; uygulama birimlerinde yazılı talimatların oluşturulması ve var olan talimatların çalışanlar tarafından bilinmesine ilişkin işleyiş sorunları olmuştur. Kalite çalışmaları ve denetimleriyle çalışanların işleyiş konusundaki farkındalıklarının artırılabilmesi ve işleyişe ilişkin sorunlara ortak çözüm sürecine dahil edilmesi gerekliliği önerilerimiz arasındadır. Diğer taraftan kan transfüzyonu uygulamalarına ilişkin güncel etik, yasal ve mesleki farkındalığını artırmak için kurs, panel, sempozyum gibi bilimsel toplantıların düzenlenmesi, bilgilerin uygulamaya bilinçli bir şekilde dönüştürülebilmesine olanak sağlayacağı düşünülmüştür.

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi olarak kabul edilmiş (2013/HYO/003) ve destek alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kan transfüzyonu, hemşire, senaryo

KAYNAKLAR

1. Çakır A., Batmaz H., Limon S. Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. http://acibademhemsirelik.org/bilimsel_calisma/8.pdf. (Erişim Tarihi: 14.12.2015).
2. Hiji BM., Oweis AE., Dabbour DS. (2012). Measuring Knowledge of Blood Transfusion: A Survey of Jordanian Nurses. American International Journal of Contemporary Research. 2(10): 77-94.
3. Maryam Y. Kianoosh S., Homa S., Esmat Y., Nazanin Y. (2014). Knowledge Level of the staff's about blood transfusions in hospitals in East of Iran. Science Road Journal. 2(1): 91-96.
4. Dubey A, Sonker A, Chaudhary RK. (2013). Evaluation Of Health Care Workers' Knowledge And Functioning Of Blood Centres İn North India: A Questionnaire Based Survey. Transfusion and Apheresis Science; 49: 565–570.
5. Pehlivanoglu F., Yaşar KK., Işık EM., Özkan H., Çiçek G., Canatan G., Yıldırım S., Çetin D., Şengöz G. (2011). Kan Transfüzyonu Uygulamaları Hemşire Anketi; Doğrular, Doğru Bilinenler, Değişenler, Hatalar. Haseki Tıp Bülteni, 145-149.

6. Aslani Y., Etemadyfar S., Noryan K. (2010). Nurses' knowledge of blood transfusion in medical training centers of Shahrekord University of Medical Science in 2004. *IJNMR*. 15(3):141-144.
7. Rao P., Saha D., Rao S., Chakraborti S., Adiga D. (2013). Awareness On Blood Donation Among The Nursing Staff. *International Journal of Advanced Research*; 1(7): 610-616
8. Kabinda JM, Miyanga SA, Donnen P, Ende J V, Dramaix M-W(2014). Knowledge, Attitudes and Practices of Medical and Paramedical Staff in Blood Transfusion in the Democratic Republic of Congo. *Open Journal of Preventive Medicine*, 2014, 4, 672-680
9. 40. Lebona G B, Devi CS, Kanakalakshmi R. Assess the knowledge regarding blood transfusion among staff nurses and nursing students in NMCH, Nellore. *International Journal of Applied Research* 2016; 2(4): 226-230
10. Şahin H. (2006). Hemşirelerin Kan Transfüzyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Buna Eğitimin Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
11. John C. Anekea , Nkiru Ezeamab , Chide E. Okochaa , Adaora N. Onyeyilic , Christian E. Onahd, Nancy C. Ibehe , Ugochinyere J. Chilakaa , Geoffrey C. Egbunikea. Knowledge, attitude and practice of haemovigilance among healthcare professionals in a Nigerian Tertiary Hospital. 2017 *Egyptian Journal of Haematology*. DOI: 10.4103/ejh.ejh_25_17
12. Mayaki Z, Kabo R, Moutschen M, Albert A, Dardenne N, Sondag D, Gérard C. Knowledge, attitudes and clinical practice of blood products prescribers in Niamey. *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 78–85
13. Kafando E, Koumaré AR, Sawadogo S, Nébié Y, Tinto A, Simporé J. Improving blood transfusion safety: a survey on the knowledge and attitudes of health professionals in blood transfusion at the yalgado ouedraogo university hospital center, Burkina Faso. *Hematol Transfus Int J*. 2017;4(1):1-4.

Bildiri No: S-68

TÜRKİYE'DE KANSER HASTALARINDA ORAL MUKOZİT İLE İLGİLİ YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZ ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ: BİR SİSTEMATİK DERLEME

Seher Çakmak, Nesrin Nural

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Trabzon

GİRİŞ: Oral mukozit (OM), kanser tedavisinin bir sonucu olarak ağız mukozasının kırmızılıktan ciddi ülserasyonlara varan enflamasyonudur (D'Hondt Lionel, Marc, & Jean-Luc, 2006). Tedavinin oksidatif süreci başlatması ile önce submukozada ardından epitele doğru genişleyen beş aşamalı biyolojik olay sonucunda OM gelişmektedir. Bu aşamalar başlatma, mesaj üretme, sinyal verme ve amplifikasyon, ülserleşme ve iyileşmedir (Jahangard-Rafsanjani et al., 2013).

Oral mukozit önemli klinik sorunlara yol açmaktadır. (Yavaş, 2009). Bu hastalarda, mukozada kanama, ağrı ve enfeksiyon, bulantı-kusma, yeme ve yutma güçlüğü, beslenme bozukluğu, dehidratasyon ve kilo kaybı gelişebilmektedir (Cheng, 2007; Elting vd., 2003). Bu komplikasyonlar, tedavinin ertelenmesine veya sonlandırılmasına, hastanede yatış süresinin uzamasına, parenteral beslenmeye, opioid analjezik ve antibiyotik kullanımına, yaşam kalitesinin düşmesine, hatta ölüme neden olmaktadır (Elting vd., 2003; Jo & Kim, 2014; Murphy, 2007; Vera-Llonch, Oster, Ford, Lu, & Sonis, 2007).

Oral mukozitin profilaksisi büyük önem taşımaktadır. Antineoplastik tedavinin neden olduğu akut ya da kronik olabilen oral ve sistemik sekeli en aza indirmek için OM'in güncel klinik yönetiminde, ağrı yönetimi, beslenme desteği ve iyi bir ağız hijyenini sürdürmek gibi palyatif önlemler sıklıkla kullanılmaktadır. Bu önlemler oral rahatsızlığı hafifletmeye, dehidratasyon, kaşeksi ve enfeksiyon gibi ikincil komplikasyonları önlemeye ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeye yardım etmektedir (Lalla, Sonis, & Peterson, 2008).

AMAÇ: Bu çalışma, hemşirelik alanında kanser hastalarında OM'in önlenmesi ve/veya yönetimini konu alan yayımlanmış veya yayımlanmamış yüksek lisans ve doktora tezlerinin gözden geçirilmesi ve tezlerden elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu plan doğrultusunda sistematik derlemede şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Yüksek lisans tezlerinde OM'in önlenmesi/yönetimi ele alınmış mıdır?
2. Doktora tezlerinde OM'in önlenmesi/yönetimi ele alınmış mıdır?
3. OM'in önlenmesi/yönetimi konusunda yayımlanmış tezlerin kapsam ve içeriği nedir?

GEREÇ VE YÖNTEM

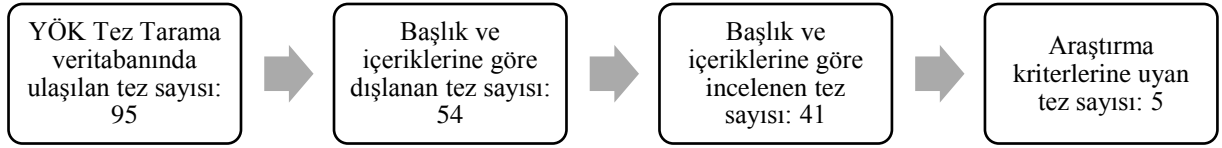
Araştırmanın Modeli: Çalışma, sistematik derleme yöntemine göre tasarlanmıştır. Bu derlemede York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2009 rehberi temel alınmıştır. CRD, sağlık alanında yapılan

sistemik derlemelerin nasıl yapılması gerektiği hakkında bilgi veren bir rehberdir. Çalışmaya alınan tezler, PICOS (Population= Çalışmaların Popülasyonu, Interventions = Müdahaleler, Comparators = Karşılaştırmalar, Outcomes = Sonuçlar, Study Designs = Çalışma Dizayını) formatında sunulmuştur.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi: Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Tez tarama veri tabanında (www.tez.yok.gov.tr) “oral mukozit”, “mukozit”, “oral mukozitin önlenmesi” ve “oral mukozitin yönetimi” anahtar kelimeleri kullanılarak ulaşılabilen, 1 Ağustos 2008- 1 Ağustos 2018 tarihleri arasında yayımlanan 95 tez çalışması incelenmiştir. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Tez tarama veri tabanındaki anahtar kelimelerden herhangi birini veya birkaçını içeren 41 çalışmanın başlıkları ve özetleri dahil edilme kriterleri yönünden ele alınmıştır. İnceleme sonucunda dahil edilme kriterlerini taşıyan 5 tez çalışması sistemik derlemenin örneklemini oluşturmuştur (Şekil 1).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Türkiye’de yapılmış yüksek lisans ve doktora eğitim tezleri
- Tamamına erişilebilen tezler
- Tezlerin hemşirelik alanında yapılmış olması
- Örneklem grubunun kanser hastalarından oluşması
- Son 10 yılda yapılmış tezler olarak belirlenmiştir.



Şekil 1. Örneklemin belirlenme süreci

BULGULAR: Sistemik derlemeye dâhil edilen tezlerin dördü yüksek lisans, biri doktora tezidir. Bu tezlerden biri 2009 yılında, ikisi 2012 yılında, biri 2014 yılında ve biri 2016 yılında yapılmıştır. Çalışma kapsamındaki tezlerin ikisinin Gaziantep, ikisinin İstanbul ve birinin Erzurum illerinde yapıldığı belirlenmiştir. İncelenen tez çalışmalarının örneklemini; üç çalışmada kemoterapi (KT) alan hastalar, bir çalışmada yüksek doz KT alan ve hematolojik maligniteli kemik iliği nakli hastaları ve bir çalışmada baş boyun RT’si alan hastalar oluşturmaktadır. Tezlerdeki örneklem sayısı 60-103 hasta arasında değişmektedir.

Sistemik derlemeye dâhil edilen tezler deneysel (n=3) ve randomize kontrollü deneysel (n=2) araştırma tasarımına sahiptir. Verilerin toplanmasında; tezlerin tamamında hastaların sosyodemografik özelliklerini belirleyen soru formu ve ölçek kullanılmıştır. Oral mukozitin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler; dört çalışmada “Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği” (Çubukçu, 2012; Erdem, 2012; Harman, 2016; Katrancı, 2009), bir çalışmada “Ağız Değerlendirme Rehberi” ve “NCI-CTC Kemoterapiye Bağlı Oral/Farengal Mukozit Değerlendirme Skalası” (Doğan, 2014) dir. Oral mukoziti değerlendirmede kullanılan ölçeklere ek olarak bir çalışmada sayısal ağrı ölçeği

(Çubukçu, 2012), bir çalışmada Rotterdam Semptom Listesi (Çubukçu, 2012), bir çalışmada Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu (Doğan, 2014) ve bir çalışmada elde edilen verileri kayıt altına almak için fotoğraf makinesi kullanılmıştır (Erdem, 2012).

Katranç (2009) ayaktan KT alan hastalarda OM'in önlenmesinde kriyoterapinin etkinliğini değerlendirdiği yüksek lisans tez çalışmasında, DSÖ'nün Oral Mukozit Değerlendirme kriterlerine göre deney grubu ile kontrol grubu arasında 7.gün ve 14. gün mukozit değerlendirmesinde anlamlı fark bulunduğunu, 7. günde görülen mukozit oranına göre 14. gündeki mukozit oranında anlamlı artış olduğunu saptamıştır.

Bulut Erdem (2012) KT alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında KT alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerinin iyileşmesinde etkili olduğunu bulmuştur.

Ünal Çubukçu (2012)' nun KT tedavisi alan hastalarda ağız bakımı için sodyum bikarbonat solüsyonu, benzidamin hidroklorür solüsyonu ve karadut şurubu kullanımının OM'lere etkisini belirlemek amacıyla yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında karadut şurubu kullanan hastalarda; ağız mukoza bütünlüğünün daha iyi korunduğu, ağız içinde daha az ağrı algısı olduğu, ağız kuruluğunun daha az yaşandığı bulunmuştur. Sodyum bikarbonat solüsyonu kullanan hastalarda; ikinci görüşmede daha fazla fiziksel rahatsızlık yaşadıkları, boğaz ağrısı yaşayan hasta sayısında artma olduğunu belirlemiştir. Benzidamin hidroklorür kullanan hastaların, ikinci görüşmede aktivite ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları ancak gruplar arası değerlendirmede karadut şurubu ve sodyum bikarbonat solüsyonu kullanan hastalara göre aktivite düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Demir Doğan (2014)'ın baş-boyun RT'si alan hastalarda karadut pekmezinin OM'leri önlemedeki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı doktora tez çalışmasında karadut pekmezinin mukozit oluşumunu önlediği, mukozit oluşumunu geciktirdiği ve şiddetini azalttığı saptanmıştır. Ayrıca dişetlerinde hassasiyet oluşumunu önlediğini, ağrı oluşumunu önlediğini ve geciktirdiğini, şiddetini azalttığını, disfaji oluşumunu önlediğini ve geciktirdiğini, şiddetini azalttığını belirtmektedir.

Harman (2016) yüksek doz KT alan, hematolojik maligniteli kemik iliği nakli hastalarında OM'in önlenmesinde ve tedavisinde karadut şurubunun, kalsiyum-fosfat içeren solüsyonun (Caphosol), klorheksidin glukonat ve benzidamin klorür içeren solüsyonun (Andorex) etkinliğini değerlendirdiği tez çalışmasında her üç grupta da daha çok evre 0 ve evre 1 mukozit görüldüğünü, klorheksidin glukonat ve benzidamin hidroklorür içeren solüsyona göre karadut şurubunun ve kalsiyum-fosfat içeren solüsyonun uygulandığı hastalarda daha az mukozit görüldüğünü ve karadut şurubu kullanan hastalarda daha az TPN ihtiyacının yaşandığını belirtmektedir.

Tablo 1. Derlemeye Alınan Tez Çalışmalarının Özellikleri

Yazar	Tez Türü	Araştırmanın Yapıldığı İl	Yöntem	Araştırmanın Amacı	Örneklemin Özellikleri	Veri Toplama Araçları	Sonuç
Katrancı, 2009	Yüksek Lisans Tezi	Gaziantep	Randomize kontrollü ve deneysel	Ayakta kemoterapi alan hastalarda oral mukozitin önlenmesinde kriyoterapinin etkinliğini değerlendirmektir.	N= 60 hasta Deney grubu= 30 hasta Kontrol grubu= 30 hasta	- Anket Formu - WHO Mukozit Skorlama Tablosu	Deney grubu ile kontrol grubu arasında 7.gün ve 14. gün mukozit değerlendirmesinde anlamlı fark bulunmuştur. 7. günde görülen mukozit oranına göre 14. gündeki mukozit oranı anlamlı artış göstermiştir.
Bulut Erdem, 2012	Yüksek Lisans Tezi	Erzurum	Deneysel	Kemoterapi alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisini belirlemektir.	N= 103 hasta Deney grubu= 51 hasta Kontrol grubu= 52 hasta	- Anket Formu - DSÖ OMSİ - Fotoğraf Makinesi	Arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerinin iyileşmesinde etkili olduğu saptanmıştır.
Ünal Çubukçu, 2012	Yüksek Lisans Tezi	İstanbul	Deneysel	Kemoterapi tedavisi alan hastalarda ağız bakımı için sodyum bikarbonat solüsyonu, benzidamin hidroklorür solüsyonu ve karadut şurubu kullanımının oral mukozitlere etkisini belirlemektir.	N= 90 hasta Grup 1 (benzidamin hidroklorür alan hastalar) = 30 hasta Grup 2 (sodyum bikarbonat alan hastalar) = 30 hasta Grup 3 (karadut şurubu alan hastalar) = 30 hasta	- Hasta İzlem Formu, - Ağız Mukozası Değerlendirme Formu, - Rotterdam Semptom Listesi - Ağrı Algı Skalası	Karadut şurubu kullanan hastalarda; ağız mukoza bütünlüğünün daha iyi korunduğu, ağız içinde daha az ağrı algısı olduğu, ağız kuruluşunu daha az yaşadıkları bulunmuştur. Sodyum bikarbonat solüsyonu kullanan hastalarda; ikinci görüşmede daha fazla fiziksel rahatsızlık yaşadıkları, boğaz ağrısı yaşayan hasta sayısında artma olduğu belirlenmiştir.
Demir Doğan, 2014	Doktora Tezi	İstanbul	Deneysel	Baş-boyun radyoterapisi alan hastalarda karadut pekmezinin oral	N= 80 hasta Deney grubu= 38 hasta	- Kişisel Bilgi Formu,	Karadut pekmezinin mukozit oluşumunu önlediği, mukozit oluşumunu geciktirdiği ve şiddetini azalttığı saptanmıştır.

				mukozitleri önlemedeki etkisini belirlemektir.	Kontrol grubu= 42 hasta	<ul style="list-style-type: none"> - National Cancer Institute (NCI) toksisite kriterleri, - Beck Oral Mukoza Değerlendirme Cetveli - Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu 	Ayrıca dişetlerinde hassasiyet oluşumunu önlediği, ağrı oluşumunu önlediği ve geciktirdiği, şiddetini azalttığı, disfaji oluşumunu önlediği ve geciktirdiği, şiddetini azalttığı bulunmuştur.
Harman, 2016	Yüksek Lisans Tezi	Gaziantep	Randomize, kontrollü ve deneysel	Yüksek doz kemoterapi alan, hematolojik maligniteli kemik iliği nakli hastalarında oral mukozitin önlenmesinde ve tedavisinde karadut şurubunun, kalsiyum ve fosfat içeren solüsyonun (Caphosol), klorheksidin glukonat ve benzidamin klorür içeren solüsyonun (Andorex) etkinliğini değerlendirmektir.	N= 81 hasta Birinci grup (klorheksidin glukonat ve benzidamin klorür içeren solüsyon alan hastalar) = 29 hasta İkinci grup (kalsiyum ve fosfat içeren solüsyon alan hastalar) = 28 hasta Üçüncü grup (karadut şurubu içeren solüsyon alan hastalar) = 24 hasta	<ul style="list-style-type: none"> - Soru formu - Dünya Sağlık Örgütü “Mukozit Evreleme Skalası” 	Birinci gruba (klorheksidin glukonat ve benzidamin klorür) göre ikinci (kalsiyum ve fosfat içeren solüsyon) ve üçüncü gruptaki (karadut şurubu içeren solüsyon) hastalarda mukozit sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir. Karadut şurubu kullanan hastalarda daha az TPN ihtiyacı yaşandığı saptanmıştır.

TARTIŞMA: Bu sistematik derlemede “Kanser Hastalarında Oral Mukozitin Önlenmesi/Yönetimi” ile ilgili yapılmış lisansüstü eğitim tezleri değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan tezlerde OM’in önlenmesi ve/veya yönetiminde kriyoterapi (Katrancı, 2009), arı sütü (Erdem, 2012), karadut şurubu/pekmezi (Çubukçu, 2012; Demir Doğan, 2014; Harman, 2016) ve kalsiyum ve fosfat içeren solüsyonun (Harman, 2016) etkinliği gösterilmiştir. Kontrol grubu ile yapılan tez çalışmalarında; kriyoterapi uygulanan hastalarda mukozit insidansı ve derecesinin daha düşük olduğu (Katrancı, 2009), arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerinin iyileşmesinde etkili olduğu (Erdem, 2012), karadut pekmezinin mukozit oluşumunu %38 oranında önlediği, mukozit oluşumunu geciktirdiği ve şiddetini azalttığı belirlenmiştir (Demir Doğan, 2014). Karadut şurubunun, kalsiyum-fosfat içeren solüsyonun (Caphosol) ve klorheksidin glukonat ve benzidamin klorür içeren solüsyonun (Andorex) etkinliğinin karşılaştırıldığı tez çalışmasında; karadut ve kalsiyum ve fosfat içeren solüsyon kullanan hastalarda, klorheksidin glukonat ve benzidamin hidroklorür içeren solüsyon kullanan hastalara göre mukozit sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir (Harman, 2016). Sodyum bikarbonat solüsyonu, benzidamin hidroklorür solüsyonu ve karadut şurubu kullanımının karşılaştırıldığı tez çalışmasında; karadut şurubu ile ağız bakımı yapılan grupta mukozit gelişmeyen (Evre 0) hasta sayısının daha fazla olduğu ve bu gruptaki hastalarda evre 3 mukozit gelişmediği saptanmıştır. Benzidamin hidroklorür ve sodyum bikarbonat solüsyonu kullanan hastaların boğaz ağrısı puanlarının ikinci görüşmede arttığı, karadut şurubu kullananlarda değişiklik olmadığı bulunmuştur. Karadut şurubu ile ağız bakımı yapan hastalarda ağrı puanları ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Çubukçu, 2012).

Kriyoterapi (oral soğutma); KT ajanlarının hızlı infüzyonu nedeniyle gelişen OM’in şiddetini önlemek ya da azaltmak amacıyla kullanılan ucuz ve kolay bir yöntemdir (Van der Rijt & Van Zuijlen, 2001). Heydari ve ark.nın (2012) kombine KT rejimlerinde oral kriyoterapinin KT’nin neden olduğu OM’in insidansı ve şiddeti üzerine etkisini araştırdıkları randomize çalışmada; deney grubunda OM insidansı (% 45) ve şiddeti kontrol grubuna göre (% 77.5) anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Heydari, Sharifi, & Salek, 2012). Karagözoğlu ve ark. (2005) kombine KT uygulanan hastalarda oral kriyoterapinin KT’nin neden olduğu mukozit gelişimine etkisini araştırdığı çalışmasında; oral kriyoterapinin mukozit skorunu azaltarak ve oral pH değerlerini artırarak ağız sağlığının korunmasına önemli bir katkıda bulunduğunu bildirmektedir (Karagözoğlu & Filiz Ulusoy, 2005). Tayyem (2014) yaptığı sistematik derlemede oral kriyoterapinin, OM’in insidansını ve şiddetini önemli ölçüde en aza indirdiğini ve sekonder OM komplikasyonlarını azalttığını belirtmektedir (Tayyem, 2014). Erdem ve Güngörmüş (2014) RT ve KT alan hastalarda OM’e arı sütünün etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada arı sütü ile ağız bakımı yapılan hastalarda OM’in ortalama iyileşme süresinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha kısa olduğunu, OM’in belirtilerini ve semptomlarını iyileştirdiğini belirtmektedir (Erdem & Güngörmüş, 2014). Yamauchi ve ark. (2014) da yaptıkları çalışmada arı sütünün profilaktik kullanımının, baş ve boyun kanseri hastalarında kemoradyoterapinin neden olduğu mukozitin azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir (Yamauchi vd., 2014). Chen ve ark.nın (2016) yaptığı

çalışmada, karadut meyvelerinin toplam flavonidlerinin anti-inflamatuar ve analjezik etkilere sahip olduğu bulunmuştur (Chen vd., 2016). Svanberg ve ark. (2015) 40 hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada caphosol (kalsiyum, fosfat içeren oral gargara) ve kriyoterapi uygulamalarının HKHN'de oral mukozitte koruyucu etkisini karşılaştırmışlardır. Kontrol grubundakilere kriyoterapi, deney grubundakilere ise caphosol uygulaması yapılmıştır. Her iki grupta uygulamaya başlama gününde ve tedavi süresince OM gelişimleri, ağrıları, ağrı kesici ilaç kullanma durumları, total parenteral nutrisyon gereksinimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Svanberg, Öhrn, & Birgegård, 2015). Kiprian ve ark. (2016) baş ve boyun bölgesinden alınan RT'ye bağlı mukozitin önlenmesi ve hafifletilmesinde Caphosol'ün etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, Caphosol kullanımının akut mukozit, disfaji ve kserostomi şiddetini azalttığını, baş ve boyun tümörleri için ışınlanan hastalarda oral kavitede rahatlık üzerinde olumlu bir etki yaptığını bildirmektedir (Kiprian vd., 2016).

SONUÇ: Bu sistematik derleme ile OM'in önlenmesi/yönetiminde genellikle doğal ağız bakım ürünlerinin kullanıldığı ve çoğunun olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Sistematik derlemeden elde edilen bulgular çerçevesinde; kriyoterapinin mukozit insidansı ve derecesini azalttığı, arı sütünün mukozit derecelerinin iyileşmesinde etkili olduğu, karadut ve kalsiyum-fosfat (Caphosol) içeren solüsyon kullanan hastalarda, klorheksidin glukonat ve benzidamin hidroklorür içeren solüsyon kullanan hastalara göre mukozit görülme sıklığında azalma olduğu, benzidamin hidroklorür ve sodyum bikarbonat solüsyonu ile ağız bakımı yapılan hastalara göre karadut şurubu ile ağız bakımı yapılan hastalarda mukozit görülme sıklığının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelik uygulamalarında, oral mukozitin önlenmesi/yönetiminde doğal ürünlerin kullanılması önerilebilir.

ALANA KATKI: Oral mukozit, kanser tedavisinin inflamatuvar süreci başlatması ile 7 -14. günlerde ortaya çıkmaktadır. Hastaların yeme, içme, yutma ve konuşma yetenekleri bozulmaktadır. Oral mukozitin önlenmesinde profilaktik yaklaşım, oral mukoza bütünlüğünü korumakta ve OM gelişimini önlemektedir. Oral mukoziti tedavi edici yaklaşımda, antibakteriyel, antifungal ve antiviral özellikleri olan doğal ağız bakım ürünleri OM'in şiddetinin azaltılmasında ve iyileştirilmesinde etkili olmaktadır. Hemşireler, kanser hastalarının ağız bakım uygulamalarını yapmada ve etkisini değerlendirmede kanıt dayalı yaklaşımı kullanmalıdır. Hizmet içi eğitim çalışmaları ile onkoloji hemşirelerinin OM'in önlenmesi/yönetimi ve değerlendirilmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS) : Oral mukozitin önlenmesi/yönetiminde doğal ürünlerin etkisi gösterilmiştir. Oral mukozitin önlenmesi/yönetimi ile ilgili çalışmaların hemşirelik alanında yapılması hemşirelik bakım uygulamalarına kanıt sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Chen, H., Pu, J., Liu, D., Yu, W., Shao, Y., Yang, G., . . . He, N. (2016). Anti-inflammatory and antinociceptive properties of flavonoids from the fruits of black mulberry (*morus nigra* l.). *Plos One*, 11(4), e0153080. doi:10.1371/journal.pone.0153080
2. Cheng, K. K. F. (2007). Oral mucositis, dysfunction, and distress in patients undergoing cancer therapy. *Journal of clinical nursing*, 16(11), 2114-2121.
3. Çubukçu, N. Ü. (2012). Kemoterapi alan hastalarda oral mukozitler ile başedilebilir mi?. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi.
4. D'Hondt Lionel, L. C., Marc, A., & Jean-Luc, C. (2006). Oral mucositis induced by anticancer treatments: physiopathology and treatments. *Therapeutics and clinical risk management*, 2(2), 159.
5. Doğan, M. D. (2014). Baş-boyun radyoterapisi alan hastalarda karadut pekmezinin oral mukozitleri önleme etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
6. Elting, L. S., Cooksley, C., Chambers, M., Cantor, S. B., Manzullo, E., & Rubenstein, E. B. (2003). The burdens of cancer therapy. *Cancer*, 98(7), 1531-1539.
7. Erdem, O., & Güngörmüş, Z. (2014). The effect of royal jelly on oral mucositis in patients undergoing radiotherapy and chemotherapy. *Holist Nurs Pract*, 28(4), 242-246. doi:10.1097/hnp.0000000000000033
8. Erdem, Ö. B. (2012). Kemoterapi alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
9. Harman, M. (2016). Hematolojik maligniteli hastalarda kullanılan farklı solüsyonların oral mukoziti önlemede etkisi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
10. Heydari, A., Sharifi, H., & Salek, R. (2012). Effect of oral cryotherapy on combination chemotherapy-induced oral mucositis: A Randomized clinical trial. *Middle east journal of cancer*, 3(2 & 3), 55-64.
11. Jahangard-Rafsanjani, Z., Gholami, K., Hadjibabaie, M., Shamshiri, A. R., Alimoghadam, K., Sarayani, A., . . . Ghavamzadeh, A. (2013). The efficacy of selenium in prevention of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic SCT: a randomized clinical trial. *Bone Marrow Transplantation*, 48(6), 832-836.
12. Jo, K. S., & Kim, N. C. (2014). Incidence and Factors Influencing Oral Mucositis in Patients with Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(5), 542-551. doi:10.4040/jkan.2014.44.5.542
13. Karagözoğlu, Ş., & Filiz Ulusoy, M. (2005). Chemotherapy: the effect of oral cryotherapy on the development of mucositis. *Journal of clinical nursing*, 14(6), 754-765.
14. Katrancı, N. (2009). Kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozitin önlenmesinde kriyoterapinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
15. Kiprian, D., Jarzabski, A., Kawecki, A. (2016). Evaluation of efficacy of Caphosol in prevention and alleviation of acute side effects in patients treated with radiotherapy for head and neck cancers. *Contemporary Oncology* 20(5): 389.
16. Lalla, R. V., Sonis, S. T., & Peterson, D. E. (2008). Management of oral mucositis in patients who have cancer. *Dental Clinics of North America*, 52(1), 61-77.
17. Murphy, B. A. (2007). Clinical and economic consequences of mucositis induced by chemotherapy and/or radiation therapy. *The journal of supportive oncology*, 5(9 Suppl 4), 13-21.
18. Svanberg, A., Öhrn, K., & Birgegård, G. (2015). Caphosol® mouthwash gives no additional protection against oral mucositis compared to cryotherapy alone in stem cell transplantation. A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 50-53.

19. Tayyem, A. Q. M. (2014). Cryotherapy effect on oral mucositis severity among recipients of bone marrow transplantation: a literature review. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(4), 461-461.
20. Van der Rijt, C., & Van Zuijlen, L. (2001). Studies on supportive care in oral mucositis: random or randomised? *European Journal of Cancer*, 37(16), 1971-1975.
21. Vera-Llonch, M., Oster, G., Ford, C. M., Lu, J., & Sonis, S. (2007). Oral mucositis and outcomes of autologous hematopoietic stem-cell transplantation following high-dose melphalan conditioning for multiple myeloma. *The journal of supportive oncology*, 5(5), 231-235.
22. Yamauchi, K., Kogashiwa, Y., Moro, Y., Kohno, N. (2014). The effect of topical application of royal jelly on chemoradiotherapy-induced mucositis in head and neck cancer: A preliminary study. *International Journal of Otolaryngology* 2014.
23. Yavaş, Ç., Yavaş, G. (2009). Radyasyona bağlı gelişen oral mukozit ve tedavi seçenekleri. *Karadeniz Tıp Dergisi*.

**İBS-C HASTALARININ TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ DENEYİMLERİ:
KALİTATİF ÇALIŞMA**

Serap Parlar Kiliç¹, Nermin Kiliç², Sibel Sevinç³, Cihat Demirel²

¹İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya

²Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ

³Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hatay

GİRİŞ: İrritabl barsak sendromu (İBS), saptanabilir herhangi bir hastalığın olmadığı, baskın olarak karın ağrısı ya da rahatsızlık hissi ile beraber barsak alışkanlıklarında değişiklik ile karakterize kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (Molinder et al. 2015; Sezer ve Saka, 2014). Türkiye’de yapılan bir çalışmada İBS prevalansının %19.1 olduğu bildirilmiştir (Karaman, Türkay and Yöner, 2003). Roma III kriterlerine göre; İBS hastaları baskın dışkı tutarlılığına dayanarak konstipasyon predominant (İBS-C), diyare predominant (İBS-D) ve karışık tip (İBS-M) olarak sınıflanmaktadır (Rey, Balboa and Mearin 2014; Grundmann & Yoon 2014).

İBS’nin kronik bir hastalık olması ve ataklar halinde giden bir sürece sahip olması yönünden tedavisi güç olmaktadır (Naliboff, Balice ve Mayer, 1998). Özellikle yaygın görülmesine rağmen konstipasyonun bakım ve tedavisi istenilen düzeyde değildir (Kyle 2008). Bu nedenle İBS’li hastaların yarısından fazlası rahatsız edici bağırsak semptomlarını gidermek için CAM kullanmaktadır (Sayuk & Gyawali 2015; Grundmann & Yoon 2014). Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda; hastaların TAT kullanımına ilişkin doğru bilgi vermemesi, kullandığını gizlemesi durumu dikkate alındığında TAT yöntemlerine başvurunun daha da yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (Dikici et al. 2015; Solak et al. 2015; Kaynak & Ülkü 2017). Bu makalenin amacı, İBS-C hastalarının kabızlık semptomlarını gidermeye yönelik CAM deneyimlerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmanın evrenini Türkiye’de bir üniversite hastanesine başvuran ve konstipasyonu olan tüm İBS’li hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini Nisan-Kasım 2017 tarihleri arasında bu hastaneye başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan İBS’li 30 hasta oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; İBS tanısına sahip olmak, Roma III tanı kriterlerine (Sezer ve Saka, 2014) göre konstipasyon şikayetlerinin en az altı ay önce başlamış olması ve son üç ayda semptomların aralıklı veya sürekli görülüyor olması, 18 yaş ve üzerinde olmak, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma deneyimi olmak, iletişim sorunu olmamak, herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmamak olarak belirlendi. Bu çalışmada hasta bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin verilerini içeren toplam 20 sorudan oluştu.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu İBS-C hastalarının, kabızlık nedeniyle yaşadıkları güçlükleri sorgulayan (1 soru), kabızlık için tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma deneyimlerini sorgulayan (4 soru) ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanmaya yönelik önerilerini içeren (1 soru) sorulardan oluştu (Tablo 1).

Veri Analizi hastaların demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri betimsel istatistikler ile analiz edildi. Nitel veriler ise indüktif içerik analizi kullanılarak değerlendirildi (Yıldırım & Şimşek, 2011). İçerik analizi altı aşamada gerçekleştirildi. İlk olarak görüşmelerin yapıldığı gün araştırmacı tarafından ses kayıt çözümleri yapıldı ve hastalara kod numaraları verilerek kayıt edildi. Kayıt edilen verilerin yazılı dokümantasyonu sağlandıktan sonra, birbirinden bağımsız olarak üç araştırmacı tarafından değerlendirilerek her bir cümleden çıkabilecek kodlar oluşturuldu. Daha sonra ilk kodları üretmek ve kodlama işlemi sırasında bulguların güvenilirliğini değerlendirmek için katılımcının ifadelerinden önemli bölümler seçildi. Araştırmacılar bir araya gelerek kodlar arasında temalar arandı.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hastaların %60'ını evli kadınlar oluşturmaktaydı. Yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin analiziyle hastaların CAM kullanımına yönelik deneyimlerinden beş ana tema belirlendi (Tablo 2).

Tema 1: Kabızlığa bağlı yaşanan güçlükler

Hastaların çoğu kabızlığa bağlı daha çok karın ağrısı, şişkinlik ve zorlamaya bağlı kanama deneyimlediklerini ifade ettiler. Bu durumun da bazen bütün hayatlarını olumsuz etkilediğini belirttiler. Hastalar bu durumu aşağıda belirtildiği şekilde ifade ettiler:

“Kabızlık günlük hayatımda bütün hayatımı etkiliyor. Aşırı uykusuzluk yapıyor. Şişkinlik yapıyor ve bu şişkinliğin kalbe yaptığı basınçtan dolayı nefes darlığı, çarpıntı yaşıyorum. Panik atağımı tetikliyor, yüksek tansiyon, aşırı sinirlilik, halsizlik gibi sıkıntılar yaşamama neden oluyor bende. Özellikle geceleri benim için çok sıkıntı oluyor.” (Hasta 3).

“Gaz sıkıştırdığı zaman... insan sersem tavuk gibi geziyor. (Gülüyor)” (Hasta 4).

Tema 2: CAM kullanımının doğal ve faydalı olduğu duygusu

Hastaların çoğu TAT yöntemlerini, hiçbir zararı olmadığını düşündüğü için kullandıklarını belirttiler. Kullandıkları bu yöntemlerin doğal olduğunu ve yararının olduğunu söylediler. Bu yararları bu sözlerle ifade ettiler:

“Daha doğal olduğu için tercih ediyorum. Başka hastalıklarda yeterince ilaç kullandığımız için kabızlık durumumda da ilaç kullanmak istemedim. Zaten bu yöntemleri kullanıp faydasını da gördükçe ilaca gerek kalmadı.” (Hasta 19).

Bir hasta TAT yöntemlerinin doğal olduğunu ve kendisi deneyerek etkisini yararlı bulduğunu şu sözlerle ifade etti:

“Bu yöntemler doğal. Özellikle kabızlık için tükettiğim gıdalar daha doğal olduğu için bana faydası oldu. Tabi ki bu etkiler insandan insana değişebilir ama doğal yöntemlerin ulaşımı da kolay. Öncelikle ben kendim deneyerek bu yöntemlerin etkisini görmeye çalışırım. Bakarım eğer herhangi bir sıkıntı yaşıyorsam o zaman doktora başvururum.” (Hasta 17).

Tema 3: CAM’ın kullanımının tercih edilmesinde çevredeki uyarılardan etkilenilmesi

Hastalar CAM kullanmadan önce hem çevrelerindeki bireylerden öneri aldıklarını hem de kendilerinin araştırdıklarını ifade ettiler. İfadeleri şu şekildeydi:

“Doktorlar bana önermişti; dışarıda yani aktarlar gibi yerlerde kabızlık için satılan şeyleri alıp kullanma diye. Bana doktor kayısıyı sıcak su ile karıştırıp yemenin bağırsağı yumuşattığını ve rahatlamaya çok faydası olduğunu söyledi. Kabızlık sorunu yaşayan arkadaşlarım da kayısının ve benzer yiyeceklerin kabızlığa iyi geldiğini söyledi. Bu yüzden bende bu yöntemi seçtim.” (Hasta 4).

Tema 4: CAM’ın olumsuz olmadığı rahatlatıcı duygusu

Hastalar çok su içmenin sık tuvalete gitme ihtiyacına ve TAT yöntemlerini fazla kullanmanın da bazen diyareye ve diürece neden olduğunu ama yine de CAM kullanımının olumsuz olmadığını söylediler. Hastaların çoğu TAT yöntemini kullanmanın kendilerini hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak rahatlatıcı olduğunu belirttiler. Bu duygularını da aşağıdaki şekilde ifade ettiler:

“Bu yöntemler hazmımı kolaylaştırdı, daha rahat tuvalete çıkmamı sağladı. Bunun sonucunda da psikolojik olarak rahatlamamı da sağladı.” (Hasta 11).

Tema 5: CAM kullanımının önerilmesi

Hastaların çoğu TAT yöntemlerini bilinçli kullanmanın önemli olduğunu ve bu şekilde daha sağlıklı sonuçlar alınacağını ifade ettiler. Hastalar CAM kullanımını herkese doktor kontrolü eşliğinde önerdiklerini belirttiler.

“Kabızlık için benim kullandığım yöntemleri yani kuru kayısı, bol su ve sıvı gıdalar tüketme gibi önerebilirim. Tabi ki TAT yöntemlerinin bir doktorun kontrolünde kullanımları arttırılsa daha iyi olur. Bunun dışında da çevremizde bu tür sıkıntılar yaşayanların deneyimlerini de dikkate almak lazım. Onların kullandığı ve onların tavsiye ettiği TAT yöntemlerini internetten araştırarak da kullanabiliriz.” (Hasta 18).

SONUÇ: Bu çalışma sonucunda çalışmaya katılan IBS-C hastalarının hastalıklarından dolayı olumsuz etkilendikleri ve bu nedenle de çeşitli TAT yöntemleri kullandığı, bu yöntemleri kısmen bilinçli olarak kullandıkları, yararına inandıkları ve diğer kişilere önerdikleri belirlendi.

Anahtar Kelimeler: {Tanımlayıcı kalitatif çalışma, İrritabl Barsak Sendromu, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi, Konstipasyon }

KAYNAKLAR

1. Molinder H, Agréus L, Kjellström L., et al., 2015. How individuals with the irritable bowel syndrome describe their own symptoms before formal diagnosis. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 120:4, 276-279, DOI: 10.3109/03009734.2015.1040529
2. Sezer, E., Saka, M. (2014). İrritabl bağırsak sendromunun tedavisinde prebiyotik ve probiyotik kullanımı. *Güncel Gastroenteroloji*, 18:174-179.
3. Grundmann O, Yoon SL., 2014. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view. *World J Gastroenterol* 2014 January 14; 20(2): 346-362. doi:10.3748/wjg.v20.i2.346
4. Karaman, N., Türkay, C., Yöner, Ö. (2003). Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas. *Turk J Gastroenterol*, 14:128-131.
5. Rey E, Balboa A, Mearin F., Chronic Constipation, Irritable Bowel Syndrome With Constipation and Constipation With Pain / Discomfort: Similarities and Differences. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:876–884; doi: 10.1038/ajg.2014.18.
6. Sayuk GS., Gyawali CP., 2015. Irritable Bowel Syndrome: Modern Concepts and Management Options. *The American Journal of Medicine*, 128(8), 817-827.
7. Lee EJ., Warden S., 2011. A Qualitative Study of Quality of Life and the Experience of Complementary and Alternative Medicine in Korean Women With Constipation. *Gastroenterology Nursing*. 34 (2), 118-127.
8. Naliboff, B.D., Balice, G., Mayer, E.A. (1998). Psychosocial moderators of quality of life in irritable bowel syndrome. *Eur J Surg Suppl*, 583:57-59.
9. Kav T., 2009. Use of Complementary and Alternative Medicine: A survey in Turkish Gastroenterology Patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 9(41),
10. Dikici A., Ulaşlı AM., Çevik H., Eroğlu S., Solak Ö., Dündar Ü., Dejeneratif Osteoartrit Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı [The Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients With Degenerative Osteoarthritis]. *Euras J Fam Med* 2015;4(3):126-30.
11. Solak Ö., Ulaşlı AM., Çevik H., et al., 2015. Romatizmal Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerine Başvuru [Application of Complementary and Alternative Medicine Methods in Rheumatic Diseases]. *Kocatepe Tıp Dergisi [Kocatepe Medical Journal]*. 16:116-121.
12. Kaynak İ., Polat Ü., 2017. Diabetes mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi [The relationship between use of complementary and alternative treatment and diabetes attitudes with diabetes mellitus patient]. *Genel Tıp Derg* 2017;27(2):56-64.
13. Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri [Qualitative research methods in social sciences]. Ankara, Turkey: Seçkin Yayıncılık.
14. Berg, B. L., & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for social sciences* (8th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
15. Kyle, G., 2008. A proactive approach to the treatment of constipation. *Continence* 2 (4), 3

CARE DEPENDENCY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

¹Nazlı Kara, ²Sıdıka Oğuz

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

INTRODUCTION: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive respiratory disorder characterized by non-reversible airflow limitation (May & Li, 2015). COPD, an important public health problem that can be both preventable and treatable, is the main cause of worldwide morbidity and mortality (www.goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf, accessed 28.09.2018). In 2012, 6% of all deaths (more than three million people) were caused by COPD. Among the causes of death in the world, COPD ranks fourth (www.goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf , accessed September 28, 2018; <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>, accessed 28.09.2018).

According to the Turkish Statistical Institute (TSI) data of 2016, of all the 408.782 deaths (221.460 males, 187.268 females), 24.868 (16.171 males, 8.697 females) were due to COPD and bronchiectasis (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 accessed 26.09.2018).

Professional support is required for patients with care dependency and reduced self-care skills. The purpose of support is to improve the independence of the patient in self-care. Care dependency refers to the fact that a person's self-care abilities and the person's care demands in terms of their basic physical and psychosocial needs depend on some degree of professional support (Dijkstra, Buist & Dassen, 1998).

Chronic diseases, sensory disorders, and deterioration of the physical and psychological state may cause care dependency. Anyone can face care dependency due to illness or disability. Care dependency can be a temporary, long-term or permanent condition. Care dependency has many facets, including physical, mental, emotional, cognitive, social, economic or environmental facets (Lohrmann, Dijkstra & Dassen, 2003). COPD affects the health status of individuals. For this reason, patients may be dependent on caregivers due to impaired ability to perform their daily activities and may face care dependency. The symptom burden and care dependency of COPD patients should be assessed regularly in clinical care (Janssen, Franssen, Wouters, Schols & Spruit, 2011).

Increased severity of symptoms of chronic obstructive pulmonary disease may cause dependency in individuals. In order to increase the level of independence of COPD patients, patients should be informed about their disease, their level of activity should be increased and they should be checked by physicians regularly (Akıncı & Pınar, 2011). Knowledge of dependency levels of COPD patients facilitates care planning for nurses and improves the quality of care given (Ünsal & Yetkin, 2005).

COPD patients should be assessed in biopsychosocial integrity and their treatment and care should be performed with a holistic approach (Korkmaz & Tel, 2010).

PURPOSE: The present study aims to determine the level of care dependency of COPD patients.

MATERIALS & METHOD: The study population consisted of COPD patients who were hospitalized in Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital between December 2017 and January 2018. In this study, Simple random sampling methodology was used, and the number of selected patients was 234. “Patient Information Form”, “COPD Assessment Test (CAT)”, and “Care Dependency Scale (CDS) were used to collect the data. Pearson correlation analysis, Student's t-test, One-Way ANOVA test, Tukey HSD post-hoc test were used to evaluate the data. Significance was evaluated at $p < .05$ level.

FINDINGS: The mean age of the cases was 69.13 ± 10 and 73.1% were male. The mean CAT score was 28.54 ± 8 . It was observed that the effects of symptoms of the disease on daily life were high. The mean CDS score was 63.28 ± 13 and the care dependency of the patients was low. As the symptoms increased, the level of care dependency was found to be increased ($p = .001$). It was found that the care dependency was increased with increasing in age ($p = .001$) and decreasing in level of education ($p = .001$). Care dependency was found to be increased with increasing in duration of COPD disease ($p = .002$), the number of visits to the emergency department caused by dyspnea in the last year ($p = .001$), and the number of re-hospitalization ($p = .001$). It was revealed that those who regularly went to the health check, those with chronic diseases, and those who used drugs continuously because of chronic diseases were more addicted compared to those who did not go to regular health check ($p = .002$), those without chronic illness ($p = .001$), and those who did not use drug ($p = .001$) respectively.

CONCLUSION: Care dependency of cases was low and found to be increased with increasing of age, symptoms, duration of COPD disease, the number of visits to the emergency department caused by dyspnea, and the number of re-hospitalization, and with decreasing in the level of education.

Key Words: *Care dependency, COPD, Dyspnea, Symptoms, Quality of life.*

BÖBREK HASTALIKLARI VE OBEZİTE

¹Ecehan Yenici ,²Özgül Erol ,³Serap Ünsar

¹Kırklareli Devlet Hastanesi, Kırklareli

²Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne

³Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne

GİRİŞ: Obezite harcanandan daha fazla enerji alımına bağlı kronik pozitif enerji dengesi sonucunda vücudun genelinde veya lokal olarak adipoz dokuda sağlığı bozacak miktarda anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır (Aygün, 2012). Obezite çeşitli çalışmalarda Kronik Böbrek Hastalıkları (KBH) dahil olmak üzere, böbrek hastalıklarının başlıca nedeni olarak tanımlanmıştır (Bezerra vd., 2017). Obezite ile beraberinde görülen diyabet, nefropati, hipertansif nefroskleroz ve fokal/segmental glomeruloskleroz gibi etkenlerle beraber hemodinamik, yapısal ve histopatolojik yollarla böbreğin yapısını etkilemekte ve böbreğe zarar vermektedir. Obezite renal taş oluşumunda (Kankaya & Karadakovan, 2017) ve böbrek kanseri gelişiminde de rol oynamaktadır (Tokgün & Akça, 2013).

İnsülin direnci, glikoz intoleransı, hiperlipidemi, ateroskleroz ve hipertansiyon dahil olmak üzere obezite tarafından bir dizi olay tetiklenir, bunların hepsi kardiyovasküler risk ile ilişkilidir. KBH ve dislipidemi arasındaki ilişki tanımlanmıştır fakat nedeni hala bilinmemektedir. KBH’da bulunan insülin aksiyon direnci dislipidemi patofizyolojisinde rol oynayabilecek lipoprotein lipaz aktivitesini azaltır. Obezite sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldesteron sisteminin aktivasyonuna bağlı olarak natriürezise zarar veren ve volüm genişlemesine yol açan renal tübüler sodyum geri emilimine neden olur ve bu şişmanlıkta hipertansiyon gelişiminde merkezi bir olaydır. Artan kan basıncı, insülin direnci ve diyabet gibi metabolik değişiklikler ile ilişkili olan glomerül hiperfiltrasyon, nihayetinde böbrek hasarı ve azalmış Glomerül Filtrasyon Hızı (GFR) ile sonuçlanır (Bezerra vd. 2017).

Mikroalbuminüri olmayan 2354 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada 15 yıllık izlem sonucunda %3.3 kişide mikroalbuminüri geliştiği, sağlıklı beslenme ve obezite ile anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Chang vd., 2013). Başka bir çalışmada Beden Kitle İndeksi (BKI) > 27 kg/m² grupta KBH gelişme riski anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Lai et al., 2017). Prehipertansif katılımcılar ile yapılan bir çalışmada ise BKI> 30 kg/ m² olanlarda böbrek hastalığı riskinin büyük ölçüde arttığını tespit etmişlerdir (Munkhaugen, Lydersen, Widerøe, & Hallan, 2009). GFR≤60 ml/dk olan 50 yaş altı ve üzeri iki grup üzerinde yapılan diğer bir çalışmada BKI ile yaş arttıkça daha belirgin bir hızda böbrek fonksiyon kaybı olduğu belirlenmiştir (Lu vd., 2015). Başka bir çalışmada ise; obezitenin gelişmekte olan 3. Evre KBH ile ilişkili olduğu ancak bu ilişkinin, hipertansiyon, diyabet ve düşük HDL kolesterol seviyesi dahil olmak üzere bilinen Kardiyovasküler Hastalık (KVH) risk faktörlerinin varlığı ile sağlanabildiği tespit edilmiştir (Foster vd., 2008).

Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri (sağlıklı beslenme ve diyet tedavisi, egzersiz, yeterli sıvı alımı ve yeterli uyku) KBH'nın önemli düzeltilebilir risk faktörlerini azaltır ve böbrekler üzerine doğrudan koruyucu etkisi vardır. Bu nedenle de toplumda böbrek hastalıklarının kontrolünde önemli katkı sağlar (Eknoyan, 2011).

Kaloriden az, bol lifli, işlem görmemiş besinleri tüketmek, artan probiyotik kullanımı, sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz alışkanlığı renal disfonksiyonların düzeltilmesinde, inflamasyonu azaltmada etkilidir (Büberci, Tomar, & Duranay, 2017).

Anne sütü alan bebeklerde almayanlara oranla obezite gelişme riski daha düşüktür (Kankaya & Karadakovan, 2017). Beslenmede asitli yiyeceklerle birlikte tuz kullanımının dolaylı olarak obeziteye neden olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda tuz alımının azaltılması ile idrarla atılan sodyumun azaldığı saptanmıştır. Kalsiyum idrarda taş oluşumunu arttırdığından böbrek taş oluşumunda tuz alımının kısıtlanması önemlidir. ("*Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2017-2021*", 2016).

Obeziteyi önlemede egzersiz ve diyetin birlikte uygulanması kilo vermede en etkili yöntemdir (Akkurt, 2012). İdrar yolu enfeksiyonu ya da özel durum olmadıkça çok sıvı almanın bir yararı yoktur. Günde 2 litre sıvı alımı yeterlidir (Karaca & Kaçar, 2013). Uyku sürelerinin yetersiz ve düzensiz olması, yağ dokusu miktarını arttırmakta ve kişilerde obezite için risk oluşturmaktadır. Ayrıca genelde obeziteye eşlik eden uyku apne sendromu, GFR miktarını azaltarak ve KBH'nın oluşumuna neden olmaktadır (Eknoyan, 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER: Böbrek hastalıkları gelişmesinde obezite önlenabilir bir risk faktörüdür. Obezite ile mücadele, etkin kilo verme, ideal vücut ağırlığını koruma böbrek hastalıklarından korunmada en etkili ve ucuz yöntemdir. Obezitenin önlenmesinde fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme önem taşımaktadır. Hemşireler; fiziksel aktivite, diyet konularında verecekleri eğitimlerle ve kişilerde oluşturacakları davranış değişiklikleri ile obezite gelişimini önleyerek KBH gelişme sıklığını azaltacaklardır

ALANA KATKI: Hemşirelerin özellikle obez hastalara KBH gelişme riskini anlatmaları önemlidir. Bireye özel diyet ve egzersiz programı oluşturmaları kilo vermelerine yardımcı olacaktır. Bu sayede obez bireylerde KBH riskinin azalacağı öngörülebilir.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS): Obezite KBH gelişiminde risk faktörü olarak belirlenmiştir. Obezite ile birlikte KVH risk faktörlerinin de birlikte bulunması KBH gelişim riskini arttırmaktadır. Sağlıklı beslenme ve egzersiz programları bu riski azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akkurt, S. (2012). Obezite ve Egzersiz Tedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi*, 47, 123–130.
2. Aygün, M. (2012). Obezite ve Yönetimi. In Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (pp. 341–380). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Bezerra, G., Silva Junior, D., Sobral, A. C., Bentes, N., De, E., Daher, F., ... Silva, D. (2017). Obesidade e doença renal Obesity and kidney disease. *J Bras Nefrol*, 39(1), 65–69.
4. Büberci, R., Tomar, Ö. K., & Duranay, M. (2017). Gelecekte Türk Toplumunu Bekleyen Tehlike Obezite ve Böbrek. *Klinik Seriler*, 1(1), 5–6.
5. Chang, A., Van Horn, L., Jacobs, D. R., Liu, K., Muntner, P., Newsome, B., ... Kramer, H. (2013). Lifestyle-related factors, obesity, and incident microalbuminuria: The CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study. *American Journal of Kidney Diseases*, 62(2), 267–275.
6. Eknayan, G. (2011). Obesity and chronic kidney disease. *Revista Nefrología*, 31(4), 397–403.
7. Foster, M. C., Hwang, S. J., Larson, M. G., Lichtman, J. H., Parikh, N. I., Vasan, R. S., ... Fox, C. S. (2008). Overweight, Obesity, and the Development of Stage 3 CKD: The Framingham Heart Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1), 39–48.
8. Kankaya, H., & Karadakovan, A. (2017). Obezite ve Böbrek Hastalıkları Obesity and Kidney Diseases. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(12), 1–6.
9. Karaca, A., & Kaçar, G. Y. (2013). Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım. In Z. Durna (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (p. 477). Akademi Basın.
10. Lai, Y. J., Hu, H. Y., Lee, Y. L., Ku, P. W., Yen, Y. F., & Chu, D. (2017). Association between obesity and risk of chronic kidney disease: A nationwide Cohort study in Taiwan. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 27(11), 1008–1014.
11. Lu, J. L., Molnar, M. Z., Naseer, A., Mikkelsen, M. K., Kalantar-Zadeh, K., & Kovesdy, C. P. (2015). Association of age and BMI with kidney function and mortality: A cohort study. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 3(9), 704–714.
12. Munkhaugen, J., Lydersen, S., Widerøe, T. E., & Hallan, S. (2009). Prehypertension, Obesity, and Risk of Kidney Disease: 20-Year Follow-up of the HUNT I Study in Norway. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(4), 638–646.
13. Tokgün, O., & Akça, H. (2013). Böbrek kanserlerinde gözlenen genetik değişimler Genetic alterations in kidney cancer. *Üroonkoloji Bülteni*, 12(3), 155–162.
14. *Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)*. (2016) (2nd ed.). Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/programlar/turkiyede-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021.pdf> (Erişim Tarihi: 23.11.2018).

HEMODİYALİZ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUMDA TELE SAĞLIK UYGULAMALARININ ETKİSİ: SİSTEMATİK DERLEME

Şefika Tuğba Yangöz, Zeynep Karakuş Er, Zeynep Özer

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Antalya

GİRİŞ: Kronik böbrek hastalığının tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemi hemodiyalizdir. Hemodiyaliz yöntemi karmaşık bir tedavi rejimini içermektedir ve bireylerin bu sürece uyumları önemlidir. Hemodiyaliz uygulanan bireylerin tedaviye uyum göstergeleri, diyet, sıvı kısıtlaması, ilaç yönetime uyma ve diyaliz seanslarına katılımıdır. Çalışmalarda genel olarak ise diyet uyumsuzluğu %64.2-%98.3, sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk ise %60-%95 oranlarında bulunmuştur (Khalil & Darawad, 2014; Mollaoğlu & Kayataş, 2015; Schmid, Hartmann, & Schiffli, 2009). Hemodiyaliz uygulanan bireylerde, tedaviye uyum sorunlarının sık yaşanması nedeniyle konstipasyon, mide bulantısı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, bacaklarda şişme, yorgunluk, baş dönmesi, huzursuz bacak sendromu, öksürme, ağız kuruluğu, ciltte kuruluk, kaşıntı, konsantrasyon güçlüğü, uyku problemleri, göğüs, sırt ağrıları, huzursuzluk, sinirlilik, cinsel işlev bozukluğu gibi birçok semptom görülebilmektedir (Durmaz Akyol A & 2005; Murtagh, Addington-Hall, & Higginson, 2007). Uyumda başarısızlık, komplikasyon oranlarının artmasına ve dolayısıyla maliyetlerin artmasına ve hayatta kalma oranının azalmasına neden olabilmektedir (Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007; Kugler, Maeding, & Russell, 2011). Ayrıca bireylerin yaşadıkları uyum sorunları, almış oldukları hemodiyaliz tedavisi ve tedaviye bağlı semptomlar, bireylerin fiziksel, ruhsal ve ekonomik yönden sorunlar yaşamasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Bayoumi et al., 2013; Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015; Tezel, Karabulutlu, & Şahin, 2011).

Uyum güçlüğü yaşayan ve yaşam kalitesi etkilenen bireylerde hemşirelik bakımı çok önemlidir. Hemodiyaliz uygulanan bireylerde tedaviye uyumunu artırmak amacıyla birçok yöntem kullanılmaktadır ve bu yöntemlerden biri de tele sağlık uygulamalarıdır. Tele sağlık uygulamaları, bireylerin hastalık sürecini yönetmelerini, uzak mesafe sağlık bakım hizmeti almalarını sağlayan elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanımınıdır. Uygulamalar, video konferansı, internet, karasal ve kablosuz iletişim yöntemlerini içermektedir ("Telehealth Programs,"). Tele sağlık uygulamaları, tedaviye uyumun sağlanmasında ve hastalık komplikasyonlarının erken fark edilmesinde etkilidir (Remuzzi et al., 2013). Literatürde hemodiyaliz hastalarında tele sağlık uygulamaları ile ilgili çalışmalar oldukça azdır.

Literatürde hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumda tele sağlık uygulamalarının etkisini inceleyen sistematik derlemeye rastlanmamıştır. Bu sistematik incelemeden elde edilen verilerin, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların bakımına, diyet, diyaliz seanslarına katılım, sıvı ve ilaç alımı uyumlarının artmasına ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik girişimlerin

planlanmasına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Ayrıca hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumda tele sağlık ile ilgili uygulamalarının yaygınlaştırılmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM: Bu derlemenin amacı hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumda tele sağlık uygulamalarının etkisini incelemektir. Bu sistematik derleme Cochrane kılavuzuna göre hazırlanmış ve sunulmuştur (Higgins, 2011).

Tarama Stratejisi

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda tedaviye uyumda tele sağlık yöntemi uygulanan çalışmaları belirlemek için, Science Direct, Web of Science, Springer Link, Networked Digital Library of Theses & Dissertations, Ovid, CINAHL, Pubmed, Cochrane library, Proquest, YÖK Ulusal Tez Merkezi, ULAKBİM veri tabanları (1981-Eylül 2018) İngilizce olarak taranmıştır. Taramada “hemodialysis, telehealth, adherence, clinical trials” anahtar kelimeleri ve kombinasyonları kullanılmıştır.

Tarama sonucunda 683 çalışmaya ulaşılmıştır. İlk aşamada, tekrarlanan çalışmalar silinmiştir. Daha sonra başlık veya özete uygun olmayan çalışmalar çıkarılmış, dahil etme kriterlerini karşılayan tam metin çalışmalar incelenmiş ve son aşamada dahil etme kriterlerini karşılamayan çalışmalar kaldırılmış ve dört çalışma derlemeye dahil edilmiştir.

BULGULAR: Derlemeye dahil edilen çalışmalardan üç çalışma Amerika’da ve bir çalışma (Neumann et al., 2013) Almanya’da uygulanmıştır. Çalışmalardan iki çalışma (Neumann et al., 2013; Som et al., 2017) randomize kontrollü ve iki çalışma pilot (Connelly et al., 2012; Welch et al., 2013) çalışmadır.

Connelly ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, hastalara mobil beslenme programı uygulanmıştır. Girişim 6 hafta boyunca uygulanmış ve hastalar haftada 3 kez araştırmacı ile görüşmüştür. DIMA (offline mobile dietary intake monitoring application) adı verilen dokunmatik ekranlı, görsel ara yüzü, barkod taraması ve hastaların diyetlerini yönetmeleri için ses kaydı bulunan bir aplikasyon tasarlanmıştır. Hastalar öğünlerini barkod sistemi ile taramışlar, yiyeceğin simgesini ve porsiyonunu sisteme girmişlerdir. Hastalar barkodu tarayamadığında ya da yiyeceğin simgesini bulamadığında gıdayı sesli sistem ile kaydetmişlerdir.

Bir diğer çalışma Neumann ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Girişim 3 ay uygulanmıştır. Hastalardan interdiyalitik ağırlıklarını kendilerine verilen Bluetooth uyumlu cep telefonlarına kaydetmeleri istenmiştir. Hastaların kilo alım miktarı iki ölçüm arasında 0,75 kg’ dan fazla olduğunda alarm sistemi aktifleşerek hekime e-mail yoluyla bilgi gönderilmiştir. Hasta ile bir sonraki diyaliz seansında ya da telefon ile kilo alımı üzerine görüşülmüştür. Kontrol grubu rutin bakım almıştır.

Diğer çalışma Som ve arkadaşları (2017) tarafından SMS uygulamasının hemodiyaliz hastalarının seanslarına katılımına uyumunu değerlendirmek için yapılmıştır. Girişim 16 hafta uygulanmıştır. Hemodiyaliz seanslarına katılmayan bireylerin katılımını sağlamak için SMS ve ses tabanlı mesajlaşma sistemi oluşturulmuştur.

Welch ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada hastalara beslenme ve evrensel ürün kodu (EÜK) veritabanı içeren DIMA programı 6 hafta uygulanmıştır. Hastaların besin alma miktarları

otomatik olarak hesaplanmıştır. Hastalar EÜK'yı kullanarak gıda paketlerini taramış veya ürün kodu olmayan gıdalar için simgeleri seçmişler ve porsiyon miktarını sisteme yüklemişlerdir. Hastalar barkodu tarayamadığında ya da yiyeceğin simgesini bulamadığında gıdayı sesli sistem ile kaydetmişlerdir. Hastalara 24 saat telefon ile danışmanlık verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise 6 hafta boyunca farklı bir arayüz ile sekiz kategoride (yürüyüş, bisiklet, ağırlık kaldırma, alışveriş, bahçe işleri, çocuk bakımı, ev işi ve yemek pişirme) günlük etkinlik izleme uygulaması uygulanmıştır. Hastalar ara yüzde yaptıkları etkinlikleri seçmiş ve sürelerini sisteme girmişlerdir.

Çalışmalarda hastalar 6-16 hafta arasında izlenmiş, hastaların sıvı alımına uyumu interdiyalitik kilo alımı ile, diyet uyumu ise günlük alınan sodyum, potasyum, fosfat ve protein miktarı ile, diyaliz seanslarına katılımları ise kayıt sistemi ile değerlendirilmiştir. Çalışmaların tümünde tele sağlık uygulamalarının hastaların tedaviye uyumuna olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir.

SONUÇ: Sistemik derlemeye dahil edilen dört çalışmanın sonucunda, tele sağlık uygulamalarının diyet, sıvı alımı ve diyaliz seans katılım uyumunu arttırdığı gösterilmiştir. Hastaların tedaviye uyumlarına sağlamak için tele sağlık uygulamaları ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların artırılması ve hemşirelik bakımında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bayoumi, M., Al Harbi, A., Al Suwaida, A., Al Ghonaim, M., Al Wakeel, J., & Mishkiry, A. (2013). Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 24(2), 254.
2. Connelly, K., Siek, K. A., Chaudry, B., Jones, J., Astroth, K., & Welch, J. L. (2012). An offline mobile nutrition monitoring intervention for varying-literacy patients receiving hemodialysis: a pilot study examining usage and usability. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(5), 705-712. doi:10.1136/amiajnl-2011-000732
3. Durmaz Akyol A, & (2005). Kronik Böbrek Yetmezliği. In D. A. A (Ed.), *Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım* (Vol. 1, pp. 112-150). İzmir: Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları.
4. Higgins, J. (2011). Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions Version 5.1. 0. The Cochrane Collaboration. *Confidence intervals*.
5. Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479.
6. Khalil, A. A., & Darawad, M. W. (2014). Objectively measured and self-reported nonadherence among Jordanian patients receiving hemodialysis. *Hemodialysis International*, 18(1), 95-103.
7. Kugler, C., Maeding, I., & Russell, C. L. (2011). Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology*, 24(3), 366.
8. Mollaoğlu, M., & Kayataş, M. (2015). Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 47(11), 1863-1870.
9. Murtagh, F. E., Addington-Hall, J., & Higginson, I. J. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(1), 82-99.

10. Nabolsi, M. M., Wardam, L., & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 1-10.
11. Neumann, C. L., Wagner, F., Menne, J., Brockes, C., Schmidt-Weitmann, S., Rieken, E. M., . . . Schulz, E. G. (2013). Body Weight Telemetry Is Useful to Reduce Interdialytic Weight Gain in Patients with End-Stage Renal Failure on Hemodialysis. *Telemedicine and E-Health*, 19(6), 480-486. doi:10.1089/tmj.2012.0188
12. Remuzzi, G., Benigni, A., Finkelstein, F. O., Grunfeld, J.-P., Joly, D., Katz, I., . . . Rodriguez-Iturbe, B. (2013). Kidney failure: aims for the next 10 years and barriers to success. *The Lancet*, 382(9889), 353-362.
13. Schmid, H., Hartmann, B., & Schiffel, H. (2009). Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *European journal of medical research*, 14(5), 185.
14. Som, A., Groenendyk, J., An, T., Patel, K., Peters, R., Polites, G., & Ross, W. R. (2017). Improving Dialysis Adherence for High Risk Patients Using Automated Messaging: Proof of Concept. *Scientific Reports*, 7. doi:10.1038/s41598-017-03184-z
15. Telehealth Programs. Retrieved from <https://www.hrsa.gov/rural-health/telehealth/index.html>
16. Tezel, A., Karabulutlu, E., & Şahin, Ö. (2011). Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(5), 666.
17. Welch, J. L., Astroth, K. S., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Connelly, K., Siek, K. A., . . . Scott, L. L. (2013). Using a mobile application to self-monitor diet and fluid intake among adults receiving hemodialysis. *Research in Nursing & Health*, 36(3), 284-298. doi:10.1002/nur.21539

ALGOLOJİ BİRİMİNDE TEDAVİ OLAN HASTALARIN AĞRI İLE BAŞETME VE AĞRI İNANÇLARININ İNCELENMESİ

Mukadder Mollaoğlu, Esra Başer

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas

GİRİŞ: Ağrı; duyuşsal, emosyonel ve davranışsal faktörleri içeren karmaşık bir etkileşimdir. Dolayısıyla ağrının tanımı ve tedavisi tüm bu faktörleri içermelidir (Basler vd., 2011). Ağrının en geçerli tanımı ise Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre ağrı; “var olan ya da olası doku hasarına eşlik eden, bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim”dir (Merskey & Bogduk, 1986). Ayrıca Mc Caffery ağrıyı “Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” şeklinde tanımlarken, bu tanımda ağrının subjektif bir veri olduğunu, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini kapsamasının önemini vurgulamakta ve daha da önemlisi ağrı yönetiminde güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastaya inanılması gerektiğini söylemektedir (Eti Aslan, 2011).

Ağrı bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediği için kontrol altına alınması önemlidir. Bireylerin yaşadığı ağrı uyku düzenini, aile yaşantısını, sosyal yaşantısını, iş verimini ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini etkileyerek yaşam kalitesini düşürür. Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılması açısından önemlidir (Babacan, 1999; Özyuvacı ve ark., 2003).

Ağrıyı etkileyen faktörler arasında bilişsel, duyuşsal, davranışsal, çevresel, etnik, kültürel etkenler ve cinsiyet etkeni sayılabilir (Peker Salt, 2007; Turk, 1999). Bu faktörlerden biri olan bilişsel etkenler arasında ise ağrı inançları öne çıkmaktadır. İnançlar, kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden almakta ve kognitif bakış açısında kişinin taşıdığı düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis ağrı inançlarının bilişler, düşünceler, tutumlar, duygular olabileceğini belirtmiştir. Ellis'e göre inançlar sabit gerçekler değil, gözlenebilir, test edilebilir, değiştirilebilen hipotezlerdir. Ağrıyla baş etmede kullanılan yöntemlerden biri olan bilişsel davranışçı terapi, bireylerin temeldeki irrasyonel inançlarını sorgulamaktadır (Babadağ, 2014; Ellis, 2014).

Literatürde bireylerin ağrı inançlarının ağrı ile baş etme yöntemlerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (Baird ve Haslam, 2013; Briggs vd., 2010; Cornally ve McCarthy, 2011). Bireyin ağrı inanışları ve başetme yöntemlerine yönelik geliştirecek bir hemşirelik bakımı ağrının tedavisi sürecinde daha etkili olacağı düşünülmektedir. Ağrı her yaş grubunda sıklıkla görülmekte olan ve bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir olgu olması, bireylerin ağrı ile başetme yöntemleri ve ağrı inançlarının belirlenmesi sunulacak olan hemşirelik bakımının kalitesini ve etkinliğini arttıracak düşünülmemektedir. Bu çalışma bireylerin ağrı ile ilgili başetme yöntemlerinin ve inançlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Algoloji servisinde ve polikliniğine başvuran hastalarda ağrı inançları ve ağrı ile başetme yöntemlerinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

Araştırmanın Yeri: Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Algoloji Servisi ve Polikliniği'nde yapılacaktır.

Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme: Araştırmada Sivas örnekleme yöntemine Mayıs 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında algoloji birimine başvuran 115 hasta ile yapılmıştır.

Araştırma Dışlanma Ölçütleri: Bir yıldan az süredir hemodiyaliz tedavisi alan, görme, işitme ve iletişim kurma güçlüğü olanlar, 18 yaş altı olanlar ve çalışmadan ayrılmak isteyenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

1. Hasta Tanıtım Formu: literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Form hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu...) 16 sorudan oluşmaktadır.

2. Ağrı İnançları Ölçeği: Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ), (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir (Edwards, Pearce, Turner-Stokes, ve Jones, 1992). Ülkemizde ise Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (Berk, 2006). Bu ölçekte ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde bulunmaktadır. Buna göre iki test alanından oluşmuştur: 8 maddeden oluşan Organik İnançlar ve 4 maddeden oluşan Psikolojik İnançlar test alanları bulunmaktadır.

Organik ve psikolojik inançlar alt boyutlarından en yüksek 6, en düşük ise 1 puan alınabilmektedir (Edwards vd., 1992; Walsh & Radcliffe, 2002).

3. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği: Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABÖ) (Pain Coping Questionnaire-PCQ) Kleinke tarafından ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koymak amacıyla 1992 yılında geliştirilmiştir (Kleinke, 1992). Ölçek, kronik ağrı hastalarının organik veya psikojenik ağrı ile başa çıkma biçimlerini değerlendirir. Karaca ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (Karaca vd., 1996). Ölçek 4 alt testten oluşmaktadır. Bunlar; Kendi Kendine Başa Çıkma, Çaresizlik, Bilinçli Bilişsel Girişimler, Tıbbi Çare Arama alt testleridir.

BULGULAR: Hastaların %65.2'si kadın, %40'ı 46-65 yaş aralığında, %55.7'si ev hanımı, %49.6'sı ilköğretim mezunu, %53.9'u yataklı serviste tedavi alıyor, %57.42'sinin sırt-bel ağrısı mevcut, %51.3'ü daha önce tedavi almış ve hastaların ağrı şiddeti Numeric Rating Scale (NRS)'ye göre 7 olduğu saptanmıştır. Çalışmada ağrıyla başa çıkma çaresizlik alt boyutu ile organik ve psikolojik inançlar arasında da pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

TARTIŞMA: Çalışmamız sonucunda hastaların %57.4'ünde ağrının her zaman olduğu ve yine %57.4'ünde sırt ağrısı olduğu saptanmıştır. Ünde-Ayvat ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da 1 yıl boyunca algoloji polikliniğine başvuran hastaların %73'ünün kronik ağrı şikayeti yaşadıkları belirtilmiştir. Birge ve Mollaoğlu (2018) tarafından yapılan hastaların ağrı inançları ve kullandıkları yöntemin incelendiği çalışmada hastaların %41.7'sinin hafif ve %22.7'sinin şiddetli düzeyde ağrı olduğu, en sık yaşadıkları ağrının ise %24.8'inin baş ağrısı, %21.6'sının eklem ağrısı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda ağrı inançları ile ağrı ile başa çıkma ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cornally ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında geriatrik bireylerde kronik ağrının sağlık arama davranışlarını inceleyen çalışmasında bireylerin organik inançlarının yüksek olması sağlık arama davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Babadağ (2014) tarafından yapılan çalışmada da ağrı inançları ile ağrıyla başetme davranışları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyin olumlu ağrı inancı, ağrıyı kabullenip onunla başa çıkma yöntemlerini aramasına, ağrıyı nasıl azaltacağı yönünde girişimlerde bulunmasına katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilmektedir.

SONUÇ: Bulgular doğrultusunda hastaların ağrı inançlarının orta düzeyde olduğu ve ağrı ile başa çıkma alt ölçek puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Evrensel bir deneyim olan ağrı ile hastaların etkili başetmesinde hemşirelerin hastaların ağrıyla başetme uygulamalarını ve inançlarını değerlendirmeleri ve bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımları geliştirmeleri önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ünde Ayvat, P., Aydın, O. N., & Ogurlu, M. (2011). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Ağrı Prevalansı. *Ağrı*, 23(1), 28-39. doi: 10.5505/agri.2011.18480.
2. Birge, A. Ö., Mollaoğlu, M. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler.
3. Babadağ, B. (2014). Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki (Master's thesis, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
4. Basler, M., Chaudhari, M., Dunbar, M., McGhie, J., Serpell, M., & Williams, L. (2011). Handbook of Pain Management M. Serpell (Ed.)
5. Merskey, H., & Bogduk, N. (1986). Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes And Definition of Pain Terms. Retrieved 26.06.14.
6. Eti Aslan, F. (2011). Ağrı. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.(pp. 145- 161) Karadakovan A. & Eti Aslan F. (Eds.) . Adana: Nobel Kitabevi.
7. Babacan A, Akçalı DT. (1999). Ağrı ve tedavisi. Ankara.
8. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. (2003). Postoperatif ağrı tedavisi. Sendrom; 15 (8): 83-92.
9. Peker Salt D. (2007). Ağrı yakınması olan hastalarda yaşam kalitesi, başa çıkma tutumları, ve depresif belirtilerin ağrı algısı ile ilişkisi. (Uzmanlık tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.
10. Turk DC. (1999). The role of pyshological factors in chronic pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 43 (9): 885-888.
11. Ellis, A. (2011). Rational emotive behavior therapy. Current psychotherapies, 9, 196-234.

12. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*;94(2):133-7.
13. Kleinke CL. (1987). Patients preferences for pain treatment modalities in a multidisciplinary pain clinic. *Rehabilitation Psychology* 32:113-20. 5.
14. Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in The Community. *Pain Management Nursing*, 12(4), 206-217.
15. Baird, A. J., & Haslam, R. A. (2013). Exploring Differences in Pain Beliefs Within and Between a Large Nonclinical (Workplace) Population and a Clinical (Chronic Low Back Pain) Population Using the Pain Beliefs Questionnaire. *Phys Ther*, 93(12), 1615-1624.
16. Briggs, A. M., Jordan, J. E., Buchbinder, R., Burnett, A. F., O'Sullivan, P. B., Chua, J. Y. Y., . . . Straker, L. M. (2010). Health Literacy And Beliefs Among A Community Cohort With And Without Chronic Low Back Pain. *Pain*, 150(2), 275-283.
17. Berk, H. Ö. (2006). Kronik Ağrı Yaşantısı Ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
18. Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L., & Jones, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation of Beliefs In The Causes and Consequences of Pain. *Pain*, 51(3), 267-272.

Bildiri No: S-83

HEMİPLEJİK VE NÖROMÜSKÜLER BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN FİZİKSEL DURUMLARI VE KONSTİPASYON DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Tayaz¹, Gökben Bakır², Ayşegül Koç¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

²Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

GİRİŞ: Konstipasyon klinik semptomların gözden kaçmasına bağlı olarak öldürücü bağırsak obstrüksiyonu ile sonuçlanabilen ciddi bir problemdir (Chu&Hou, 2016, Morad, Nelson, Merrick vd., 2007). Konstipasyon görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı, 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin %40'ının konstipasyon problemleri yaşadığı belirtilmektedir (Frank, Flynn ve Rothman, 2001). Toplum temelli çalışmalarda ise, sağlıklı bireylerin yaklaşık olarak %10-20'sinin gaita sıklığında, sert gaita veya fazla zorlanmayı içeren bir ya da daha fazla kronik konstipasyon semptomu belirttiği tahmin edilmektedir (Talley, Jones, Nuyts vd., 2003). Konstipasyon, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, tükenmişliğe ve iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması, sağlık düzeyi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle birey için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir. Fiziksel hareket ve konstipasyon arasındaki ilişki literatür araştırmalarında fazlaca yer alan ve kanıtlanmış bir durumdur (Kaya&Turan, 2011). Bu yüzden fizik tedavi ünitesinde yatan bireylerin çoğunluğu ikincil tanı olarak konstipasyon sorunu yaşamaktadır.

AMAÇ: Çalışmamız fizik tedavi rehabilitasyon ünitesinde yatan bireylerin fiziki durumları ve konstipasyon durumunu incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak çalışılmıştır. Çalışma gözlem yapma amacı ile olup konstipasyon sorunu yaşayan hastaların demografik özelliklerinin belirlenmesi, bilgi eksikliklerinin saptanması, hasta ve bakıcılarının uyguladıkları geleneksel ve klinik içi tıbbi yöntemlerin belirlenmesi aynı zamanda kabızlığın hasta üzerinde psikolojik açıdan değerlendirmesini yapmak amacı ile uygulanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 01.05.2017-01.06.2017 tarihleri arasında Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastanesinde yatan hastalara 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' sunulmuş ve gönüllü olan hastalarla 10.05.2017/46 numarası ve 553 araştırma koduyla proje etik kurul onayı alınan araştırma tamamlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan 'Kişisel Anket Formu', 'Roma III Tanı Kriterleri' skalası ve 'Beck Depresyon Ölçeği' kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda hastalar tanı grubuna göre hemipleji %40.9, kadınların çoğunluğu oluşturduğu (%53.6), eğitim düzeyinin ilköğretim ağırlıklı olduğu (%53.6) sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin yaş grupları 65 yaş üstü bireyler %34.5 (n=38), 56-65 yaş arası %22.7 (n=25) yüksek oranda bulunmuştur. (Tablo 1-2).

Bireylerin fiziki durum ile ilgili verilerin yüzdelerle dağılımları tablo 3'te verilmiştir. Bireylerin %50.9'u (n=56) yatağa bağımlı, %70'i (n=77) defekasyon sırasında bağımlıdır. Yürümeye yardımcı araç olarak bireylerin yarısı tekerlekli sandalye (%50) kullanmaktadır. Beslenme problemi %91.8'inde olmadığı, bireylerin %70'i (n=77) 3 öğün besleniyor ve 1500cc ve altı sıvı tüketimini yapan birey %49.1(n=54) olarak belirlenmiştir. Tablo 4'te Roma III tanı kriterleri skalasına göre hastaların verdikleri yanıtların yüzdeleri yer almaktadır.

Çalışmaya katılan ve konstipasyon olan bireylerin ne kadar sıklıkla konstipasyon olduğu sorusuna en çok 1-3 gün arasında (%64.5) konstipasyon olduklarını iletmişlerdir (Tablo5). Bu durumun süreklilik arz ettiği (%93.6) belirlenmiştir. Sadece bir kişinin laksatif kullanmadığı diğer bireylerin çeşitli laksatifler kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin %62.7'si (n=69) abdominal masaj yaptığını, %52.7'si (n=58) digital stümilasyon kullanmadığını belirtmiştir. Son olarak bireylerde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresiflik durumları tablo 6'da değerlendirilmiştir. %32.7'sinin (n=36) orta düzeyde depresif olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA: Bu çalışmada fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan bireylerle çalışılmıştır. Uz, Türkay, Bavbek vd.'lerinin (2006) gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların 80'i (%40) bizim çalışmamızdan farklı olarak 50 yaş altı ve hastaların %73'ünün kadın olduğunu bildirmişlerdir. Yüz altmış hastada (%80) eşlik eden bir hastalık bulunmazken, 24'ünde (%12) DM, 12'sinde (%6) hipotiroidizm saptadıklarını bildirmişlerdir (2006, s.56-9). Chu, Zhong, Li vd.'lerinin (2014) yaptığı sistematik çalışmada genel popülasyona göre yaşlı popülasyonun eğitim durumunun daha düşük olduğu ve bununla birlikte konstipasyon oranı daha az eğitim ile arttığı sonucuna ulaşılmıştır (2014, s.11).

Çalışmamızda bireylere ait fiziksel belirteçler değerlendirilmiştir. bu değerlendirme sonuçları literatür ile uyumludur. Orhan, Akbayrak, Kaya vd.'lerinin (2015) gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada kronik konstipasyon olan olgularda fiziksel aktivite düzeyi belirgin olarak düşük olduğu ve fiziksel aktivite düzeyi ile konstipasyon şiddeti arasında negatif yönlü ilişki bildirmişlerdir (2015, s.66-73). Aynı çalışmada, bireylerin bizim çalışmamıza benzer olarak günde % 55.7'si üç öğün, % 41.8'i iki öğün besin tükettikleri, günlük tüketilen sıvı miktarı % 44.3'ünde "1-5 bardak", % 39.2'sinde "6-10 bardak" olarak belirlemişlerdir (2015, s.66-73).

Bizim çalışmamızda konstipasyonu belirlemek için Roma III kriterleri baz alınarak çalışılmıştır. Bu kriterlere göre çalışmaya katılan bireylerde tip 1 (sert ayrı gaita, findık gibi) %73.6 (n=81), tip 2 (sosis gibi, topak topak, sert) %17.3 (n=19) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chu ve Hou'nun (2016) roma III tanı kriterleri skalası kullanılarak yaptığı çalışmada zorlayarak %61, topaklı veya sert defekasyon %15 olarak örnekleme değerlendirmişlerdir (2016, s.5-10).

Bizim çalışmamızda da klinikte yatan hastalara bakıldığı için kullanılan yöntemler literatür ile benzer şekilde geleneksel uygulamaların yanında reçeteli ilaç kullanımının yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. Cheng, Chan, Hui ve Lam'in (2003) yaptıkları çalışmada kabız hastalar arasında kullanılan

tedavi yöntemlerini değerlendirmişlerdir. Bunlar reçeteli batı tıbbı %18.9, reçeteli çin tıbbı %8.2, reçeteli ilaç almak %26.2, alternatif tedavi almak %19.7, egzersiz yapmak %15.5, yaşam tarzındaki değişim %5.2, yeme alışkanlıklarındaki değişim (ör. Lif, meyveler) %24.0, daha fazla su içmek %9.4, karın masajı %5.2, dinlenme aktiviteleri %4.7, düşünme stilini değiştirme %7.3, manevi destek (ör. Din, yoga, meditasyon) %4.3, başkalarından destek aramak %6.9, medyadan bilgi aramak (ör. Kitaplar, web siteleri) %4.3, hiçbir şey yapmamak %16.3, diğer %20.6 olarak bildirmişlerdir (2003, s.319-26).

Beck depresyon ölçeği kullanarak çalışmaya katılan bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlar 0-9 arası minimal düzeyde depresif %18.2 (n=20), 10-16 arası hafif düzeyde depresif %29.1 (n=32), 17-29 orta düzeyde depresif %32.7 (n=36), 30-63 şiddetli düzeyde depresif %20.0 (n=22) olarak belirlenmiştir. Literatür ışığında bakıldığında ise, Bouchoucha, Hejnar, Devroede vd.'lerinin (2014) yaptığı çalışmada fonksiyonel konstipasyon hastalarında bazı semptomların psikolojik işaretlerle ilişkili olduğunu; depresyon, kendinden tahmin edilen konstipasyon ile durumluk kaygı, şişkinlikle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Fonksiyonel konstipasyonu olan bireylerin %40'ında yüksek depresyon düzeyleri olduğunu bildirmişlerdir (2014, s.213-18). Fonksiyonel kabızlığı olan hastalarda Zhou, Lin Z, Lin L vd.'lerinin (2010) yaptığı çalışmada bireylere ait depresyon puanlarını yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (2010, s.1838-43).

SONUÇ: Araştırma sonuçlarımıza göre yatan hastaların yarısından fazlasının konstipasyon problemi yaşayıp, tanındığı, konu ile ilgili bilgi yetersizliklerinin olduğu ve bu sorunu yaşayan hastalarda psikiyatrik, belirtilerin ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

ALANA KATKI: Fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji klinikleri gibi bireylerin fiziksel aktivitelerinin kısıtlı olduğu birimlerde konstipasyon riski göz önünde bulundurularak bu doğrultuda planlamalar yapılmalıdır. Konstipasyon varlığı kişinin fiziksel ve psikolojik yönden etkilediği için hemşirelik bakımının etkinliğini ve verimliliğini artırmak için entegre hemşirelik müdahaleleri önem arz etmektedir.

PARLAK NOKTA: İleri yaş, hareket kısıtlılığı, sıvı almada yetersizlik, bağımlı olma durumlarında bireylerde konstipasyon görülme oranları yükselmektedir. Bireylerin ve bakım sağlayıcıların bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, depresyona sebep olan bu durumun ekarte edilmesini sağlayacaktır.

Tablo 1. Hastaya ait demografik özellikler

Demografik veriler (n=110)		n	%
Cinsiyet	Kadın	59	53.6
	Erkek	51	46.4
Yaş	18-35	24	21.8
	36-55	23	20.9
	56-65	25	22.7
	65 yaş üstü	38	34.5
Eğitim durumu	Okula gitmedi	13	11.8
	İlk öğretim	59	53.6
	Lise ve üstü	38	34.5
İlave kronik hastalık varlığı	Yok	61	55.5
	Hipertansiyon + Diabetes mellitus	15	13.6
	Diabetes mellitus	12	10.9
	Hipertansiyon	8	7.3
	Kalp yetmezliği	7	6.4
	Koroner arter hastalığı	4	3.6
	Guatr	3	2.7
Yatış günü	1-30 gün	48	43.6
	31-45gün	19	17.3
	46-60gün	25	22.7
	60gün üstü	18	16.4

Tablo 2. Fizik tedavi servisinde yatan hastaların primer tanıları

Primer Tanı	n	%
Hemipleji	45	40.9
Parapleji	33	30.0
Tetrapleji	11	10.0
Serebrovasküler olay	7	6.4
Artropati	2	1.8
Servikal disk bozukluğu	6	5.5
Parkinson	1	.9
Menisküs	3	2.7
Guillain-Barré sendromu	2	1.8

Tablo 3. Hastanın fiziki durumu ile ilgili verilerin yüzdeler dağılımı

Fiziki durum belirteçleri	n	%	
Mobilizasyon durumu	Bağımlı	56	50.9
	Yarı bağımlı	46	41.8
	Bağımsız	8	7.3
Defekasyon sırasında bağımlılık durumu	Bağımlı	77	70.0
	Bağımsız	33	30.0
Bası yarası	Var	1	0.9
	Yok	109	99.1
Kooperasyon	Var	108	98.2
	Yok	2	1.8
Katater durumu	Foley sonda	23	20.9
	Tam aralıklı katater	19	17.3
	Bez	29	26.4
	Kullanmıyor	39	35.5
Yürümeye yardımcı araç kullanımı	Yok	4	3.6
	Pkafö	10	9.1
	Kanedyen	5	4.5
	Walker	16	14.5
	Tekerlekli iskemle	55	50.0
	Tripot	10	9.1
	Uzun yürüme cihazı	10	9.1
Beslenme problemi	Var	9	8.2
	Yok	101	91.8
Beslenme öğün sayısı	1 öğün	1	.9
	2 öğün	5	4.5
	3 öğün	77	70.0
	4 öğün	11	10.0
	5 öğün	5	4.5
	6 öğün	11	10.0
Günlük tüketilen sıvı miktarı	2500cc üstü	5	4.5
	2000-2500cc	18	16.4
	1500-2000cc	33	30.0
	1500 cc altı	54	49.1

Tablo 4. Roma III Tanı Kriterleri Skalasına Hastaların Verdiği Yanıtların yüzdeler değerleri

Gaita tipi	n	%
Tip 1 (sert ayrı gaita, fındık gibi)	81	73.6
Tip 2 (sosis gibi, topak topak, sert)	19	17.3
Tip 3 (sosis gibi yüzeyi, yarıklı)	3	2.7
Tip 4 (sosis ya da yılan gibi fakat yüzeyi düz ve yumuşak)	7	6.4

Tablo 5. Hastaların konstipasyon sıklığı ve hastalar tarafından kullanılan tedavi yöntemleri

		n	%
Konstipasyon sıklığı	1-3 gün arası	71	64.5
	3-7 gün arası	23	20.9
	7 gün üstü	16	14.5
Kullanılan laksatif	Tablet	16	14.5
	Lavman	60	54.5
	Suppozituar	4	3.6
	Diyet	17	15.5
	Kullanmıyor	1	.9
	Toz	2	1.8
	Şurup	10	9.1
Abdominal masaj	Evet	69	62.7
	Hayır	41	37.3
Digital stümilasyon	Evet	52	47.3
	Hayır	58	52.7

Tablo 6. Beck depresyon ölçeği sonuçları

Beck depresyon ölçeği değerlendirme	n	%
0-9 arası minimal düzeyde depresif	20	18.2
10-16 arası hafif düzeyde depresif	32	29.1
17-29 orta düzeyde depresif	36	32.7
30-63 şiddetli düzeyde depresif	22	20.0

KAYNAKÇA

1. Bouchoucha M, Hejnar M, Devroede G, Boubaya M, Bon C, Benamouzig R. Patients with irritable bowel syndrome and constipation are more depressed than patients with functional constipation. *Digestive and Liver Disease*. 2014; 46(3): 213-218.
2. Cheng C, Chan A. O. O, Hui W. M, Lam S. K. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2003; 18(3): 319-326.
3. Chu H, Hou X. (2016). Understanding of constipation symptoms and the diagnosis and management of constipation in Chinese physicians. *PloS one*. 2016; 11(3): 1-13, e0152801.
4. Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. Hindawi Publishing Corporation, *Gastroenterology research and practice*, 2014.
5. Frank L, Flynn J, Rothman M. Use of a self-report constipation questionnaire with older adults in long-term care. *The Gerontologist*. 2001; 41(6): 778-786.

6. Kaya N, Turan N. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011; 31(6): 1491-1501.
7. Morad M, Nelson N. P, Merrick J, Davidson P. W, Carmeli E. Prevalence and risk factors of constipation in adults with intellectual disability in residential care centers in Israel. *Research in developmental disabilities*. 2007; 28(6): 580-586.
8. Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Günel M. K. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2015; 2(2): 66-73.
9. Talley N. J, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *The American journal of gastroenterology*. 2003; 98(5): 1107-1111.
10. Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Uyar M. E. Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2006; 5(1): 56-59.
11. Zhou L, Lin Z, Lin L, Wang M, Zhang H. Functional constipation: implications for nursing interventions. *Journal of clinical nursing*. 2010; 19(13-14): 1838-1843.

YAŞLI HASTALARIN YAŞLILIĞA UYUM DÜZEYİ İLE YERİNDE YAŞLANMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Güler Duru Aşiret¹, Sevgisun Kapucu²

¹Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Aksaray

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara

GİRİŞ: Günümüzde teknolojiye ve yaşam biçiminde meydana gelen değişim ve gelişmeler; ortalama ömrü uzatarak yaşlı nüfusun artmasını sağlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında 60 ve üzeri yaş nüfus bireylerin yaklaşık 600 milyon olduğunu bildirmektedir. Bu rakamın 2025 yılında iki kat olacağı 2050 yılında yaklaşık iki milyara yaklaşacağı beklenmektedir (1). Türkiye’de TÜİK 2014 sonuçları 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun 2009 yılında %7 olduğunu 2017 yılında bu oranın %8.3’e ulaştığını göstermektedir (2). Dünya ve ülkemiz hızla yaşlanmaktadır.

Yaşlı bireylerde fiziksel ve bilişsel değişmelerin, sağlık sorunlarının, emeklilik ve dulluk gibi yeni rollerin, ekonomik kayıpların arka arkaya gelmesi yaşlılığı, zorlu bir yaşam dönemi haline getirmektedir. İnsan yaşamı sürekli değiştiği için uyum her nesilde mutlu bir yaşam için gerekli bir süreçtir. Yaşlı nüfus uyum sürecine ihtiyacı olan gruplardan biridir. Yaşlılık, fiziksel ve bilişsel gerilemeler, ayrılıklar, kayıplar ve yaşamın sonunun yaklaşması gibi hayatın kritik koşullarına yönelik uyum gerektiren bir süreç olduğu için bu yaş grubunda uyum önemli kabul edilir. Kişinin en sonunda yaşayabileceği emeklilik, dul kalmak, yakın arkadaş ve akrabaların ölümü, hastalıklar ve ölüm gibi durumlara karşı uyum sağlaması gerekir. Bu dönemde yaşanan zorluklar yaşlı bireyin yaşlılığa uyum sorunlarını gündeme getirmektedir (3-7). Yaşlılığa uyum birçok faktörden etkilenebilmektedir. Yaşlı bireylerin, yaşlılık sürecinde meydana gelen değişimleri bilmemesi, kronik hastalığa sahip olması, fiziksel ve bilişsel işlevlerinde gerilemenin olması, egzersiz ve aktivitelere katılmada kısıtlılık yaşamaması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi gibi durumlar yaşlılığa uyumu etkilemektedir (8-12). Yaşlı bireylerin yaşadığı yerden memnun olma durumlarının yaşlılığa uyumu olumlu etkileyeceğini düşünmekteyiz.

AMAÇ: Bu çalışmada, dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatarak tedavi gören yaşlı hastaların yaşlılığa uyum düzeyi ile yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Yaşlı hastaların yaşlılığa uyum düzeyleri nasıldır?
2. Yaşlı hastaların yaşadıkları çevreden memnuniyet düzeyleri nasıldır?
3. Yaşlı hastaların yaşadıkları çevre ile yaşlılığa uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Örnekleme: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, 15 Şubat-30 Mayıs 2018 tarihleri arasında Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatarak tedavi gören 70 yaşlı hasta ile yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve Yerinde Yaşlanma Ölçeği (YYÖ) ve Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Yerinde Yaşlanma Ölçeği (YYÖ): Kalinkara ve Kapıkıran'ın 2017 yılında ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı YYÖ, beşli likert tipinde olup toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Yerinde yaşlanmayı ele alan bu ölçek, özellikle uzun süredir aynı çevrede yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin yaşadığı yerdeki memnuniyet düzeyini belirlemede kullanılabilir bir ölçektir. Bireyin ölçekten aldığı puan arttıkça yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyi artmaktadır.

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ): Yaşlı bireylerin yaşlılığa uyum güçlükleri "Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ)" kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek Şişman ve Kutlu tarafından geliştirilmiş olup, 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddelerinden alınan puanlar toplanıp soru sayısına bölünerek ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Bireyin ölçekten aldığı puan arttıkça yaşlılığa uyum düzeyi azalmaktadır.

Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Tanıtıcı özellikler için anket formu istatistiksel analizlerinde sayı, yüzdelik, ortalama gösterimi kullanılmıştır. Bağımsız grupların kullanılan ölçek ve alt boyutlarına göre karşılaştırılmasında pearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Etik Kurul ve İzinler: Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüldüğü kurumdan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden izin alınmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalamasının 72.2 ± 6.90 ve %65.7'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %45.7'sinin okur-yazar olmadığı, %92.9'unun evli ve %97.1'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Bireylerin %75.7'si ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin %71.4'ü eşi ile birlikte yaşadığını, %55.7'si doğduğu yerde yaşamına devam ettiğini ve %80'nı doğduğu şehirde yaşamak istediğini belirtmiştir. Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin YUGDÖ puan ortalamasının 0.92 ± 0.56 ve YYÖ puan ortalamasının 57.1 ± 9.54 olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaşlılığa uyumu ve yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyini arasındaki ilişki incelendiğinde, YYÖ puan ortalaması ile YUGDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0.005$, $r=-0.342$).

TARTIŞMA: Çalışmamızda yaşlıların yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyleri ile yaşlılığa uyum düzeyleri arasındaki negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu duruma göre yaşlılar yaşadıkları çevreden memnun olmadıklarında yaşlılığa uyumları da olumsuz etkilenmektedirler. Von Faber ve ark (2001)

çalışmalarında birçok yaşlının yaşlılık sürecinde iyilik halinin ancak sürece uyum sağlama ile mümkün olabileceğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Jeste ve ark (2001) çalışmalarında yaşlı bireylerin %81'i yaşlılıkta görülen değişimlere uyum sağladığını belirtmişlerdir. Yaşlıların yaşam alanlarına baktığımızda ev ortamı, eş yada çocukla birlikte yada yalnız yaşadıkları, bakım gereksinimi olduğunda ise çoğunlukla huzur evlerinde yaşadıkları görülmektedir. Khorshid ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada, Narlıdere Huzurevinde kalan yaşlıların medeni durum ile yalnızlık düzeyleri arasında fark olduğunu ve huzurevinde kalan bekar yaşlıların yalnızlık puan ortalamalarının evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (9). Acharyya (2012) tarafından yaşlı bireylerde yalnızlıkla ilgili yapılan çalışmada, yaşlı evlerinde ikamet eden yaşlıların daha fazla yalnız olduğu rapor edilmiştir (10). Bu nedenle yalnız yaşayan yaşlılarda özellikle kronik hastalık ve fizyolojik değişimlere uyumda sorun yaşadıkları, hastalıklarına bağlı daha fazla komplikasyon yaşadıkları görülmektedir (11). Acharyya (2012) çalışmasında yalnız yaşayan yaşlılarda depresyon oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (10). Çocukları ile birlikte yaşayan ancak yaşadığı ortamdan memnun olmayan yaşlılarda da depresyon, düşmeler, beslenme sorunları gibi yaşlılıkta kırılganlığa neden olabilecek önemli sorunlar sıklıkla gözlenmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Araştırmamızda yaşlı bireylerin yaşlılığa uyumunun ve yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyinin iyi olduğu ve yaşadığı çevreden memnuniyet düzeyi arttıkça yaşlılığa uyumunun da arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerimizin konu hakkında farkındalıklarına katkı vereceğini düşündüğümüz çalışmamız sonucunda, klinik ortamda bakım verdiğimiz yaşlı hastalarımızın yaşam alanlarının ve memnuniyetlerinin de değerlendirilmesi öneriyoruz. Böylece hasta bakım kalitesinin artırılmasında ve yaşlılığa bağlı gelişebilecek sorunların erken çözümünde etkin olabileceğimizi düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: { Yaşlılık, Yaşlılığa Uyum, Yerinde Yaşlanma }

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and life course. Erişim 21.08.2018, http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html
2. Turkish Statistical Institute (TurkStat). (2017). Elderly statistics 2017. Turkish Statistical Institute, Ankara. Erişim 10.09.2018, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
3. Ouwehand C, de Ridder DT, Bensing JM. A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. Clin Psychol Rev 2007;27(8):873–84.
4. Jopp D, Rott C, Oswald F. Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. Gerontologist 2008;48:646–58.
5. Jopp D, Rott C. Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. Psychol Aging 2006;21:266–80.
6. Von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, et al. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? Arch Intern Med 2001;161:2694–700.

7. Gignac MA, Cott C, Badley EM. Adaptation to disability: applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychol Aging* 2002;17:520–4
8. Özkan Y, Purutçuoğlu E. Yaşlılıkta Teknolojik Yeniliklerin Kabulünü Etkileyen Sosyalizasyon Süreci. *Aile ve Toplum*. 2010; (11) 6: 37-46.
12. Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry* 2010;9:78–84.
13. Von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, et al. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001;161:2694–700
9. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G, Çınar Ş. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7(1):45-50
10. Acharyya A. Depression, Loneliness and Insecurity Feeling Among the Elderly Female, Living in Old Age Homes of Agartala. *Indian Journal of Gerontology* 2012; 26(4):524–536.
11. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2011; 14(2):135-144.

Bildiri No: S-85

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE VENTİLATÖRLE İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE ÖNERİLEN KANITA DAYALI UYGULAMALAR: BİLGİ VE UYGULAMA

Ayşegül Çelik¹, Öznur Usta Yeşilbalkan², Asiye Akyol²

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

GİRİŞ: Hastane kaynaklı pnömoni, hastane ortamından kaynaklanan etkenlerle ortaya çıkan ve önlenilme olasılığı olan önemli bir hastalıktır. "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)" verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan hastaların yaklaşık %5-10'unda sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon gelişmekte ve bu enfeksiyonlar her yıl yaklaşık 100.000 hastanın ölümüne neden olmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, ciddi enfeksiyonlar için yüksek riske sahip ünitelerdir. Ventilator ilişkili pnömoni (VİP) yoğun bakım ünitelerinde görülen en önemli enfeksiyonlardan biridir. Ventilatorle ilişkili pnömoni, "invazif mekanik ventilasyon uygulanan olguda, entübasyonu takiben 48 saat sonra gelişen pnömoni" şeklinde tanımlanmaktadır ve %8,1-31,9 oranında mortaliteye, hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyet artışına sebep olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen pnömonilerin yaklaşık %90'ının mekanik ventilator desteği altında olan hastalarda görülmektedir. VİP gelişim riski yirmi dört saatten fazla entübe kalan hastalarda diğer hasta grubuna göre 6 ile 21 kat olup, bu risk mekanik ventilasyon süresi uzadıkça daha da artmaktadır. VİP gelişimine neden olan hastane kaynaklı enfeksiyonların el hijyeni, ağız bakımı ve aspirasyon gibi girişimlerde yapılan uygunsuz uygulamalarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. VİP gelişiminde temel sebep olarak ise sağlık bakım profesyonellerinin bu konudaki rehberlerin önerileri hakkında bilgi yetersizliği olması ve bu kişilerin önerilerin uygulanmasında uyum sorunu yaşamaları olarak belirtilmektedir. Literatürde konuya ilişkin rehberlerin önerdiği önlemler ile VİP görülme insidansları azaldığı bildirilmektedir Yoğun bakım hemşireleri VİP gelişiminin önlenmesinde rehberlerin önerdikleri kanıta dayalı uygulamaların kullanımı ve sürdürülmesi konusunda anahtar roledir.

AMAÇ: Yoğun bakım hemşirelerinin ventilatorle ilişkili pnömoninin önlenmesinde önerilen kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulama durumlarının belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma tanımlayıcı tipte olup veriler 28 Şubat-30 Haziran 2017 tarihleri arasında İzmir'de bulunan üç hastanenin Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini en az altı ay ve üzerinde yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimi olan, hasta bakımında tamamıyla sorumluluk alabilen 102 hemşire oluşturmuştur. Veriler; "Yoğun Bakım Hemşireleri İçin Tanıtım Formu", "Ventilatorle İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Önerilen Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Soru Formu", "Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Soru Formu" kullanılarak araştırmacılar tarafından

toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış olup, her bir görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce etik kurul onayı ve Hastane Yönetimleri, kamu hastanelerin bağlı oldukları Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Üniversite Rektörlüğünden yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veriler SPSS 21.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin sayı, yüzde dağılımları; sayısal değişkenlerin ortalama ve standart sapması hesaplanmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hemşirelerin %83.3'ünün kadın, %66.7'si lisans mezunu olup, yaş ortalamalarının 32.5 ± 5.8 , meslek yılı ortalamalarının 9.1 ± 5.8 , yoğun bakımda çalışma süresi ortalamalarının 4.7 ± 3.5 olduğu, hemşirelerin %56.9'unun yoğun bakım alanında herhangi bir eğitim programına katılmadığı belirlenmiştir. VİP'in önlenmesinde önerilen kanıta dayalı uygulamalara ilişkin hemşirelerin %87.3'ü entübasyonda oratrakeal entübasyon yönteminin, %66.7'si mekanik ventilatör devrelerinin her yeni hastada değişiminin, %84.3'ü nemlendirici olarak ısı-nem tutucuların kullanımının, %65.7'si nemlendiricilerin her 48 saatte bir değişiminin, %65.7'si kapalı aspirasyon sistemlerinin kullanımının, %71.6'sı aspirasyon sistemlerinin günlük değişiminin, %52.9'u subglottik sekresyonların aspirasyonunda ekstra lümenli endotrakeal tüp kullanımının, %51.0'ı kinetik özellikteki yatakların kullanımının, %67.6'sı hasta pozisyonu olarak semi-rekumbent pozisyonunun uygulanmasının, %73.5'i ağız bakımında klorheksidinli oral antiseptik kullanımının önerildiğini bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin %98.0'mın el hijyenini sağladığı; %96.1'inin subglottik sekresyonların düzenli aspirasyonunu sağladığı; %71.6'sının mekanik ventilatör devrelerini rutin olarak değiştirmedeği; %97.1'inin solunum devrelerinde biriken sıvının düzenli olarak boşaltılmasını sağladığı; %81.4'ünün nemlendirici kaplarda steril su kullandığı, nemlendirici kapların içindeki su azaldığında eklenme yapmadığı; %100.0'mın ısıtıcı nemlendiricilerin yerine, ısı-nem tutucuları kullandığı; %94.1'inin açık aspirasyon uygulanan hastalarda her seferinde steril katater kullandığı; %95.1'inin endotrakeal tüp kaf basıncının 20 cmH₂O'dan düşük olmamasını sağladığı; %98.0'mın hastaların baş yüksekliğinin kontrendikasyon yoksa 30-45 derece olmasını sağladığı; %81.4'ünün beslenmede enteral beslenmeyi tercih ettiği; %88.2'sinin ağız bakımında klorheksidinli solüsyon kullandığı; %93.1'inin trakeostomi stoma bakımında bölgeyi serum fizyolojikle sildiği, steril gazlı bezle kuruladığı; % 42.2'inin yıllık influenza aşısı yaptırmadığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA: Çalışmamızda ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesinde önerilen kanıta dayalı uygulamalarla ilgili yoğun bakım hemşirelerinin soruların yarıdan fazlasına doğru yanıtı vererek "Endotrakeal entübasyon yöntemi seçimi", "Mekanik ventilatör devre değişimi", "Nemlendirici kullanımı", "Aspirasyon sistemi seçeneği", "Subglottik sekresyonların aspirasyonuna olanak sağlayan ekstra lümenli endotrakeal tüp kullanımı", "Hasta yatağı seçimi", "Hasta pozisyonu", "Ağız bakımında klorheksidinli oral antiseptik kullanımı" konularında önerileri bildikleri belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin %65.7'si "Nemlendiricilerin 48 saatte bir değişiminin" önerildiğini

belirtmiştir. Literatürde nemlendirici değişimlerinin haftalık ya da klinik olarak belirtildikçe yapılması önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunun nemlendirici değişimlerini 48 saatte bir yapılması gerektiğini bildirdikleri belirlenmiştir. 22 Avrupa ülkesinde yoğun bakım hemşirelerinin katılımıyla gerçekleştirilen ve hemşirelerin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde önerilen kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hemşirelerin sadece %21'inin nemlendirici değişimlerini haftada bir yapılması gerektiğini bildikleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzer olup hemşirelerin bu konuda bilgi gereksinimleri oldukları görülmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%71.6) "Aspirasyon sistemlerinin (kapalı sistem) günlük değişiminin" önerildiğini belirtmiştir. Aspirasyon sistemlerinin (kapalı sistem) her yeni hastada değişimi önerilmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin bu konuda bilgi gereksinimi olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgisi değerlendirilmiş, hemşirelerin en az mekanik ventilatör devrelerinin değişimi (%17.3), nemlendiricilerin değişimi (%3.8) ve aspirasyon sistemlerinin değişimi (%13.5) hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Bu bulgular çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerle benzerdir. Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunun uyguladıkları bakım sürecinde ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesinde önerilen uygulamaları gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin %42.2'sinin influenza aşısı yaptırmadığı görülmüştür. Mevsimsel influenza aşısının sağlık personelinin korunmasında ve personelden bulaşan nazokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde önemli olduğu bildirilmektedir.

SONUÇ: Çalışmamızda elde edilen veriler literatürle benzer olup yoğun bakım hemşirelerinin VİP'in önlenmesine yönelik uygulamalara ilişkin bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Ventilatör ilişkili pnömoni mortalite ve morbidite üzerinde önemli etkisi bulunan önlenebilir bir durumdur. Diğer tüm sağlık profesyonelleriyle birlikte hemşireler, ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde anahtar roledir. Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine ilişkin girişimlerin çoğunluğu rutin hemşirelik bakımının bir parçasıdır. Sağlık bakım hizmeti verilen kurumlarda enfeksiyon kontrol programlarının etkin şekilde sürdürülebilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi gereklidir. Yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik uygulamalar konusunda eğitim programlarına katılımı sağlanmalıdır. Eğitim programlarının kanıta dayalı uygulamaları içeren güncel araştırmaları içermesi ve düzenli aralıklarla tekrarları sağlanmalı, uygulama alanlarındaki etkinliği değerlendirilmelidir.

Bildiri No: S-88

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDA BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: BAKIM YÜKÜ, SOSYAL DESTEK VE UYKU KALİTESİ

Fatma Çetinkaya¹, Öznur Usta Yeşilbalkan², Asiye Durmaz Akyol²

¹ İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İzmir

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

GİRİŞ: Solunum sistemi hastalıkları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık rastlanan, en fazla işgücü kaybı ve ölüme neden olan hastalıklardandır.

Bakım verme yükü; herhangi bir bakım vericinin, yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireye bakım verdiği süre içerisinde, bakım verici kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilmektedir (Kasuya ve ark, 2000).

Hasta bakım vericiler hasta yanında isteyerek, ailevi zorunluluklardan ve bazen de bireyin isteği dışında zorlama, baskı, tehdit yoluyla kalmaktadırlar. Hastaya refakat eden birey, hastanın günlük (banyo yaptırma, besleme vb.) ve enstrümental (ilaç verme, duygusal destek verme vb.) yaşam aktivitelerini karşılamak gibi birçok destek sağlayabilmektedir. Refakatçi tarafından sağlanan bu bakım hizmetleri hem zaman alıcıdır hem de refakat eden üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Refakatçının hissettiği bakım yüküne bağlı fiziksel sağlık sorunları, yorgunluk, ruhsal ve sosyal sorunlar, aile ilişkilerine de yansıtılabilmektedir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

AMAÇ: Solunum sistemi hastalığı olan bireylere bakım veren bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmayı Eylül.2015-Nisan.2016 yılları arasında tanımlayıcı ve zamana yönelik kesitsel olarak; araştırma katılma kriterlerini karşılayan (primer bakım veren, iletişim kurabilen) 102 bakım veren birey oluşturdu. Araştırmanın verileri; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL), Bakım Verme Yükü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ölçekleri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yürütüldüğü kurumdan ve araştırmaya katılan bireylerden yazılı ve sözel onam alındı. Verilerin istatistiksel analizinde (SPSS 22.0) yüzde hesaplama, ortalama, student t test, Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis Test, Stepwise Linear Regresyon ve Tek Yönlü Varyans analizleri kullanıldı.

BULGULAR: Araştırmada hastaların yaş ortalaması 73.16±13.83 iken; bakım verenlerin yaş ortalaması 49.38±12.20 idi. Hastaların % 60.8'i erkek, bakım verenlerin ise çoğu kadındı (%72.5) (Tablo 1, Tablo 2).

Tablo 1. Hastaya Ait Tanımlayıcı Özellikler

<u>Cinsiyet</u>	
Kadın	40 (% 39,2)
Erkek	62 (% 60,8)
<u>Yaş ortalaması</u>	73,16 ± 13,83
<u>Medeni Durum</u>	
Evli	68 (% 66,7)
Bekar	34 (% 33,3)
<u>Eğitim Durumu</u>	
Okur-yazar	50 (% 49,9)
<u>Gelir Durumu</u>	
Orta (Gelir duruma denk)	67 (% 65,7)
<u>Hastalık Tanısı</u>	
<u>KOAH</u>	62 (% 60,8)
<u>Hastalık Süresi</u>	
<u>1-5 yıl</u>	39 (38,2)

Tablo 2. Bakım vericiye Ait Tanımlayıcı Özellikler

<u>Cinsiyet</u>	
Kadın	74 (% 72.5)
Erkek	28 (% 27.5)
<u>Yaş ortalaması</u>	49.38±12.20
<u>Medeni Durum</u>	
Evli	75 (% 73.5)
Bekar	27 (% 26.5)
<u>Eğitim Durumu</u>	
İlkokul/İlköğretim (ortaokul) mezunu	55 (% 53.9)
<u>Gelir Durumu</u>	
Orta (Gelir duruma denk)	59 (% 57.8)
<u>Kronik Hastalık Durumu</u>	
Kronik Hastalığı bulunuyor	62 (% 60.8)
<u>Hastanın Bağımlılık Düzeyi</u>	
Çok Bağımlı	42 (% 41.2)

Araştırmadaki bireylerin WHOQOL genel sağlık durum puan ortalaması 47.91±17.33, WHOQOL fiziksel sağlık durum puan ortalaması 53.50±15.50, WHOQOL psikolojik sağlık durum puan ortalaması 55.51±13.46, WHOQOL sosyal ilişkiler sağlık durum puanı ortalaması 51.71±18.10, WHOQOL çevre durum puan ortalaması 53.70±12.25 bulunmuştur.

Bakım verenlerin ölçeklerindeki puan ortalamalarından Bakım Yüğü Ölçeğı Puan Ortalaması 33.57±16.46; Çok Boyutlu ASDÖ toplam puan ortalaması 52.01±16.84; PUKİ puan ortalaması 6.43±3.64 olarak saptandı.

Bakım verenlerin WHOQOL genel sağlık durum puan ortalaması ile sosyal destek puan ortalaması arasında pozitif zayıf ilişki ($r=+0.30$), uyku kalitesi puan ortalaması arasında negatif orta ilişki ($r=-0.42$) ve bakım yükü puan ortalaması arasında negatif zayıf ilişki ($r=-0.28$) olduğu saptandı.

Bakım verenlerin yaşam kalitesiyle sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılmasında WHOQOL genel sağlık durumu ile hastanın bağımlılık düzeyi ve bakım vericinin dinlenme gün sayısı; WHOQOL fiziksel sağlık durumu ile bakım vericinin kadın olması, kronik hastalığın varlığı/yokluğu ve bakımı paylaşma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 3) ($p < .05$).

Tablo 3. Bakım vericinin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması

	WHOQOL Genel Sağlık Durumu		
	X	SD	
<u>Hastanın bağımlılık düzeyi</u>			P< .05
Az	54.80±13.26		
Orta	50.36±18.33		
Yüksek	41.66±16.94		
<u>Bakım vericinin dinlenme gün sayısı</u>			
0	35.29 ±18.87		
1 gün	49.73 ±16.58		
2 gün	50.00 ±16.70		
3 gün	55.55±9.08		
	WHOQOL Fiziksel Sağlık Durumu		
	X	SD	
<u>Bakım vericinin cinsiyeti</u>			p< .05
Kadın	51.11±15.02		
Erkek	59.82±15.23		
<u>Kronik hastalık</u>			
Olan	49.76±12.38		
Olmayan	59.28±18.06		
<u>Bakımı paylaşma durumu</u>			
Paylaşan	55.24±14.98		
Paylaşmayan	45.86±15.85		

TARTIŞMA: Çalışmamıza paralel olarak Kalav 2011'deki çalışmasında bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, onlara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığını saptamıştır. Tel ve ark. 2012'deki çalışmalarında bakım vericilerin bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirlemişlerdir.

Elde edilen bulgulara göre; hasta bakım verenlerin bakım yükü (33.57 ± 16.46) orta düzeyde bulunmuştur. Tel ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada kronik hastayla ilgilenenlerin bakım yükünün 39.64 ± 15.07 , Tuncay ve arkadaşlarının (2015), araştırmasında $32,61$ olduğu bu da bakım verene orta düzeyde bir yük yüklediğini göstermektedir. Tarı S ve ark. 2016'da bakım vericilerin ileri derecede yük altında ($60,7 \pm 14,2$) bulduklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmada bakım yükü Tel ve arkadaşlarının, Tuncay ve arkadaşlarının bulgularına göre yüksek bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda hastalara bakım verme görevinin genellikle kadınların bir rolü olarak görüldüğü saptanmıştır (Zaybak vd., 2012). Dramalı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğunun (%89,9) kadın olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da, çoğunlukla bakım verenlerin kadın olması literatürdeki tespite uygun düşmektedir ($74, \% 72.5$).

SONUÇ: Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren solunum sistemi hastalığı olan bireylerin bakım vericilerini etkileyen faktörlerden sosyal destek, bakım yükü ve uyku kalitesi göz önüne alınmalıdır. Klinik ortamda hemşirelerin en fazla karşılaştıkları bakım veren bireylere yönelik “eğitim-danışmanlık programları” düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: { Solunum Sistemi Hastalığı, Bakım verici, Yaşam kalitesi, Sosyal Destek, Uyku Kalitesi }

KAYNAKLAR

1. Dramalı A, Demir F, Yavuz M,(1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 24-26 Eylül, İstanbul. (s.187-195).
2. Kalıncara V, Kalaycı I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10 (2), 19-39. (Erişim Tarihi:02.11.2018).
3. Kalav S (2011). İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.
4. Kalaycı I, Özkul M (2018). Refakatçi Aktörlerin Yaşam Doyumu, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler Açısından Bir Değerlendirme. Turkish Studies Social Sciences, Volume 13/10, Spring, p. 417-446 (Erişim Tarihi: 02.11.2018).
5. Selçuk Tarı, K. & Avcı, Dilek. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Etkileyen Etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 1-9.
6. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D (2012). KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. Türk Toraks Dergisi, 13(3). 87-97.
7. Tuncay Ö, Mollaoğlu F, M. & Fertelli Kars, T. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Sosyal Destek Düzeyi. Sempozyum Psikiyatri/Nöroloji /Davranış Bilimleri Dergisi, (8), 5-10.
8. Zaybak A, Güneş Yapucu Ü, İsmailoğlu Günay, E. & Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 15(1), 48-54.

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN İNSÜLİN TEDAVİSİ ÖZ-YÖNETİMİNDE BİREYSEL HASTA EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ

Gülten Karahan Okuroğlu¹, Şule Ecevit Alpar¹, Abdulaziz Emen², Aslı Sözeri², Fatma Öztürk², Gaye Temirhan², Meryem Pekür², Reyhan Eş², Şeyma Gül Karagözlü²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları AD, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Öğrencisi, İstanbul

GİRİŞ: İnsülin tedavisinin bireysel yönetimi tedavinin başarısında oldukça önemlidir. Diyabetli bireylerin insülin tiplerini ve özelliklerini bilmeleri, enjeksiyonlarını doğru teknikle, doğru dozda ve doğru zamanlarda yapmaları, insülin enjeksiyon bölgelerini, bölgelere göre insülinin emilme hızını, insülin emilimini etkileyen faktörleri, insülinlerin saklanma koşullarını bilmeleri, insülinin komplikasyonlarıyla baş edebilmeleri, gıda alımına göre insülin dozlarını ayarlayabilmeleri vb. becerileri gerçekleştirebilecekleri bilgi ve becerilere sahip olmaları onların insülin tedavisini başarılı bir şekilde yönetmeleri açısından önemlidir (Snoek ve Skinner, 2002; Nakar *vd.*, 2007; Fu, Qui ve Radikan 2009; Nam *vd.*, 2010). Öz-yönetim, hastalığı önleme girişimlerinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri kapsayan bir kombinasyon ve bireyin iyilik düzeyinin maksimum düzeyde tutulması için gerekli davranışları içerir (Barlow *et al.*, 2002). Diyabette öz-yönetim ise diyabet tedavisi, diyabet semptomları ve komplikasyonlarda yaşam tarzı değişikliklerini yönetebilmek için gerekli olan bireysel yetenekler olarak tanımlanabilir (WHO, 1998; Lu *et al.*, 2014).

AMAÇ: Bu araştırma bireysel hasta eğitiminin tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisi öz-yönetimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu araştırma ön test-son test tek gruplu yarı deneysel araştırma tipinde uygulanmıştır. İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde uygulanan araştırmanın örneklemini 49 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Eğitim içeriği güncel literatür doğrultusunda hazırlanmış ve uzman görüşü ile düzenlenmiştir. Ayrıca eğitim içeriğine uygun afiş ve broşürler hazırlanmıştır. Veriler bilgi formu, İnsülin Tedavisi Öz-Yönetim Ölçeği (İT-ÖYÖ) (Okuroğlu, Atbaş ve Alpar, 2016) ve İnsülin Enjeksiyonu Beceri Gözlem Formu ile toplanmıştır. Eğitimler bireysel olarak varsa aile üyeleri de eğitime dahil edilerek; uygun görüşme odalarında, ortalama 20-30 dk süresince uygulanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerin yanı sıra, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney-U testi, Spearman's Korelasyon analizi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için etik prosedürler yerine getirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA: Araştırmaya katılan tip 2 diyabetli bireylerin yaş ortalaması 56.04±8.81 ve %55.1 (n=27)'i kadın, %44.9 (n=22)'u erkekti (Tablo 1). Katılımcıların İnsülin Tedavisi Öz-Yönetim Ölçeği (Z= -5.309, p= .000) ve İnsülin Enjeksiyonu Beceri Gözlem Formu (Z= -5.315,

p=.000) ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 2). Buna göre bireysel eğitimin tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisine ilişkin bilgi ve becerilerini artırdığı söylenebilir. Çalışmalar öz-yönetim eğitimlerinin diyabetli bireylerde bilgi artışını sağladığını göstermektedir. (Khawaldeha, Hassan ve Froelicherde, 2012; Cani *vd.*, 2015; Hermans *vd.*, 2017). Omori *vd.* (2017) çalışmalarında diyabetli bireylerin kendi kendine insülin enjeksiyonu uygulama becerilerinin arttığını bildirmişlerdir. Katılımcıların İnsülin Tedavisi Öz-Yönetim Ölçeği puan ortalaması ile Beceri Gözlem Formu puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=.610$, $p=.000$). Buna göre diyabetli bireylerin öz-yönetim düzeyleri arttıkça insülin enjeksiyon becerilerinin artacağı söylenebilir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve diyabet yönetimine ilişkili verileri (N=49)

BULGULAR		N	Yüzde (%)
Yaş (Ort±Ss)		49000	56.04±8.81
Cinsiyet	Kadın	27	55.1
	Erkek	22	44.9
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil-Okuryazar	13	26.5
	İlkokul	28	57.1
	Ortaokul	4	8.2
	Lise-Üniversite	4	8.2
Gelir Düzeyi	İyi	10	20.4
	Orta	34	69.4
	Düşük	5	10.2
Kontrolle gitme sıklığı	Ayda bir	16	32.0
	Üç ayda bir	16	32.0
	Altı ayda bir	9	18.0
	Yılda bir	8	16.0
Düzenli kan	Evet	29	59.2
Şekeri takibi yapma	Hayır	20	40.8
Toplam		49	100

Tablo 2: İnsülin Tedavisi Öz-Yönetim Ölçeği ve İnsülin Enjeksiyonu Beceri Gözlem Formu eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=49)

	Ön test	Son test	Z	p
	Ortanca(min-max)	Ortanca(min-max)		
İnsülin Tedavisi Öz-Yönetim Ölçeği	103(78-146)	122(85-151)	-5.309	.000
İnsülin Enjeksiyonu Beceri Gözlem Formu	31(18-40)	37(28-45)	-5.315	.000

Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. p<.001

SONUÇ: Bireysel hasta eğitiminin tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisi öz-yönetim düzeyini ve insülin enjeksiyon becerisini artırdığı tespit edildi. Ayrıca insülin tedavisi öz-yönetim düzeyi yüksek olan tip 2 diyabetlilerin insülin enjeksiyon becerilerinin de yüksek olduğu belirlendi.

KAYNAKLAR

1. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*. 48(2):177-187.
2. Cani C.G., Lopes Lda S., Queiroz M., Nery M. (2015). Improvement in medication adherence and selfmanagement of diabetes with a clinical pharmacy program: a randomized controlled trial in patients with type 2 diabetes undergoing insulin therapy at a teaching hospital. *Clinics*. 70(2):102-106.
3. Fu A.Z., Qui Y., Radican L. (2009). Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Curr Med Res Opin*. 25(6):1413-1420.
4. Hermanns N., Ehrmann D., Schall S., Maier B., Haak T., Kulzer B. (2017). The effect of an education programme (MEDIAS 2 BSC) of non-intensive insulin treatment regimens for people with Type 2 diabetes: a randomized, multi-centre trial. *Diabet. Med*. 34:1084–1091.
5. Khawaldeha AO. Hassan MA. Froelicherde ES. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 26(1):10-16.
6. Lu Y., Li Z., Arthur D. (2014). Mapping publication status and exploring hotspots in a research field: chronic disease self-management. *J Adv Nurs*. 70(8):1837-44.
7. Nakar S., Yitzhaki G., Rosenberg R., Vinker S. (2007). Transition to insulin in Type 2 diabetes: family physicians' misconception of patients' fears contributes to existing barriers, *J Diabetes Complications*. 21(4):220-6.
8. Nam S., Chesla C., Stotts N.A., Kroon L., Janson S.L., (2011). Barriersto diabetes management: patient and provider factors, *Diabetes Res Clin Pract*. 93(1):1-9.
9. Snoek F.J., Skinner T.C., (2002). Psychological counselling in problematic diabetes: does it help?, *Diabet Med*. 19(4):265-73.
10. Okuroglu G.K., Karaçanta S.A., Alpar Ş.E. (2016). Development of the Insulin Treatment Self-Management Scale (IT-SMS). FEND 21st Annual Conference, 9-10 SEPT 2016, Munich, Germany.

**HEMATOLOJİK KANSERLİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİ**

**¹Ayşe Özkaraman, ¹Fusun Uzgör, ²Özlem Dügüm, ³Burçin Demircioğlu, ³Yasemin Karacan
³Rıdvan Ali**

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eskişehir

²Eskişehir Özel Ümit Hastanesi Eskişehir

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Bursa

GİRİŞ: Kanser ve tedavisine bağlı hastaların yaşadığı birçok semptom, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde hastayı aile üyelerine bağımlı hale getirmektedir (1). Bakım veren aile üyelerinin hastaların semptomlarını izleme ve yönetme, ilaç temini, duygusal destek, uygun araç-gereç sağlama, bakımın koordinasyonu gibi sorumlulukları nedenleriyle bakım yükü artmaktadır. Bu durum bakım vericinin fiziksel ve psikolojik sağlık boyutu ile birlikte sosyal ilişkileri ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (2). Günümüzde gerek kanser hastaları gerekse sağlık problemi olan diğer bireyler kendi tedavilerinde daha fazla sorumluluk alma isteği, psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetme, semptomları azaltma arzusu, mevcut tedavinin maliyetli olması gibi nedenlerle tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerini kullanmaktadır (3,4). Bireylerin bu yöntemleri kullanmaya karar vermelerinde aile üyeleri büyük rol oynamaktadır (5). Yapılan bir çalışmada, İngiliz kanser bilgi servisinde TAT ile ilişkili soruların kanserli bireylerden çok hasta yakınları ve arkadaşları tarafından sorulduğu belirtilmiştir (6). Yine literatürdeki başka bir çalışmada hastaların TAT kullanımına ilişkin birincil bilgi kaynağı ‘aile ve arkadaş’ şeklinde bildirilmiştir (7). Literatürde hastanın bakımına yönelik kullanılan TAT yöntemleri aile üyeleri arasında uyumu artırırken (8), bakım vericinin ve hastanın sağlığını riske sokabilmektedir (5).

AMAÇ: Çalışmanın amacı, hematolojik kanser hastasına bakım verenlerin TAT kullanım durumlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın örneklemini Bursa’da bir hastanenin hematoloji poliklinik ve kliniğinde 15 Eylül 2017- 15 Haziran 2018 tarihleri arasında hematolojik kanser tanısı nedeniyle takip ve tedavi edilen hastaların 18 yaş üzerinde, okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericileri ile sınırlandırıldı. Araştırma öncesinde ilgili etik kuruldan yazılı izin alındı. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen “Birey tanıtım formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği” (9) kullanılarak toplandı. Verilerin analizi IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Verilerin analizinde tanımlayıcı ve belirtici istatistiklerden yararlandı.

Sürekli değişkenlerin değerleri ortalama±standart sapma, kategorik değişkenlerin değerleri ise frekans ve yüzde olarak gösterildi.

BULGULAR: Araştırmaya hematolojik kanserli bireye bakım veren 72 birey katıldı. Bireylerin %54,2'si kadın ve %75'i evli ve %34,7'si lise mezunudur. %48.6 'sının yaşadığı yer il olup gelir durumları %72.2 ile orta düzeydedir (Tablo 1). Katılımcıların %54.2'si sağlıklarıyla ilgili kararları kendileri karar verirken, %28.7'si daha önce bir TAT yöntemi kullanmış, %90.3'ü şu an herhangi bir TAT yöntemi kullanmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 1. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	39	54.2
	Erkek	33	45.8
Medeni durum	Evli	54	75
	Bekar	12	16.7
	Dul	6	8.3
Eğitim	Okuryazar	6	8.3
	İlkokul	18	25
	Ortaokul	11	15.3
	Lise	25	34.7
	Üniversite	12	16.7
Gelir durumu	İyi	14	19.4
	Orta	52	72.2
	Kötü	6	8.3
Yaşadığı yer	İl	35	48.6
	İlçe	30	41.7
	Köy/Mahalle	7	9.7
Toplam		72	100

Tablo 2. Bakım verenlerin sağlığı ile ilgili karar verme ve TAT kullanım durumlarına göre dağılımı

Özellikler		n	%
Sağlığı ile ilgili karar veren kişi	Kendim	39	54.2
	Eşim	6	8.3
	Çocuklar	1	1.4
	Aile üyelerinin hepsi	26	36.1
Şu an TAT kullanma durumu	Evet	7	9.7
	Hayır	65	90.3
Daha önce TAT kullanma durumu	Evet	20	27.8
	Hayır	52	72.2
Toplam		72	100

Bakım verenlerin %65.3'ü 'bitkisel tedavi' yöntemi hakkında genel olarak bilgiye sahip olup %30.6'sı bu yöntemi daha önce bir-iki kez kullanmıştır. 'Bardak kapama' yönteminin bakım verenlerin

%55.6'sı tarafından genel olarak bilindiği ve % 18.1'inin bu yöntemi bir iki-kez kullandığı saptandı. Katılımcılar 'kaplıca'(%29.2) ve 'dua etme' (%54.2) gibi TAT yöntemleri ise düzenli olarak kullanılmaktadır (Tablo 3).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü (34.37±42.87) ve emosyonel rol güçlüğü (37.96±45.21) puanları düşük düzeyde; ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı puanları (58.40±20.53; 47.43±25.12 sırasıyla) orta düzeydedir (Tablo 4).

TARTIŞMA: Çalışmamızda hematolojik kanser hastalarına bakım verenlerin % 9.7'si TAT yöntemi kullanılmaktadır. Ülkemizde hematolojik kanser hastalarına bakım verenlerin TAT yöntemlerini bilme ve kullanma durumuna ilişkin bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte hematolojik kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda TAT kullanımını %26.5-%70.2 arasında değişiklik gösterdiği tespit edildi (10,11). Başka bir sistematik derlemede ise kanser hastalarının %22.1-%84.1 arasında TAT kullandığı belirtilmiştir (12). Araştırmamızdan elde edilen TAT yöntemi kullanma oranı literatürdeki çalışmalardan farklıdır (10,11,12). Bu sonucun farklı örneklem gruplarından kaynaklandığı, kanser ve tedavisine bağlı deneyimlenen semptomların sıklığının TAT kullanımını artırabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin en çok 'bitkisel tedavi' (%30.6) ve 'dua etme' (%54.2) yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan çalışmalarda benzer şekilde bitkisel karışımların sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (4, 10, 13). Ülkemizde 3876 yetişkin birey üzerinde yapılan araştırmada, bitkisel ilaç kullanımının %39.2 olduğu belirtilmektedir (14). TAT yöntemleri arasında bitkisel tedavi yöntemlerinin maliyetinin düşük, kolay erişilebilir olması ve toplumun bu yöntemlere ilgisinin bulunması gibi nedenlerle daha fazla tercih edildiği düşünülmektedir. Kök hücre nakli olan hastalarla yapılan bir çalışmada araştırmamızın sonucuyla benzer şekilde dini uygulamalar katılımcıların çoğu tarafından (%55.8) tercih edilmektedir (13). Dua etme gibi spiritüel aktiviteler bireyi rahatlatmakta ve stresinin azalmasına yardımcı olmaktadır. Özellikle bu uygulamaların spiritüel iyilik haline olumlu etkilerinden dolayı sağlık profesyonellerinin bireyleri bu yönde desteklemeleri önemlidir. Çalışmamızda 'Bardak kapama' yöntemini bakım vericilerin %55.8'i genel olarak bilirken; %18.1'i bu yöntemi daha önce bir iki kez kullanmıştır. Açıkgöz ve arkadaşlarının (2016) sağlık yüksekokulu öğrencileriyle yapılan çalışmasında katılımcıların bu yöntem hakkında bilgiye sahip olma (%40.7) ve kullanma (%21.5) oranları çalışmamızla benzerdir (15). Örneklem grupları farklı olan bu iki çalışma sonucunun benzer olmasının nedeni olarak bardak kapamanın ananelerimiz arasında bulunmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Tablo 3. Bakım verenlerin TAT bilgi ve kullanma durumlarının dağılımı

TAT yöntemleri	Bilme durumu			Kullanma durumu		
		n	%		n	%
Akupunktur	Hiç bilmiyorum	41	56.9	Hiç kullanmadım	66	91.7
	Genel olarak biliyorum	25	34.7	Bir-iki kez kullandım	4	5.6
	Tam olarak biliyorum	6	8.4	Uzun süre kullandım	2	2.8
Masaj	Hiç bilmiyorum	35	48.6	Hiç kullanmadım	61	84.7
	Genel olarak biliyorum	31	43.1	Bir-iki kez kullandım	9	12.5
	Tam olarak biliyorum	6	8.4	Uzun süre kullandım	2	2.8
Yoga	Hiç bilmiyorum	43	59.7	Hiç kullanmadım	69	95.8
	Genel olarak biliyorum	25	34.7	Bir-iki kez kullandım	1	1.4
	Tam olarak biliyorum	4	5.6	Uzun süre kullandım	2	2.8
Şiropaksi	Hiç bilmiyorum	61	84.7	Hiç kullanmadım	70	97.2
	Genel olarak biliyorum	8	11.1	Bir-iki kez kullandım	2	2.8
	Tam olarak biliyorum	3	4.2	Uzun süre kullandım	-	-
Osteopati	Hiç bilmiyorum	68	94.4	Hiç kullanmadım	68	94.4
	Genel olarak biliyorum	4	5.6	Bir-iki kez kullandım	4	5.6
	Tam olarak biliyorum	0	0	Uzun süre kullandım	0	0
Homeopati	Hiç bilmiyorum	64	88.9	Hiç kullanmadım	69	95.8
	Genel olarak biliyorum	6	8.3	Bir-iki kez kullandım	3	4.2
	Tam olarak biliyorum	2	2.8	Uzun süre kullandım	0	0
Bitkisel tedavi	Hiç bilmiyorum	21	29.2	Hiç kullanmadım	38	52.8
	Genel olarak biliyorum	47	65.3	Bir-iki kez kullandım	22	30.6
	Tam olarak biliyorum	4	5.6	Uzun süre kullandım	12	16.6
Mıknatıs	Hiç bilmiyorum	66	91.7	Hiç kullanmadım	71	98.6
	Genel olarak biliyorum	4	5.6	Bir-iki kez kullandım	1	1.4
	Tam olarak biliyorum	2	2.8	Uzun süre kullandım	0	0
Gevşeme tekniği	Hiç bilmiyorum	39	54.2	Hiç kullanmadım	59	81.9
	Genel olarak biliyorum	27	37.5	Bir-iki kez kullandım	8	11.1
	Tam olarak biliyorum	6	8.3	Uzun süre kullandım	5	7
Hayal kurma	Hiç bilmiyorum	38	52.8	Hiç kullanmadım	53	73.6
	Genel olarak biliyorum	23	31.9	Bir-iki kez kullandım	9	12.5
	Tam olarak biliyorum	11	15.3	Uzun süre kullandım	10	13.9
Kaplıca	Hiç bilmiyorum	15	20.8	Hiç kullanmadım	30	41.7
	Genel olarak biliyorum	39	54.2	Bir-iki kez kullandım	21	29.2
	Tam olarak biliyorum	18	25	Uzun süre kullandım	21	29.2
Dua etme	Hiç bilmiyorum	9	12.5	Hiç kullanmadım	19	26.4
	Genel olarak biliyorum	30	41.7	Bir-iki kez kullandım	14	19.4
	Tam olarak biliyorum	33	45.8	Uzun süre kullandım	39	54.2
Sanat terapi	Hiç bilmiyorum	57	79.2	Hiç kullanmadım	69	95.8
	Genel olarak biliyorum	13	18.1	Bir-iki kez kullandım	3	4.2
	Tam olarak biliyorum	2	2.8	Uzun süre kullandım	0	0
Bardak kapama	Hiç bilmiyorum	26	36.1	Hiç kullanmadım	56	77.8
	Genel olarak biliyorum	40	55.6	Bir-iki kez kullandım	13	18.1
	Tam olarak biliyorum	6	8.3	Uzun süre kullandım	3	4.2
Toplam		72	100		72	100

Tablo 4. Bakım verenlerin SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı

Ölçek alt boyutları	n	ort±sd
Fiziksel fonksiyon	72	49.23±29.17
Fiziksel rol güçlüğü	72	34.37±42.87
Emosyonel rol güçlüğü	72	37.96±45.21
Vitalite	72	52.61±21.32
Ruhsal sağlık	72	58.40±20.53
Sosyal işlevsellik	72	55.56±22.37
Ağrı	72	57.70±26.01
Genel sağlık algısı	72	47.43±25.12

Çalışmamızda bakım verenlerin fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları düşük iken, diğer alt boyut ortalama puanları orta düzeydedir. Fried ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak bakım vericilerin yaşam kalitesi fiziksel alt boyutu düşüktür (16). Jamani ve arkadaşlarının (2017) hematopoietik hücre nakli olan hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesi alt boyut puanları orta düzeydedir (17). Yapılan çalışma sonuçları değerlendirildiğinde kanser hastasına bakım veren bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

SONUÇ: Bakım verenlerin TAT yöntemlerini kullanım durumları bakım verenin kendi sağlığı ve hastanın bakımı, güvenliği açısından önemlidir. Çalışmamızda bakım verenlerin %9.7'si TAT yöntemlerinden birini kullanmaktadır. Literatürde hematolojik kanser hastalarına bakım verenlerin TAT kullanım durumlarına ilişkin çalışmalara ulaşılabilmesi çalışmamızın tartışma bölümünü sınırlandırmıştır. Bu nedenle konuyla ilgili daha kapsamlı ve kalitatif çalışmaların yapılması gereklidir. Ayrıca hematolojik kanser hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Hemşirelerin hastaların yanı sıra bakım veren bireyleri fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel yönden desteklemeleri önerilir.

KAYNAKÇA

1. Bektaş, H. (2015). Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım. G. Can içinde, Onkoloji Hemşireliği (s. 933-940). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
2. Given, B.A., Given, C.W., Sherwood, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Semin Oncol Nurs*, 28, 205-212.
3. Erdoğan Z, Çınar S. Onkolojide kullanılan tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar. İçinde:Onkoloji Hemşireliği, ed. Gülbeyaz Can. Nobel Kitapevleri, 2015, İstanbul. p.279. ISBN:978-605-335-068-2.
4. Altın, A., & Avcı, İ. A. (2016). Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6).
5. Elliott JA, Klafke N.(2011). Family and Complementary and Alternative Medicine. *Cancer Forum* 35(1):1-4.
6. Boudioni M, McPherson K, Moynihan C, Melia J, Boulton M, Leydon G, et al. Do men with prostate or colorectal cancer seek different information and support from women with cancer? *Br J Cancer*. 2001;Sep 1;85(5):641-8.

7. Bennett JA, Cameron LD, Whitehead LC, Porter D. (2009). Differences between older and younger cancer survivors in seeking cancer information and using complementary/alternative medicine. *J Gen Intern Med.* 24(10):1089-94.
8. Öhlén J, Balneaves LG, Bottorff JL, Brazier ASA.(2006). The influence of significant others in complementary and alternative medicine decisions by cancer patients. *Social Science & Medicine.* 63(6):1625-36.
9. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni* 1995; 9: 85-95
10. Gan GG., Leong YC, Bee PC., Chin E, Teh AKH. (2015). Complementary and alternative medicine use in patients with hematological cancers in Malaysia. *Support Care Cancer*, 23:2399-2406. Doi: 10.1007/s00520-015-2614-z.
11. Jaime-Perez et al. (2012). Use of complementary and alterative medicine by patients with hematological diseases:experience at a university hospital in northeast Mexico. *Rev Bras Hematol Hemoter*, 34(2):103-108
12. Kav S. Hanoğlu Z. Algier L. (2008). Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 32-44.
13. Karacan, Y., Akkuş, Y., Akdemir, N., Göker, H., Salih, A. K. S. U., Sucak, G. A., ... & Özkalemkaş, F. Kök Hücre Nakli Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 1-6..
14. Nur N. (2010). Knowledge and behaviours related to herbal remedies: a cross-sectional epidemiological study in adults in Middle Anatolia, Turkey. *Health & Soc Care Commun*, 18: 389-95.
15. Açıkgöz, A., Yeliz, K. A. Y. A., Özkaraman, A., Alparıslan, G. B., Babadağ, B., & Çolak, E. (2016). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıpı Bilme Ve Kullanma Durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 12-21
16. Fried T, Bradley E. Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of American Geriatrics Society* 2005; 53:59-65.25
17. Jamani, K., Onstad, L. E., Salit, R. B., Flowers, M. E., Carpenter, P. A., & Lee, S. J. (2017). Quality of Life of Informal Caregivers of Hematopoietic Cell Transplant Recipients. *Am Soc Hematology*.

WHAT ARE THE NURSES' APPROACHES TO PROBIOTICS AND RESPIRATORY MICROBIOTA RELATION?

Şehnaz Kaya¹, Zeynep Özer²

¹Mehmet Akif Ersoy University, Burdur Vocational School of Health Service, Burdur

²Akdeniz University, Faculty of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Antalya

INTRODUCTION: Probiotics are the beneficial bacterium to the health. Since it was discovered positive effects of probiotics on the entire body, they were the subject of many types of research. Respiratory diseases are one of the most common diseases and nowadays the studies of the gut and respiratory microbiota relation become an important issue¹⁻⁴. As nurses who have a holistic view of the persons, we need to be up to date about is that one of complementary and alternative medicine issue⁵. With this purpose and to advocate our patients for being healthy, we aimed to create a point of view for nurses about the relationship between probiotics and respiratory microbiota.

1. Probiotics

Probiotics were described for the first time as intestinal putrefaction by Metchnikoff who won the Nobel Prize in 1908^{2,6,7}. At the first time as a name 'probiotics' was used in 1953 by Kollath and in 1965 by Lilly and Stillwell; the next years Parker(1974), Fuller(1989) and Salminen et al.(1989) defined that probiotics were living bacteria, beneficial to health, to maintain microbial balance in the gut^{4,7-10}. Probiotics were accepted by the United Nations Food and Agriculture Organization, the European Food Safety Authority (EFSA) and the World Health Organization (FAO/WHO) in 2001 as beneficial if it was consumed in adequate proportion^{1,7}. Normally the human intestine has about 1.5 kg and more than 500 different species of microorganisms¹¹. Probiotics differ from these species because of their beneficial role to the health¹². Probiotics can be categorized into three groups according to mechanisms of action: (1)Microbiological action (2)Epithelial action (3)Immunological action^{1,2}. The microbiological act of probiotics is to change the environment of the area via bacteriocins, hydrogen peroxide, and organic acid. In the epithelial area, probiotics prevent the other species by affecting stimulation of the peptides, mucus secretion, and adhesion. As immunological probiotics prevent pro-inflammatory processes by inhibiting IL-6, IL-8, G-CSF and TNF- α ². It's proven that some probiotics prevent pathogenic bacteria directly and some of them has an effect on B-cells, TNF- α , NK-cells, IL-1 β , IL-10, macrophage activity,etc^{2,4,13-15}

Some of the most well-known probiotic microorganisms are Lactobacillus, Bifidobacterium, lactic acid and non-lactic acid bacteria species^{7,16}. The microorganisms accepted as probiotics are L. rhamnosus GG(LGG), L. rhamnosus GR-1, L. reuteri RC-14, L. acidophilus LA-1, L. reuteri SD2112, L. plantarum 299v, L. casei Shirota, L acidophilus LB, L. Rhamnosus HN001, L. Salivarius UCC118, L. acidophilus NCFM, L. fermentum VRI003, L. johnsonii Lj-1, L. paracasei F19, B. lactis Bb 12, B.

infantis 35624, *B. breve* strain Yakult, *B. animalis* DN 117-001, *B. lactis* HN019, *B. longum* BB536, *Lactococcus lactis* L1A, *Escherichia coli* strain nissle, and *Saccharomyces boulardii* lyo^{5,7}.

Every microbial content or substance is not probiotic; specific probiotics must be consumed in a certain dose which is about $1 \times 10^{6-10}$ CFU per serving^{4,12}. However, still, it is hard to determine which probiotic is beneficial for which doses and aspects^{2,7,17,18}. Probiotics can take in different ways into the body as pills, capsule, powder form or food (like yogurt)⁵.

As known, there are no serious side effects and harms of probiotics². Contrary, according to two of the studies which are published recently; probiotic's effects may be different for individuals' gut, genes, biogeographic microbiome and specific mucosal colonization resistance to probiotics in probiotics substance containing different quantity and diversity. Consequently, even probiotics may not be risk-free^{17,18}.

2. Respiratory Microbiota

The respiratory tract was known as a sterile environment however recent studies showed that it contains microorganisms (including probiotics) about 2000 bacterial genomes per cm. Even the healthy and harmed airway microbiota was different, both of them had pathogenic species as *Pseudomonas*, *Streptococcus*, and *Prevotella*^{2,19-22}. By the time, in the upper and lower respiratory tract region microbiota differs from each other. The balance of the lung microbiota depends on three elements: Microbial immigration, microbial elimination, and local growth conditions. Microbial immigration can occur through inhalation or blood. For this reason, oral and lung microbiota is similar. Microbial elimination is taken place with coughing, immune mechanisms, mucociliary activity. Among local growth conditions can be counted pH, blood perfusion, alveolar ventilation, temperature, lung epithelium, mucociliary clearance and activity of inflammatory cells conditions²¹.

In healthy individuals' lung microbiota contains mostly *Prevotella* species. *Proteobacteria* (e.g., *Haemophilus*), *Prevotella*, *Neisseria*, *Moraxella* spp, *Comamonadaceae*, *Sphingomonadaceae*, *Oxatobacteraceae* were seen in asthma patients' lung microbiota. In COPD patients, *Streptococcus* sp. and *Haemophilus* sp., *Moraxellaceae*, *Pseudomonadaceae*, *Enterobacteriaceae* were increasing according to the course of the disease^{21,23-26}.

3. Probiotics and Respiratory Microbiota Relation

It is thought to be similar in that the gut and lung microbiota^{2,19-22}. Meanwhile, probiotics can affect microbiota in distant places in the body by the transition between tissues via blood vessels^{21,27}. Generally, in the studies, *Lactobacillus* and *Bifidobacterium* species were used against the respiratory tract infections^{16,20,21}. Probiotics reduced asthma and respiratory tract infections in children and infants^{1,3}. The studies in adults demonstrated that probiotics' effects were positive in the subject of respiratory tract infections^{4,21}. Smoking is the greatest risk factor for the respiratory disease which is worsened by inflammation at different levels. Inflammation is driven by the defensive systems like NK cells, interleukins, TNF- α , macrophages, etc. The studies suggest that probiotics are more effective by increasing NK cells in non-smokers than smokers, especially with viral infections^{1,14,21,28}.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is the one of the main cause of disability and death around the world. Smoking is the greatest risk factor for the evolution of COPD which is worsened by inflammation at different levels. Inflammation is driven by the defensive system like NK cells, interleukins, TNF- α , macrophages, etc. Studies suggest that probiotics are more effective by increasing NK cells in non-smoker subjects than smokers, especially with viral infections^{14,28,29}

4. Nursing Approaches to Probiotics and Respiratory Microbiota Relation

As a nurse, our role includes promotion of health, prevention of illness, and care of physically ill, mentally ill, and disabled people of all ages and in all health care and other community settings; carrying out health care teaching; participating fully as a member of the healthcare team; supervising and training nursing and health care auxiliaries; and being involved in research³⁰. Recently probiotic marketing is growing fastly and we have seen the advertising of probiotics everywhere although there is still no clear scientific evidence. In this regard, as nurses who have a holistic approach to the individuals for whom advocacy and safety, we need to notice probiotics risks besides benefits. The nurse should consider the patient's suitability, affordability, lifestyle, possible adverse effects and, risks before the probiotic usage. Patient education should be provided effectively on the scope, effect and side effects of probiotics. If a probiotic is decided to be taken, for the highest level of effectiveness and safety, the nurse should ensure that the correct dose, time and ways are taken. The individuals who receiving probiotics should be considered in terms of the dose used, history of diarrhea, constipation, gastric incomfort, fever, or any gastric tract and allergic early symptom^{5,31}.

CONCLUSION: The studies show the positive effects of probiotics on immune cells and respiratory tract issues but still, there is no certain evidence for prevention or management of the diseases. On the other hand, probiotics may be harmful though. As nurses, to protect and advocate our patients, we must notice the risks and benefits of probiotics and must not forget that the effects of probiotics may vary according to individuals and situations. If the patient uses the probiotics, we should closely monitor for risk and side effects, manage possible complications in the best possible way in the early period.

Keywords:{probiotics, nursing, complementary therapies, respiratory tract infections, microbiota.}

REFERENCES

1. Mennini, M., Dahdah, L., Artesani, M. C., Fiocchi, A. & Martelli, A. Probiotics in Asthma and Allergy Prevention. *Front. Pediatr.* **5**, 1–5 (2017).
2. Alexandre, Y. *et al.* Probiotics: A new way to fight bacterial pulmonary infections? *Med. Mal. Infect.* **44**, 9–17 (2014).
3. Wang, Y. *et al.* Probiotics for prevention and treatment of respiratory tract infections in children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. **95**, e4509 (2016).
4. Hao Q *et al.* Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* (2011). doi:10.1002/14651858.CD006895.pub2
5. Avadhani, A. & Steefel, L. Probiotics: A review for NPs. *Nurse Pract.* **40**, 50–54 (2015).

6. Metchnikoff, É. Lactic acid as inhibiting intestinal putrefaction. *Prolong. Life Optimist. Stud.* 161–183 (1907).
7. Anukam, K. C. & Reid, G. Probiotics: 100 years (1907-2007) after Elie Metchnikoff's observation. *Commun. Curr. Reserach Educ. Top. Trends Appl. Microbiol.* 466–474 (2007).
8. Lilly, D. M. & Stillwell, R. H. Probiotics: Growth-promoting factors produced by microorganisms. *Science* (1965).
9. Salminen, S. *et al.* Demonstration of safety of probiotics — a review. *Int. J. Food Microbiol.* **44**, 93–106 (1998).
10. R. Fuller. Probiotics in man and animals. *J. Appl. Bacteriol.* **66**, 365–378 (1989).
11. Kang, Y. B., Cai, Y. & Zhang, H. Gut microbiota and allergy/asthma: From pathogenesis to new therapeutic strategies. *Allergol. Immunopathol. (Madr).* **45**, 305–309 (2017).
12. Hill, C. *et al.* Expert consensus document: The international scientific association for probiotics and prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* **11**, 506–514 (2014).
13. Liu, J. Q. J. *et al.* Probiotics enhance the effect of allergy immunotherapy on regulating antigen specific B cell activity in asthma patients. *Am. J. Transl. Res.* **8**, 5256–5270 (2016).
14. Mortaz, E. *et al.* Probiotics in the Management of Lung Diseases. *Mediators Inflamm.* **2013**, (2013).
15. Salva, S., Villena, J. & Alvarez, S. Immunomodulatory activity of *Lactobacillus rhamnosus* strains isolated from goat milk: Impact on intestinal and respiratory infections. *Int. J. Food Microbiol.* **141**, 82–89 (2010).
16. Long, J. D. & Morris, A. Probiotics in Preventing Acute Upper Respiratory Tract Infections. *Cochrane Corner* **117**, 6895 (2017).
17. Zmora, N. *et al.* Personalized Gut Mucosal Colonization Resistance to Empiric Probiotics Is Associated with Unique Host and Microbiome Features. *Cell* **174**, 1388–1405.e21 (2018).
18. Suez, J. *et al.* Post-Antibiotic Gut Mucosal Microbiome Reconstitution Is Impaired by Probiotics and Improved by Autologous FMT. *Cell* **174**, 1406–1423.e16 (2018).
19. Lu, J. *et al.* The Role of Lower Airway Dysbiosis in Asthma: Dysbiosis and Asthma. *Mediators Inflamm.* **2017**, (2017).
20. Shin, Y., Kim, T. & Kim, K. Probiotics used for respiratory diseases. *J. Bacteriol. Virol.* **45**, 79–92 (2015).
21. Evsyutina, Y., Komkova, I., Zolnikova, O., Tkachenko, P. & Ivashkin, V. Lung microbiome in healthy and diseased individuals. *World J. Respirol.* **7**, 39–47 (2017).
22. Charlson, E. S. *et al.* Assessing Bacterial Populations in the Lung by Replicate Analysis of Samples from the Upper and Lower Respiratory Tracts. *PLoS One* **7**, 1–12 (2012).
23. Einarsson, G. G. *et al.* Community dynamics and the lower airway microbiota in stable chronic obstructive pulmonary disease, smokers and healthy non-smokers. *Thorax* **71**, 795–803 (2016).
24. Erb-Downward, J. R. *et al.* Analysis of the lung microbiome in the 'healthy' smoker and in COPD. *PLoS One* **6**, (2011).
25. Huang, Y. J. *et al.* Airway microbiome dynamics in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *J. Clin. Microbiol.* **52**, 2813–2823 (2014).
26. Hilty, M. *et al.* Disordered microbial communities in asthmatic airways. *PLoS One* **5**, (2010).
27. Vientós-Plotts, A. I., Ericsson, A. C., Rindt, H. & Reinero, C. R. Oral probiotics alter healthy feline respiratory microbiota. *Front. Microbiol.* **8**, 1–11 (2017).
28. Morimoto, K., Takeshita, T., Nanno, M., Tokudome, S. & Nakayama, K. Modulation of natural killer cell activity by supplementation of fermented milk containing *Lactobacillus casei* in habitual smokers. *Prev. Med. (Baltim).* **40**, 589–594 (2005).
29. Naruszewicz, M., Johansson, M., Zapolska-downar, D. & Bukowska, H. Effect of *Lactobacillus plantarum* 299v on cardiovascular disease. *Am. Soc. Clin. Nutr.* **76**, 1249–55 (2002).

30. International Council of Nurses. Nursing Definitions _ ICN - International Council of Nurses. (1987). Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
31. Wang, B. *et al.* Probiotics to Prevent Respiratory Infections in Nursing Homes: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* **66**, 1346–1352 (2018).

Bildiri No: S-96

OREM'İN ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ KURAMINA GÖRE YOĞUN BAKIMDAKİ HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Merve Dervişoğlu, Dilek Büyükkaya Besen

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

GİRİŞ: Alzheimer hastalığı merkezi sinir sisteminde seçici nöron ve sinaps kayıplarıyla karakterize; sinsi başlayan bilişsel işlevlerde azalma, öz bakım yetersizliği, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal bozukluklar ile karakterize progresif ve nörodejeneratif bir hastalıktır (Özkay, Öztürk & Can, 2011; Karadakovan, 2017). Nörodejeneratif hastalıklar arasında en sık görülenidir. Hastalığın yaş ile çok yakından ilişkisi vardır (Karadakovan, 2017). Dünyada her üç saniyede bir demans gelişmektedir.

Dünyada demans ile yaşayan yaklaşık 46.8 milyon kişi olduğu düşünülmektedir. Bu sayı yirmi yılda bir ikiye katlanacak, 2030'da 75 milyona ve 2050'de 131.5 milyona ulaşacaktır ve artış gelişmekte olan ülkelerde yaşanacaktır (Prince vd., 2015). Kalp hastalığından ölümler 2000 ve 2015 yılları arasında % 11 azalırken, alzheimerden ölümlerinin %123 arttığı belirlenmiştir (Alzheimer's Association,2018). Alzheimer hastalığının belirtileri klinik seyirlerine göre 7 evreye tanımlanmıştır. 7. evre çok şiddetli bilişsel zayıflığın olduğu, geç demans dönemidir. Bu evrede hastaların konuşma yetenekleri azalmış ya da kaybolmuştur ve yutmada zorluk yaşamaktadırlar. Son evredeki hastalar günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlıdır ve ciddi psikiyatrik belirtileri vardır. Bu hastaların 24 saat yakından izlem ve hemşirelik bakımına gereksinimleri bulunmaktadır (Özkay vd., 2011; Friedlander, Norman, Mahler, Norman & Yagiela, 2006; Şahin, 2009). Profesyonel bir disiplinde, mesleğin bilimsel bilgi içeriğinin ortaya konması ve uygulamaların bilimsel temele oturtulması gerekir. Her profesyonel disiplin için uygulamaya aktarılabilen bilgi temelini oluşturulması kuraldır.

Uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin de, doğal olarak bilimsel bir yapıya temellendirilmesi gerekir. Bu temel bilgi de mesleğe özgü kavram ve kuram terimleri ile açıklanabilir. Mesleğe özgü kuramlar, mesleki etik değerleri destekler ve bilgi birikiminin gelişmesini sağlar. Hemşirelik uygulamasında kuramların kullanılması bakımda istenilen sonuçlara ulaşmak için kontrol, tahmin ve açıklama yapmayı kolaylaştırır. Organize, etkili, ekonomik öğrenme ve uygulama sağlar. Olayların tanımlanmasına ve açıklanmasına sistematik yaklaşım sunarken, kavramlar yoluyla iletişimi kolaylaştırır. Uygulamalara rehberlik ederken, etkinliği artırır ve geliştirir (Ay, 2013). Hemşirelik kuramlarından biri de Dorothea E. Orem'in Öz-bakım modelidir (Ay, 2013; Avdal& Kızılcı, 2010). Öz-bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi, ilk kez Orem tarafından 1956 yılında "Özbakım Teorisi" olarak oluşturulmuş, 1971 ile 2001 yılları arasında "Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi" olarak ifade edilmiştir (Orem, 2001). Orem, hemşireliğin özel ilgi alanının, öz bakımlarını yapabilmeleri için insanlara yardım etmek olduğunu vurgulamıştır ve hemşireliği insana verilen hizmet olarak tanımlamıştır. Orem'in kuramının odağında, hastanın ihtiyaçları ve bunları karşılamak için hemşirenin yaptığı aktiviteler vardır. Orem'e göre hasta biyolojik, fizyolojik, gelişimsel ve sosyal ihtiyaçlarını

tamamıyla karşılayamadığı zaman hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Orem'in öz bakım kuramı, öz bakımını karşılayamadığı durumlarda, hemşirelik bakımı ile bu ihtiyaçların karşılanmasıdır. Orem'e göre hemşirelik bakımı ihtiyacı hastanın öz bakım yetersizliğinden kaynaklanır (Ay, 2013). Orem modeli, ayrı ayrı sistemlerden veya vücudun kısımlarından çok insanı bir bütün olarak ele alan holistik (bütüncül) bir modeldir. Holistik model kullanıcıyı insan hayatının fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal kavramlarını göz önüne alarak yönlendirmektedir. Holistik modelde örneğin sadece fiziksel faktörler düşünülerek tek bir kavrama vurgu yapılmamalıdır. Bu model, sadece çok az yardıma ihtiyacı olan hastalardan (sağlıkla ilgili önerilere gereksinimi olan) ve tüm bakımları için muhtaç olan hastalara (örneğin yoğun bakım birimindeki hasta) kadar her tip hasta için kullanılabilir (Avdal,2014).

Bakımın Uygulanmasında Orem'in Hemşirelik Modeli

Uygulama aşaması, Orem'in tedavi girişimleri olarak adlandırdığı süreci ifade eder. Orem uygulamada kullanılan bilgi ve becerileri de içeren beş yardımcı yöntem tanımlamıştır. Bu beş yöntem: bir başkası (hasta, birey) adına davranmak, rehberlik ve yönlendirme, fiziksel ve psikolojik destek sağlama, kişisel gelişim için uygun ortam sağlama ve sürdürme, başkalarına öğretmedir. Ve ayrıca üç "hemşirelik sistemi" nin kullanılmasını öngörür. Bunlar: tam kompensasyon, kısmi kompensasyon, destekleyici-eğitici yaklaşımdır (Avdal,2014). Orem'e Göre 3 tip öz-bakım gereksinimi bulunmaktadır.

1. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri
2. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri
3. Sağlıktan Sapma Öz-Bakım Gereksinimleri (Avdal,2014; Avdal,& Kızılcı, 2010).

YÖNTEM: Yoğun bakımda takip ve tedavisi yapılan bireyin Orem'in öz bakım eksikliği modeline göre sunulan hemşirelik bakımından bahsedilecektir.

OLGU: 73 yaşında Alzheimer hastalığı bulunan erkek hasta beslenme sırasında öksürme, nefes alamama, dudaklarında morarma şikayetleri yaşamış ve eşi acil servisi aramış. Ambulans gelinceye kadar eşi heimlich manevrası uygulamış ve eliyle hastanın ağız içindeki besinleri çıkarmak için uğraşmış. Acil servise getirilen hasta aspirasyon pnömonisi tanısıyla göğüs kliniğine yatırılmış. Hastanın yakından izlem ve bakım gereksiniminin artmasıyla dahili yoğun bakım birimine sevk edilmiş. Hastanın 25 gün yoğun bakımda takibi yapılmıştır ve bakım gereksinimleri karşılanmıştır

Orem'e Göre Olgunun Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

- Yeterli Hava Alınması:
- Yeterli Su ve Yeterli Gıda Alınması
- Yeterli Eliminasyon
- Aktivite Ve Dinlenme:
- Yalnızlık ve Sosyal Etkileşim:
- İnsan Yaşamını, Fonksiyonlarını ve Sağlığını Tehlikelerden Koruma:

Normal olma Normallik

Hasta ve ailesi uzun süre demans ve demansa bağlı semptomları başarılı bir şekilde yönetmişler. Hastalığın ilerlemesi, ek hastalık durumuyla birlikte yoğun bakıma yatırılması nedeniyle bireyin öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında 24 saat hemşirelik bakımına gereksinimi oluşmuştur. Fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan bireyin dengesi bozulmakla birlikte bu dengeyi tekrar sağlayabilmek için tam bir desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda bireyin bunu sağlayabilmesi için kendi yeterliliğini kazanabilmesi uzun vadeli hedeflerimizdendir.

Sağlıktan Sapma Öz Bakım Gereksinimleri

Klinikte pnömoni tanısıyla takip edilen birey desatüre olup, spontan solunumu sürdürmeyince entübasyon gereksinimi ortaya çıkmış. Hava yolunu temizlemede yetersizlik ve aspirasyon riski bulunmaktadır. Demans tanısına bağlı bireyde beslenme problemi hastaneye yatış öncesinde ortaya çıkmıştır. İmmobil olan hastada evde dekübit gelişmiştir. Uygulanan girişimlere bağlı kanama riski, kan glukozunda dengesizlik riski vardır. Ailenin demans hastasının bakımı konusunda bilgi eksikliği vardır. Enfeksiyon bulaştırma riski bulunan bireye belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda kanıta dayalı girişim planlanıp uygulanmıştır.

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Bireyin içinde bulunduğu dönemde yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişiklikler ve hastalığı nedeniyle kas kütlesi ve fiziksel güç azalmış, hareket yavaşlamıştır. İmmün sistem komplemanlarındaki azalma ve respiratuvar sistemdeki değişikliğe bağlı enfeksiyonlara yatkınlık artış göstermiştir Alzheimer hastalığının ilerlemesiyle birlikte son aylarda hasta immobil hale gelmiştir. Sağlık durumundaki bozulma, çoklu ilaç kullanımı, hastalığın getirdiği defektler (yutma problemi) ve emekliliğine bağlı aile gelirinde azalma ile birey ve ailesinin yaşamı oldukça güç hale gelmiştir. Bireyin, kardeşlerinin ve akrabalarının kaybının yaşandığı bu dönemde bireyin hastalığının ilerlemesi aile bireylerinde ölüm anksiyetesini yaratmıştır. Bu dönemin getirdiği fizyolojik, psikolojik, sosyal değişikliklere bireyin ve aile bireylerinin uyumu kolaylaştırmak için, ailenin bilgi gereksinimi karşılanıp ve baş etme süreçleri desteklenmelidir. Ortam düzenlemeleri yaşamlarını kolaylaştıracak şekilde bireylere özgü düzenlenmelidir. Taburculuk sonrası hastanın evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasında ve bireyin gelişimsel öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aileye eğitim sağlanmalı ve uygun destek sistemlerine yönlendirilmelidir (İlgar & İlgar, 2012; Özkayar & Arıoğlu, 2007; Yeşil, Cankurtaran, & Kuyumcu, 2012; Eyüboğlu, Şişli & Kartal, 2012).

HEMŞİRELİK BAKIMI: Hasta moniterize edilip, yaşam bulguları (kan basıncı, nabız, solunum, ateş) ve satürasyonu saatlik takip, her shiftte yaşam bulgularının alt ve üst limitleri, alarmları kontrol edilmektedir (Akyol, 2017). Yoğun bakımda tedavi gören bireylerde ağız mukoz membran bütünlüğünün sürdürülmesi, yetersiz ağız hijyenine bağlı oluşabilecek komplikasyonları (xerostomia, halitozis, stomatitis, peridental hastalıklar, ventilatör ilişkili pnömoni) önlemede önemlidir.

Etkili ağız bakımı sağlamak için ağız içi her shiftte değerlendirilmektedir. Ağız içi grade 1. evredir. Ağız bakımı 4*1 olarak planlanmıştır. Bakım kloleksidin solüsyonuyla süngerli çubuk kullanılarak yapılmaktadır. Ağız içi sekresyonları aspire edildikten sonra bakım yapılmaktadır (Akyol, 2017).

Sedatize hastalar, oküler yüzey bütünlüğü korunması için göz bakımı uygulanması gereken yüksek risk gruplarını oluşturmaktadır. Hastanın göz kapakları kapalıdır, göz temizliği 4*1 izotonik ve steril gazlı bez ile yapılmaktadır. Her shift pupiller ve ışık refleksi değerlendirilmektedir (Akyol, 2017; Suresh, Mercieca, Morton & Tullo, 2000).

Yoğun bakıma kabulde Braden Skalası Puanı 8'(12 puan ve altı yüksek risktir) dir. Günde iki kere deri ve kemik çıkıntılarının olduğu bölgeler değerlendirilmektedir. Günde en az iki kere ve kirlendiği zaman deri temizlenir ve hafta da bir kez banyo yaptırılmaktadır. İnkontinans sonrası cilt temizliği yapılıp, derinin nemli kalması önlenmektedir.

Derideki kuru bölgeler nemlendirici losyon ile nemlendirilip, hasta 1-2 saatte bir pozisyon verilmektedir. Böylece bası altında kalan iskemik bölgeler iyileşmektedir. Hastaya pozisyon verilirken ekstremiteler yastıkla desteklenmektedir. Braden skala puanı takibi yapılmakta olup basınç yaraları değerlendirilip, evresi tanımlanıp, bakımı yapılmaktadır. Yaranın temizlenmesinde serum fizyolojik kullanılmaktadır. Yara bakımında hidrokolloid pansuman kullanılıp 3 günde bir değiştirilmektedir (Akyol, 2017).

Hastada iki yollu foley sonda bulunmaktadır. Perine bölgesi anatomik deformasyon, hijyen durumu ve enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, ağrı, sıcaklık) yönünden değerlendirilmektedir. Kataterin yeri, çalışıp çalışmadığı tanımlanıp idrar; miktar, renk ve koku yönünden takip edilmektedir. Kataterden, idrar toplama haznesine kesintisiz akım sağlamak için kıvrılma olmamasına dikkat edilmektedir. Katater ile bağlantılı kapalı sistemin bağlantısı herhangi bir şekilde bozulursa yeni idrar torbasıyla değiştirilmektedir. İdrar torbası düzenli aralıklarla boşaltılmaktadır. İdrar torbası mesane seviyesinin altında bulunup, yere temas etmemektedir. Katater tespit yeri tahriş yönünden takip edilmektedir. Hastanın saatlik idrar takibi yapılıp, günlük perine bakımı sağlanmaktadır. Bakım ve diğer uygulamalarda el hijyeni sürdürülüp, aseptik tekniklere uygun bakım saplanmaktadır (Akyol, 2017; Özden, 2017).

Hasta sürekli enteral beslenmektedir. Hasta başı 30-45 derece yüksek pozisyonuna getirilmektedir. Her beslenmeden önce tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilmektedir. Gastrik rezidüel volüm ölçümü için kataterin distal ucuna yerleştirilmiş enjektöre sıvı geliyorsa ölçüm yapılmaktadır. Ölçüm 4 saatte bir tekrarlanır. Gelen miktar 150cc'den az ise gelen içerik mideye geri verilip, beslenmeye devam edilmektedir. Gelen miktar 150 cc'den fazla ise; bu durum daha önceki besinlerin sindirilemediğini göstermektedir. Bu nedenle içerik mideye geri verilmez, beslenme kesilmez, infüzyon hızı düşürülüp, rapor edilmektedir. Böyle durumda besin, miktarı ve beslenme hekim ile tekrardan görüşülmektedir. Gelen miktar 500 cc'den fazla ise enteral beslenme kesilmektedir. Hasta enteral beslenme komplikasyonları (distansiyon, kusma, aspirasyon, diyare, vb.) yönünden takip

edilmektedir. Enteral beslenme tüpü tıkanmaması için 4 saatte bir 30cc su ile yıkanıp, enteral beslenme seti ve torbaları 24 saatte bir değiştirilmektedir (Akyol, 2017).

Hava yolu açıklığını koruyamayan ve/veya gaz değişimini sürdüremeyen olgularda entübasyon ve mekanik ventilasyon desteği gerekmektedir. Akut solunum yetersizliği pH'ın 7.25 ve altında olması PaCO₂ değerinin 50mmHg ve üzerinde olması, ciddi hipoksemi veya PaO₂ değerinin 50mmHg ve altında olması şeklinde ifade edilmektedir. Hastada solunum yetmezliği gelişme nedeni pnömonidir. Spontan solunumu olmayan veya varolan yetersiz solunumu sedatif ya da nöromusküler bloker ilaçlar ile baskılanmış hastalar için kullanılan modlar kontrollü modlardır. Basınç kontrollü olabileceği gibi hacim kontrollüde olabilir veya her ikisi birlikte kullanılabilir. Hastamızda kullanılan mod SIMV (Eş zamanlı aralıklı zorunlu solunum)-VC (Volüm kontrollü) modudur. Hasta ve mekanik ventilatör uyumu, hastanın yardımcı solunum kaslarını kullanma durumu, ajitasyon belirtileri, karında paradoks hareketlerin varlığı gibi solunum zorluğu yaşadığını gösteren belirtiler yönünden takip edilmektedir. MV hemodinamik etkileri (pozitif basınçlı ventilasyon uygulandığında inspirasyon basıncı 30 cmH₂O kadar yükselebilir. Bu basınç artışı ile sağ atriya venöz dönüş azalır, kalp debisi düşer, kalp atım hızı artar, kan basıncı düşer, yaşamsal organlara giden kan miktarı azalır) yönünden hasta yakından takip edilip, barotravma ve volütravma riski içinde; tidal volüm, hava yolu basıncı, plato basıncı, kompliyansı ve rezistansı izlenmektedir (Türkmen, 2005).

Solunum desteğine gereksinimi olan hastalarda amaç bireyin oksijenasyon durumunu ve komplikasyonlar yönünden bireyi sürekli izlemektir. Bireyin genel görünümü, solunum hızı, akciğer sesleri, yaşam bulguları (vücut ısısı, arteriyel kan basıncı, kalp atım hızı), endotrakeal tüp cuff basıncı, uygulanma tarihi, ventilatör alarmları, limitlerinin uygunluğu, ventilatör bağlantıları, ventilatör üzerindeki göstergeler ve hastanın bu parametrelere uyumu, mekanik ventilasyonun olumsuz etkileri(kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, renal, nörolojik, psikolojik, enfeksiyon), ventilatöre bağlı hastanın yeterli oksijenasyon düzeyini gösteren SpO₂ (periferik oksijen saturasyonu), arteriyel kan gazları, SaO₂, (arteriyel oksijen saturasyonu), SvO₂ (miks venöz oksijen saturasyonu), EtCO₂ (end tidal karbondioksit düzeyi) gibi parametreler, ventilatör modu, frekans, inspire edilen oksijen fraksiyonu (FiO₂), tidal volümü (TV), dakika ventilasyon volümü (mV/L PEEP-pozitif end expiratuvar basınç) yakından takip edilip, kontrol edilmektedir. Trakea duvarında bulunan kapillerlerin perfüzyon basıncının 25 mmHg olduğu, bu nedenle balon basıncının 18-22 mmHg (24-30 cm H₂O) olarak sürdürülmesi için günde 2 kere ve her aspirasyondan sonra cuff basıncı, basınç manometresi ile takip edilmektedir. Ağız, dudak ve dilde tüpün basısı nedeniyle oluşabilecek travmaları önlemek amacıyla da her shiftte tespit bölgesinin değişimi sağlanmaktadır. Aspirasyon gereksinimi olup olmadığı (solunum ve kalp hızında artma, sesli ve hırıltılı solunum, rahatsızlık, huzursuzluk, ventilatörde yüksek basınç alarmı, entübasyon tüpünde mukus varlığı, solunum seslerinde azalma, terleme, arteriyel kan basıncında artma, oksijen saturasyonunda düşme vb) takip edilip ve LH order edilen aspirasyon steril koşullarda gerçekleştirilmektedir. Aspirasyondan önce de ventilatör ile 1-2 dk %100 O₂ uygulanmaktadır.

Hastanın koruyucu pozisyonların verilmesi sırasında; baş, boyun, bel, dizler ve dirsekler gibi vücut boşlukları yastıklarla desteklenip, bir organın yükünün diğerinin üzerine aktarılmasını önlemek için, 1-2 saatte bir ve pozisyon değişimi ve günde en az iki defa masaj ve eklemlere aktif pasif hareket yaptırılıp, sırtüstü, oturur ve yarı-oturur pozisyonlarda ayak tabanlarının ayak tahtası veya sert bir yastıkla desteklenip, bireyin konforu arttırılmaya çalışılmaktadır (Çelik, 2006; Türkmen, 2005).

Hastanın ateşi yükseldiği zaman kültür için kan alındı. Üzerine ince bir örtü örtüldü. Soğuk uygulama yapıldı. Hekim istemiyle antipiretik uygulandı. Hastanın sedatize olduğu için glaskow koma skala puanı değerlendirilememektedir. Hastanın ağrı değerlendirilmesinde davranışsal ağrı ölçeği kullanılmaktadır. Ağrı puanı 3'tür ve ağrı yönetimi için sürekli opioid infüzyonu yapılmaktadır. Doz hastanın ihtiyacına göre arttırılıp/azaltılmaktadır (Akyol, 2017).

Juguler veninde santral venöz katater (SVK) bulunan hastanın katater pansumanın şeffaf örtüsü yedi günde bir değiştirilmektedir. Kataterin giriş yerinden itibaren %2 KHG'nin ile 5-7,5 cm'lik alan dairesel steril spanç ile temizlenip, kuruması beklenerek üzerine şeffaf örtü yapıştırılıp, tarihi kayıt edilmektedir. İnfüzyon setleri sıvı için 96 saatte bir değiştirilmektedir (Özden, 2017; Şanlı & Sarıkaya, 2016).

Hastanın sosyal etkileşiminin olmaması, iletişime girememesi, duygusal yüklenme riskine bağlı alarm sesleri uygun düzeyde tutulup, en son kaybedilen duyunun işitme duyusu olduğu göz önünde bulundurulup hasta ile iletişim sürdürülürken, yapılacak işlemler hakkında bilgi verilip, teröpatik dokunma kullanılmaktadır.

SONUÇ: Sonuç olarak yoğun bakım ortamında hemşirelik bakımına gereksinimi olan hastalara kuramlara dayandırarak bakım sunulması hastanın gereksinimlerinin hızlıca tanınmasını, bakımın planlanıp, kanıtlara dayandırılarak girişimlerin sistematik bir şekilde uygulanmasına

KAYNAKÇA

1. Akyol, A. D. (2017). *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.
2. Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429.
3. Avdal, E. Ü. (2014). Orem'in Hemşirelik Öz Bakım Modeli. B. W. David Barrett içinde, *Bakımın Planlanması Hemşire ve hemşire öğrenciler için rehber* (C. Ö. Hülya Okumuş, Çev., s. 62-73). Ankara: Palme Yayıncılık.
4. Avdal, E., & Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi.
5. Ay, F. A. (2013). Kuram Nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. F. A. Ay (Ed.) içinde, *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler* (s. 28-50). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
6. Çelik, S. (2006). Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 19-25.
7. Eyüboğlu, C., Şişli, Z., & Kartal, M. (2012). Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. *Turkish Family Physician*, 3(1), 18-22.

8. Friedlander, A. H., Norman, D. C., Mahler, M. E., Norman, K. M., & Yagiela, J. A. (2006). Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, 137(9), 1240-1251.
9. Ilgar, L, Ilgar, Ş. (2012). Yaşlılık Dönemi ve Yaşlının Gelişim Görevleri. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 4 (1), 147-156. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/iuhayefd/issue/8786/109863>
10. Karadakovan, A. (2017). Sınır Sistemi. F. E. Ayfer Karadakovan (Ed.) içinde, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (Cilt Cilt 2, s. 1101-1197). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
11. Orem D.E., (2001). Self-care deficit theory of nursing:concepts and applications (7 ed. pp.99-135). USA: DennisCM Mosby-Year Book Inc.
12. Özkay, Ü. D., Öztürk, Y., & Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 35-42.
13. Özden,D., Arslan,G., (2017). *Santral Venöz Katater Bakımı ve Kan Alma*. İzmir: O'Tıp Kitabevi ve Yayıncılık.
14. Özkayar, N., & Arıoğul, S. (2007). Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 18-26.
15. Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International. *Alzheimer's Disease International (ADI), London*.
16. Suresh, P., Mercieca,E., Morton, A., Tullo, AB. (2000). Eye care for the critically ill. *Intensive care Med*, 26(2),162-166.
17. Şahin, H. A. (2009). Alzheimer Hastalığı'nın Klinik Belirtileri ve Seyri. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 2(1), 31-35.-
18. Şanlı, D, Sarıkaya, A . (2016). Santral Venöz Kateterde Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20 (2), 84-97. <http://dergipark.gov.tr/ybhd/issue/27366/307273>
19. Türkmen, E. (2005). İnvazif Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastanın Bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2), 22-29.
20. Yeşil, Y., Cankurtaran, M., & Kuyumcu, M. E. (2012). Polifarmasi. *Klinik Gelişim*, 25(3), 18-23.

Bildiri No: S-98

ONKOLOJİ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ

Melike Demir Doğan¹, Aylın Aydın Sayılan²

¹Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gümüşhane

²Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Kırklareli

GİRİŞ: Kanser erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması, birey ve ailenin yaşam kalitesini azaltmaktadır (1). Semptom yönetimi ve yaşam kalitesi sağlık çalışanlarının bu hastalarla ilgili çalışmalarında önemli konulardır. Nitekim bu semptomlar, baş etme stratejileri ve sosyal desteğin durumu yaşam kalitesini etkiler (2).

Kişilerin hastalığı nasıl algıladıkları hastalıkla baş etmek için seçecekleri baş etme mekanizmalarını etkiler. Teorik olarak, hastalık algıları, bireylerin seçtiği başa çıkma stratejileri için bir çerçeve gibi davranır (3). Bireyler hastalığa ve tedavisine ilişkin kendi algılarını, sağlık profesyonelleri, aile/arkadaşlar ve medyadan gelen bilgilere ve hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlerine dayanarak geliştirirler (4).

Bireyler tarafından algılanan sosyal destek ise sosyal ağ üyelerince sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum olarak değerlendirilmektedir (5). Sosyal destek birçok fiziksel ve psikolojik hastalığın başlangıcı, gelişimi ve süresi üzerinde etkilidir (6,7). Ayrıca tedavi sonrası uyumu kolaylaştırmakta ve iyileşmenin fizyolojik mekanizmasını etkilemektedir (8).

Yapılan bir çalışmada sosyal desteğin erkek ve bayan kanser hastalarında yaşam kalitesi anlamlı bir şekilde etkilediği ifade edilmektedir (9). Araştırmalar, genel popülasyona kıyasla kanser hastalarının önemli bir kısmında kanser tedavisi bittikten sonraki yıllar boyunca fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin azaldığını göstermiştir (10,11). Bu nedenle kanser hastalarında algılanan sosyal destek, hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bu çalışma planlandı.

YÖNTEM: Çalışmanın verileri Kırklareli Devlet Hastanesi İç Hastalığı Klinikleri ve Onkoloji Kliniği ile Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nden toplandı. Bu çalışma da örnekleme yöntemine gidilmeden Mart 2018 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında iletişim problemi bulunmayan, 18 yaş üstü, çalışmaya katılmayı kabul eden onkoloji hastalarından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veri toplandı. Çalışmanın örneklemini 186 kişi oluşturdu. Veriler kişisel bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ) kullanılarak toplandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 61,37±14,89 olup, hastaların %54,3'ünü erkek hastalar oluşturdu. Hastaların büyük çoğunluğu evli olup, yarıya yakını emekliydi (%45).

Hastaların büyük çoğunluğu gelir durumunu orta düzey olarak bildirdi. Hastaların %23,1'i akciğer kanseri, %12,4'ü meme kanseri, %12,9'u mide+özefagus kanseri, %12,9'u kolon+rektum kanseri tanısıyla tedavi görmekteydi. Evli hastaların sosyal destek düzeylerinin bekarlara göre daha iyi olduğu bulundu ($t=2,129$; $p=0,035$). Hastalık algısı ölçeği ile yaşam kalitesi toplam puanı ($r= - 0,163$; $p=0,026$), fiziksel iyilik hali ($r= - 0,224$; $p=0,002$) ve sosyal iyilik hali ($r= - 0,199$; $p=0,006$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı.

TARTIŞMA: Kanser, yaygın olarak görülmekte olan, prevelansı her geçen gün artan ve ölüme neden olan bir hastalıktır (12). Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; bireyin; fiziksel, emosyonel, sosyoekonomik dengesini bozmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (13). Kanserli bireyler hastalık sürecinde hem ailelerinin hem de sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Bu nedenle kanserli hastalara, tedavi süreci ve sonrasında sosyal destek sağlayan girişimlerde bulunmak son derece önemlidir.

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir (14). Sosyal destek, özellikle bireylerin, iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta, yaşam sürelerini uzatabilmektedir. Toussaint ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, sosyal destek görmeyen kanserli hastaların kötümserlik eğilimleri olduğu, sık sık kendilerini suçladıkları ve dış ortamdan kendilerini soyutlama ve intihar hislerinin yoğun olduğu belirtilmektedir (15). Yine literatürde, aile üyelerinin yaşam boyu birey için en önemli kişisel destek kaynağı olduğu; özellikle eşten alınan desteğin diğer sosyal destek kaynaklarına oranla ayrı bir önem taşıdığı, yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (16). Çalışmamızda, evli hastaların sosyal destek düzeylerinin bekarlara göre daha iyi olduğu görüldü. Bu sonuç doğrultusunda evlilik bağının sosyal desteği de beraberinde getirdiği, hastalar için önemli olduğu düşünülebilir.

Son yıllarda önem kazanan hastalık algısı kavramı özellikle kanser gibi kronik hastalıkları anlamada ve bu kişilere doğru psikiyatrik ve psikolojik tedavi uygulamada oldukça önemli olan bir kavram olarak nitelendirilmektedir. Hastalık algısının, özellikle; şok, tükenmişlik, çaresizlik ve ölüm korkusunun daha yoğun yaşandığı kanser hastaları için kritik bir anlamı taşıdığı bilinmektedir (17).

Kanser tanısı olan ve olmayan 300 hasta bireyle yapılan bir çalışmada, hastalık algısı düşük olan kanserli hastaların, kanser olmayan hastalara oranla iyileşmeye olan inançlarının daha pozitif olduğu; özellikle erken tanılanan kanserin daha hızlı iyileşeceğini bildirdikleri vurgulanmaktadır (18). Hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, hastalık algısı düşük olan bireylerin, fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali ile yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir (19). Camara ve ark.nın yumurtalık kanseri olan kadınlar ve eşlerindeki psikolojik değişimlerin yaşam kalitelerine etkisini inceledikleri çalışmada da, düşük hastalık algısının, fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini olumlu yönde etkilediği; sonucunda anksiyete ve depresyonun daha az deneyimlendiği ve yaşam kalitelerinin olumlu yönde değiştiği bildirilmektedir

(20). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde hastalık algısı azaldıkça, yaşam kalitesinin, fiziksel ve sosyal iyilik halinin arttığı görüldü.

SONUÇ: Hastaların sosyal destek düzeyinin ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görüldü. Evlilerin bekarlara göre sosyal destek düzeyi yüksek olup, ameliyat olanların olmayanlara göre sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların yaşam kalitesi, fiziksel iyilik hali ve sosyal iyilik hali artarken hastalık algılarının düştüğü görüldü.

KAYNAKLAR

1. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne: 2009.
2. Hoench I, Bergman B, Gustafsson M, Gaston-Johansson F, Danielson E. The Impact of Symptoms, Coping Capacity, and Social Support on Quality of Life Experience Over Time in Patients with Lung Cancer *J Pain Symptom Manage* 2007;34:370-379
3. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology* 24: 11–18 (2015)
4. Figueiras MJ, Alves NC. Lay perceptions of serious illnesses: an adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychol Health* 2007;22(2):143–158.
5. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2008; 23(3): 132-9.
6. Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs*, 35, 229-35.
7. Thornton LM, Levin AO, Dorfman CS, et al (2013). Emotions and social relationships for breast and gynecologic patients: a qualitative study of coping with recurrence. *Psychooncology* 2014; 23(4):382-9
8. Penedo FJ, Traeger L, Benedict C, Thomas G, Dahn RJ, Krause MH, Goodwin J. Perceived Social Support as a Predictor of Disease-Specific Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients. *J Support Oncol*. 2012; 10(3) 119-23.
9. Westby R.P, Berg C.J, Leach C. Gender, race, BMI, and social support in relation to the health-related quality of life of cancer survivors: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors II (SCS-II). *Qual Life Res* (2016) 25:409–421
10. Kattlove, H., & Winn, R. J. (2003). Ongoing care of patients after primary treatment for their cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 53(3), 172–196.
11. Sunga, A. Y., Eberl, M. M., Oeffinger, K. C., Hudson, M. M., & Mahoney, M. C. (2005). Care of cancer survivors. *American Family Physician*, 71(4), 699–706.
12. Hamilton, J., Kroska, E.B. (2018). Distress Predicts of Utilization of Psychosocial Health Services in Oncology Patients. *Psychooncology*. 2018 Oct 4. doi: 10.1002/pon.4910.
13. Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I., Özyılkan, Ö. (2008). Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2(18): 99-106.
14. Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10:63-8.
15. Toussaint, L., Barry, M., Bornfriend, L., Markman, M. (2014). Restore: the journey toward self-forgiveness: a randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers. *J Health Care Chaplain*, 20(2):54-74.

16. You, J., Lu, Q. (2014). Sources of social support and adjustment among Chinese cancer survivors: gender and age differences. *Support Care Cancer*, 22(3):697-704.
17. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10:192-200.
18. Braz, I.F.L., Gomes, R.A.D., Azevedo, M.S., Alves, F.D.C.M., Seabra, D.S., Lima, F.P., Pereira, J.D.S. (2018). Analysis of cancer perception by elderly people. *Einstein (Sao Paulo)*. 16(2):eAO4155. doi: 10.1590/S1679-45082018AO4155.
19. Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*. 2018 Oct 3;13(10):e0204044. doi: 10.1371/journal.pone.0204044. eCollection 2018.
20. Camara, C., Caroline Vos, M., de Rooij, B.H., Pijnenborg, J.M.A., Boll, D., van de Poll-Franse, L.V., Ezendam, N.P.M. (2018). The role of positive psychological changes in anxiety and depression of patients with ovarian tumors and their partners: an observational study from the population-based PROFILES registry. *Support Care Cancer*, doi: 10.1007/s00520-018-4327-6.

Bildiri No: S-99

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA VANKOMİSİNE DİRENÇLİ ENTEREKOKLAR VE ALINAN ÖNLEMLERİN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Elvan Kutkan¹, Sıdıka Oğuz²

1 Sultan Abdulhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

2 Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: VRE kolonizasyon ve enfeksiyonları hastaneler açısından dikkate değer bir sorun teşkil etmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde VRE kolonizasyonunun daha sık görülmesini etkileyen faktörler; uzun süreli hasta yatışları, uzun süreli antibiyotik kullanımı ve bu ünitelerde invaziv girişimlerin fazla olmasıdır. Risk grubuna bakıldığında ise, gastrointestinal sisteminde VRE kolonizasyonu olan hastalar önemli bir grubu oluşturmaktadır. Bu hastalardan gelişleri ve risk grubunda olmaları durumunda sürveyans kültürlerinin etkin ve devamlı yapılması asemptomatik taşıyıcılığın tespit edilmesine ve dolayısı ile hastaya ve ortama yaklaşımda, takibinde izolasyon önlemlerinin etkin uygulanmasına ve ortaya çıkabilecek çoğul dirençli bir mikroorganizmayı erdike etmekte başarılı sonuçlara ulaşılmasını sağlamaktadır (Alp ve Çetinkaya 2008). Bu amaçla bu ünitelere yatan hastaların rektal sürüntü örneklerinin alınması önerilmektedir (Aktaş, 2009).

Hastane ortamında VRE, hastaların transferi ya da uygulanan işlemler sonucunda kolaylıkla yayılabilmektedir. Bu nedenle erken tespiti sonucunda uygulanan hasta izolasyonu, temas izolasyon önlemleri, eğitim çalışması ve tarama kültürlerinin devamı büyük önem taşımaktadır (Aktaş, 2009).

Bu araştırma VRE kolonizasyonun taranması ve risk faktörlerinin araştırılması, ortaya çıkan kolonizasyon, enfeksiyon durumlarının takibi ve alınan önlemlerin uygulanması ile ilgili olarak mevcut durumun ortaya konması amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma 01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında İstanbul'da bir eğitim hastanesi yoğun bakım ünitelerinde yatan toplam 2013 hastanın VRE kolonizasyonu ve/veya enfeksiyonu olanlar alınarak yapıldı. Veri kaynağını enfeksiyon kontrol komitesinin sürveyans kayıtları oluşturdu. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, frekans, ortalama ve Pearson kare kullanıldı.

BULGULAR: Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan 1250 hastadan rektal sürüntü örneği gönderilmiş ve bunların 61' inde (%4,9) vankomisin direncine rektal kolonizasyon saptandı. VRE kolonizasyonun aylar açısından değerlendirilmesi incelendiğinde Ocak, Mayıs ve Temmuz aylarında yüksek oranda görüldüğü bulundu. Kolonize VRE için anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, İnvaziv VRE için anlamlı bir farklılık bulundu. Yapılan birçok çalışmada genellikle mevsimsel bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Vankomisin Dirençli Enterekokların kolonize olduğu hasta grubunun özellikleri incelendiğinde ileri yaş önemli risk faktörü oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda Vankomisin dirençli enterekokların kolonizasyon ve enfeksiyonları yaş dağılımı yönünden incelendiğinde ileri yaş grubunda anlamlı bir artış olduğu bulundu. Çalışmamızda hastaların apache skor

değerlerinin oldukça yüksek olduğu bulundu. Hastaların yüksek apache skorunun olması; yoğun bakım ünitelerinde takip edilmeleri, geniş spektrumlu birçok antibiyoterapi kullanılmış olmaları gibi bir çok risk faktörünü sahip olmaları ile ilişkilidir. Hastaların yüksek apache skoru kolonize VRE için anlamlı olmasada, invaziv VRE için anlamlı olduğu bulundu. Vankomisin dirençli enterekok kolonizasyon ve enfeksiyonu bulunan hastalarla hastane enfeksiyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu bulundu. Güldemir ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hastane kaynaklı enfeksiyona neden olan enterekok suşları incelendiğinde çapraz bulaşın yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Güldemir, 2015). Vankomisine dirençli enterekok kolonize ve invaze hastalar değerlendirildiğinde; yüksek oranda önceden antibiyotik kullanım ve önceden hastaneye yatış öyküsü olduğu ve eşlik eden bir komorbid hastalığı olduğu sonuçları bulundu. Eşlik eden hastalıkların bulunmasının VRE ile ilişkilendirilmesinde anlamlı bir sonuçla karşılaşıldı. Prospektif ve çok merkezli olarak Vergis ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir başka çalışmada APACHE II skoru ve vankomisin direnci ve mortalite arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Vergis ve ark., 2001). İnvaziv VRE enfeksiyonlarının gelişimine katkı sağlayan birçok risk faktörü komorbid hastalık, yoğun antibiyoterapi tanımlandı. Handwerger ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun vankomisin kullanımının risk faktörü olduğu, Bhavnani ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan başka bir çalışmada HIV pozitifliğinin bulunması, parenteral vankomisin kullanımı, karaciğer transplantasyon hikayesi ve yüksek APACHE II skoru VRE bakteriyemisi ile ilişkili bulunmuştur (Bhavni et al., 2000). Vankomisin dirençli enterekok bulunan hastalarda eşzamanlı farklı mikroorganizmalarında ürediği sonucu bulundu. VRE kolonize ve enfekte hastalarda yüksek oranda acinetobacter ve düşük oranda diğer mikroorganizmalarında (*Pseudomonas aeruginosa*, MRSA, MRKNS vb.) ürediği bulundu. Baum ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada invaziv VRE gelişen olgularda MRSA bakteriyemisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Baum ve ark, 2008). Lai ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir başka çalışma göz önüne alındığında özellikle geniş spektrumlu antibiyotikler ve bunların uzun süreli kullanımları VRE enfeksiyonları için önem taşımaktadır sonuçları bulunmuştur. Vankomisine dirençli enterekok bulunan hastalarda farklı birçok antibiyotik kullanımı olduğu bulundu. Kolonize VRE bulunan hastalarda vankomisin kullanımı, antifungal tedavi alması ve kolimisin tedavisi uygulanması arasında bir ilişki olduğu saptandı. Çalışmamızda VRE ve Hastane Enfeksiyonu arasındaki dağılım incelendiğinde anlamlı bir ilişki ortaya kondu. VRE olan hastaların %43,7'sinde hastane enfeksiyonu gelişmiştir. Vankomisin dirençli enterekok kolonizasyonu invaziv VRE enfeksiyonlarının gelişimi açısından ciddi önem taşımaktadır. Çalışmamızda VRE kolonizasyonunun VRE enfeksiyonu gelişiminde anlamlı bir katkı sağladığı sonucuna varıldı. Oliver ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da kolonizasyonun enfeksiyon açısından risk oluşturduğu ve hastaların hem kendileri hemde diğer hastalar açısından ciddi bir tehdit oluşturduğu sonucu bulunmuştur (Oliver ve ark., 2008). İnvaziv VRE için değerlendirme yapıldığında en çok üriner sistem enfeksiyonlarında erdike edildiği bulundu. Üriner kataterizyon ve VRE enfeksiyonlarının üriner sistem üzerinde yoğunlaşması farklı çalışmalarda da gösterilmiştir.

VRE kolonizasyonunda risk faktörleri; VRE enfeksiyonu olması (p=,001), Apache skoru'nun 25'ten yüksek olması (p=,006), hastane enfeksiyonu olması (p=,044), eşlik eden hastalık varlığı (p=,002) ve vankomisin kullanımı (p=,001) tespit edildi. İnvaziv VRE için eşlik eden hastalık (p=,003), *Acinetobacter spp.* varlığı (p=,017), daptomisin kullanımı (p=,003)'nün olduğu bulundu. İnvaziv VRE suşlarında yüksek antibiyotik direncine karşılık Linezolid direnci olmadığı ve %50 oranında idrarda izole edildiği belirlendi. VRE' li hastaların %100'ünde özel derece kullanıldığı, kohort yapıldığı, %70,6'sında geliş sürüntüsü alınmadığı, %70,3'ünün özel odaya alınmadığı, %40,6'sının birebir hemşire bakımı uygulandığı bulundu.

SONUÇ: VRE kolonizasyonu ve enfeksiyonları hastane ortamında ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. İleri yaş grubu, apache skoru yüksekliği, vankomisin kullanım öyküsü, yoğun bakım ünitelerinde yatış, yoğun antibiyotik kullanımı, hastane enfeksiyonu gelişmiş olması, komorbid hastalıkların varlığı, invaziv girişimlerin fazlalığı, üriner kateterizasyon uygulamasının olması risk grubunu oluşturmaktadır. Risk faktörü bulunan hastalarda tanımlama yapılmalı ve önlemler, eğitim ve aktif sürveyansın düzenli yapılması önerilmektedir.

VRE kolonizasyonu bulunan hastalarda invaziv VRE enfeksiyonunun gelişme olasılığı yüksektir. VRE kolonizasyonu bulunan hastalarda izolasyon önlemlerinin etkin uygulanması önerilmektedir.

Bu hastaların %70,6'sında geliş sürüntüsü alınmadığı, %70,3'ünün özel odaya alınmadığı, %40,6' sının birebir hemşire bakımı uygulandığı bulundu. İzolasyon önlemleri ve sürveyans kültürlerinin yapılması, etkin el hijyeni uygulaması tüm enfeksiyon kontrol uygulamalarının azaltmada etkili olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akalın H.E. (2002). Hospital infection control programs. Surgical Infections. In: Geroulanos S (ed). CMP, Clinical Monograph Series: 27-32.
2. Aktaş G., Derbentli Ş. (2009). Vankomisine dirençli Enterokokların Önemi ve epidemiyolojik özellikleri, İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal Of Infection), 23 (4), 201-209.
3. Alp Ş., Çetinkaya Ş.Y. (2008). Vankomisine dirençli enterokokların epidemiyolojisi ve kontrolü, Hacettepe Tıp Dergisi, 39, 89-95.
4. Arıcan K. (2011). Yoğun Bakım Ünitelerinde Vankomisin Dirençli Enterekokların Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul
5. Bonten M. J., Slaughter S., Ambergen A. W., Hayden M. K., van Voorhis J., Nathan C., et al. (1998). The role of "colonization pressure" in the spread of vancomycin-resistant enterococci: an important infection control variable. JAMA Internal Medicine, 158(10),1127-1132.
6. Boyce J.M., Opal S.M., Chow J.W. et al. (1994). Outbreak of multidrugresistant *Enterococcus faecium* with transferable vanB class vancomycin resistance. J Clin Microbiol, 32,1148-53.
7. Boyle J.F., Soumakis A.R., Herrington D.C., Gianarkis D.G., Thurberg B.E., Painter B.F. (1993). Epidemiologic analysis and genotypic characterization of a nosocomial outbreak of vancomycin-resistant enterococci. J Clin Microbiol, 31, 1280-5.
8. Centers for Disease Control and Prevention Hospital Infection Program. (On-line) <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/nnis> 14 November 2000, date last accessed.

9. Centers for Disease Control and Prevention: Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Infect Control Hosp Epidemiol 1995, 16,105-13.
10. Ceryan N., Ülkar G.B., Gürbüz O.A., Apaydın N., Oskovi H., Mert A. Enterokoklarda glikopeptid direnci [Özet]. In: Cengiz AT, Erdem B, Dolapçı G, Tekeli FA, eds. XXIX. Türk Mikrobiyoloji Kongresi (8-13 Ekim 2000, Antalya) Program ve Özet Kitabı. İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti & Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, 2000: 380.
11. Cetinkaya Y., Falk P., Mayhall C.G. (2000) .Clinical Microbiology Reviews, 13, (4), 686-707.
12. Çaylan R. (2006). Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Genel Önlemler. Yoğun Bakım Dergisi, 8-10.
13. Çelebi G., Öztoprak N., Külah C., Barunönü F., Demiroğlu Y. (2011). Nozokomiyal VRE Salgınının Başarılı Bir Şekilde Kontrolü: Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin Deneyimleri Yoğun Bakım Derg, 2, 44-8.
14. Çetinkaya Y., Zarakolu P., Altun B, Kaya G, Yıldırım A, Ünal S. (2004) Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde sürveyans programı kapsamında izole edilen VRE'lerin epidemiyolojik özellikleri. XXXI. Türk Mikrobiyoloji Kongresi, Kongre kitabı,, 263
15. Yüceer S., Güler Demir S. (2009). Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları; Dicle Tıp Dergisi, 36(3), 226-232.
16. Doğanay M. (2006). Hastane Enfeksiyonlarının Tarihsel Gelişimi. Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı. Türkyılmaz R., Dokuzoğuz B., Akdeniz S. Hastane İnfeksiyonları Derneği Yayını No:2, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi : 13-17.
17. Karanfil L.V., Murpy M., Josephans A. et al. (1992). Controlling vankomycin-resistant Enterococcus faecium in an intensive care unit. Infect Control Hosp Epidemiol, 13,195-200.
18. Kaya K., Çalkavur Ş., Olukman Ö., Ercan G., Oruç Y., Özkök D., Okur D., Gülfidan G., Devrim İ., Atlıhan F.(2012) Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde vankomisine dirençli enterokok kolonizasyonu yönetimi: Bir salgından çıkarılan dersler, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 2(3),148-153.
19. Kaye D.(1982) Enterococci. Biologic and epidemiologic characteristics and in vitro susceptibility. Arch. Intern. Med, 142, 2006-9.
20. Kılıc A., Bedir O., Tunç T., Beşirbellioğlu B., Eyigün C.P., Başustaoğlu A.C. (2009) Bir eğitim hastanesinin çocuk kliniğinde *vanA* genotip *Enterococcus faecium* salgını. Mikrobiyol Bul, 43(3), 365-72.
21. Landman D., Quale J.M., Oydna E, Willey B. et al. (1996). Comparison of selective media for identifying fecal carriage of vancomycin-resistant enterococci. J. Clin. Microbiol,34, 751-752.
22. Leavis H.,Top J., Shankar N., Borgen K., Bonten M., Embden J., Willems R.J.L., (2004). A Novel Putative Enterococcol Pathogeneticity Island Linked to the esp Virulence Gene of Enterococcus faecium and Associated with epidemicty, Journal of Bacteriology, 672-682.
23. Leblebicioğlu H., Rosenthal V.D., Arıkan Ö.A. et al. (2007). Device-associated hospital-acquired infection rates in Turkish intensive care units. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). J Hosp Infect, 251-7.
24. Dikici N., Korkmaz F., Dağlı D., Genç Ö., Ural G. (2009). Nosocomial Infections in Intensive Care Units, Konya Numune Hospital: Three-year Experience. İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection), 23 (4), 163-167.
25. Nolan S.M., Gerber J.S., Zaoutis T. et al. (2009). Outbreak of vancomycin-resistant enterococcus colonization among pediatric oncology patients. Infect Control Hosp Epidemiol, 30(4), 338-45.
26. Novais C., Coque T.M., Ferreira H., Souse J.C., Peixe L. (2005). Environmental Contamination with Vancomycin-Resistant Enterococci from Hospital Sewage in Portugal Applied and Environmental Microbiology,3364-3368.

27. O'Donovan C.A., Fan-Havard P., Tecson-Tumang F.T., Smith S.M., Eng R.H. (1994). Enteric eradication of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* with oral bacitracin. *Diagn Microbiol Infect Dis*,18,105-9.
28. Olivier C.N., Blake R.K., Steed L.L., Salgado C.D. (2008). Risk of vancomycin-resistant *Enterococcus* (VRE) bloodstream infection among patients colonized with VRE. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 29, 404-409.
29. Ostrowsky B.E., Venkataraman L., D'Agata E.M., Gold H.S., DeGirolami P.C., Samore M.H.(1999). Vancomycin-resistant enterococci in intensive care units: high frequency of stool carriage during a non-outbreak period. *Arch Intern Med*,159,1467-72.
30. Rosenthal V.D., Maki D.G., Salomao R., Moreno C.A., Mehta Y, Higuera F., al.(2006). Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. *Ann Intern Med*,145, 582- 91.
31. Sayiner HS. Hastanemizde srveyansla saptanan VDE'lerin dağılımları, antibiyotik duyarlılıkları ve kolonize hastalarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul, 2008
32. Slaughter S., Hayden M.K., Nathan C. et al.(1996). A comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit. *Ann Intern Med*, 125, 448-56.
33. Tao, S., J.W. Bubolz, B.C. do Amaral, I.M. Thompson, M.J. Hayen, S.EJohnson and G.E. Dahl .(2011). Effect of heat stress during the dry period on mammary gland development. *J. Dairy Sci*, 94, 5976-5986.
34. Vergis E.N., Hayden M.K., Choe J.W. et al.(2001). Determinants of vancomycin resistance and mortality rates in enterococcal bacteremia. *Ann Intern Med*, 135(7), 484-92.
35. Warren D.K., Kollef M.H., Seiler S.M. et al.(2003). The epidemiology of vancomycin-resistant *Enterococcus* colonization in the medical intensivecare unit. *Infect. Control Hosp. Epidemiol*,24,257-63.
36. Yalçın A.N.(2009). Yoğun bakım ünitesinde antibiyotik kullanımı ve direnç sorununa genel bakış, *ANKEM Derg*,23(Ek2),136-42.
37. Yenilmez E., lçay A, Görenek L., Diktaş H.(2015). Yoğun Bakım nitelerinde Gelişen Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonların Güncel Tanımları, *J Clin Anal Med*.,6(3), 401-4.
38. Yiş R., Aslan S., Çıtak Ç., Değerimenci S. Gaziantep Çocuk Hastanesinde vankomisine dirençli enterokok kolonizasyonunun değerlendirilmesi. Poster. XXXIV. Türk Mikrobiyoloji Kongresi. 07-11 Kasım 2010, Kıbrıs.
39. Zaas A.K., Song X., Tucker P., Perl T.M.(2002). Risk factors for development of vancomycin-resistant enterococcal bloodstream infections in patient with 50 cancer who colonized with vancomycin-resistant enterococci, *Clin.Infect. Dis*,35,1139-46.

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIVI KONTROLÜ İLE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ayyuş Gebel

Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik hastalıklar içerisinde yer alan kronik böbrek yetmezliği (KBY), giderek artan sıklığı, yol açtığı morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi ve tedavisi için gereken renal replasman tedavileri (RRT)'nin yüksek maliyeti nedeni ile toplumsal yükü fazla olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). 2015 yılında Türkiye’de RRT gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 935.4 olarak saptanmıştır (bu sayıya çocuk hastalar dahildir). Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısı (SDBY) 2015 yılı sonu itibarıyla 56,951 olup tedavi seçenekleri hemodiyaliz (HD), periton diyalizi ve transplantasyondur (2).

Hemodiyaliz tedavisinde hastalar en çok sıvı kontrolüne uyumda sorun yaşamaktadır (3). Bu nedenle hastaların sıvı kısıtlamasının önemini bilmeleri ve bu konuda bilgilendirilmesi gerekir. Çünkü hastaların davranışlarında değişikliğe gitmesi, tedaviye uyumu artırarak yaşam doyumuna ulaşmasını sağlayacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı olarak bu araştırma 2018 Şubat ve 2018 Haziran ayları arasında Gaziantep ilinde bulunan özel hemodiyaliz merkezlerinde ayaktan tedavi gören 300 hemodiyaliz hastası ile yapıldı. Araştırmaya, Gaziantep ilinde KBY tanısı konmuş, iletişim engeli olmayan, hemodiyaliz tedavisi gören 18 yaş üzerindeki hastalar dahil edildi. Araştırmada örneklem sayısı Power analizi kullanılarak belirlendi. Bu analize göre (2017 yılının 8. ayının sonu itibarı ile Gaziantep’te toplam hasta sayısı/evren: 1342) güvenilirliği %95 alınarak, örneklem sayısı 299 olarak saptandı ve 300 hasta çalışma kapsamına alındı. Veri toplamada;

1-Sosyo- demografik özellikler

2-Sıvı kontrol ölçeği

3- Yaşam doyum ölçeği, kullanılmıştır.

Sıvı kontrol ölçeği, hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçen yüksek düzeyde geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracıdır. Ölçekten alınan en düşük puan 24 en yüksek puan 72’dir. Alınan puan arttıkça hastaların sıvı kontrolüne uyumu da artmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 9 soru ters yönde puan almaktadır.

Yaşam doyum ölçeği, Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş 5 maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde 1 ile 7 arasında puanlanmakta olup, toplam puan 5-35 arasında değişmektedir. Alınan puan yükseldikçe kişinin yaşam doyumunu yükselmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde Ki-Kare, Student t, One Way Anova, Kruskal Wallis, Mann Whitnay testleri kullanıldı.

BULGULAR: Katılımcıların % 48,3'ünün kadın % 51,7'sinin erkek olduğu, % 71.9 gibi büyük bir oranının 56 yaş üzerinde olduğu saptandı. Hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin bulguları incelendiğinde % 50,3'üne 1-5 yıl arasında tanı konulduğu, kronik böbrek yetmezliğine neden olan primer hastalıklarının % 41,7 ile diyabet, % 28, 3 ile hipertansiyon olduğu, % 47,7'sinin 0-3 yıl içerisinde hemodiyaliz tedavisine başladığı, % 82,7'sinin haftada üç seans hemodiyaliz tedavisi aldığı, % 84'ünün arteriovenöz vasküler girişim yolunun arterio venöz fistül olduğu ve 67,3'ünün transplantasyon beklediği saptandı. İki diyaliz seansı arasında en fazla ne kadar sıvı almaları gerektiğini bilen hastaların oranının % 92,3 olduğu ve % 72'sinin bu kısıtlamaya uymakta güçlük çektiğini ifade ettiği görüldü.

Sıvı kontrolünün yaşam doyumuna olan etkisinin araştırıldığı bu çalışmada yapılan pearson korelasyon testiyle sıvı kontrolü ile yaşam doyumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$).

Bilgi, davranış ve tutum alt bölümlerinden oluşan sıvı kontrol ölçeğinin cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda bilgi ve tutum puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($P>0,05$), davranış puanıyla cinsiyet arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($P<0,05$). Sıvı kontrol ölçeği davranış puan ortalamasının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Yaşam doyum ölçeğinin cinsiyete ve medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($P>0,05$).

Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği puanlarının katılımcıların evde bakımı ile ilgilenilme durumuna göre karşılaştırıldığında, Sıvı kontrol ölçeği puanları evde bakımı ile ilgilenilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($P<0,05$), Evde bakımı ile ilgilenilen katılımcıların sıvı kontrol ölçeği ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Ölçeğin bilgi alt bölümünün aynı değişkenle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($P<0,05$).

Yaşam Doyum Ölçeği ve Sıvı Kontrol Ölçeği puanlarının katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonucunda yaşam doyum ölçeği ve sıvı kontrol ölçeği puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği gözlemlendi ($P>0,05$).

Yaşam doyum ölçeği puanları katılımcıların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($P<0,05$), gelir gidere göre yüksek diyen katılımcıların yaşam doyum ölçeği ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu gözlenirken, sıvı kontrol ölçeğinin aynı değişkenlere göre değerlendirilmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptandı ($P>0,05$).

Sıvı kontrol ölçeğinin davranış alt bölümü puanlarının gelir durumuna karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu gözlemlendi ($P<0,05$). Katılımcılardan gelir gidere göre az diyenlerin davranış puanı ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu saptandı.

Sıvı kontrol ölçeği bilgi, davranış ve tutum puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonrasında bilgi puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ($P<0,05$), öğrenim düzeyi arttıkça sıvı kontrol ölçeği bilgi ortalamalarının azaldığı belirlendi.

TARTIŞMA: Evde bakımıyla ilgilenen ve yardımcısı olan hastaların sıvı kontrol ölçeği ortalamasının ve aynı ölçeğin bilgi düzeyi alt bölümünün yüksek çıkması, yardımcıların sıvı kısıtlamasında ve hemodiyaliz tedavisinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Evde bakımıyla ilgilenecek bir yardımcısı olmayan hastaların yardımcı bulmaya özendirilmesi sıvı kısıtlamasına uymada önemli bir adım olarak düşünülebilir.

Sıvı kontrol ölçeği davranış düzeyinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ortalamanın erkeklerde yüksek çıkması kadınlara eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Öğrenim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeyinin azalması dikkat çekici bir bulgudur. Eğitim seviyesi düşük olanların bilgiye erişim ve bilgiyi kullanabilme yeterliliğinin, eğitim seviyesi yüksek olanlara göre düşük olması ihtimali göz önünde bulundurulduğunda, sıvı kontrol ölçeği bilgi seviyesinin yüksek çıkması, hastaların kendilerine gerek sağlık personeli, gerek evde bakımıyla ilgilenen kişiler tarafından verilen eğitimi özümsemiği gibi ihtimalleri akla getirirse de bu nedenleri ortaya koyacak ayrı bir araştırma daha aydınlatıcı olacaktır. Zira literatürde bu bulguyu destekleyecek bir çalışma bulunmamaktadır.

SONUÇ: Bu araştırmayla ilgili elde edilen en önemli sonuç, kronik böbrek yetmezliği olan ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tedavilerine ilişkin en önemli faktör olan sıvı kısıtlamasıyla yaşam doyumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmamasıdır.

Anahtar kelimeler: *Sıvı kontrolü, Yaşam doyumunu, Hemşirelik*

KAYNAKLAR

1. Oflaz F. Varol H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. 2010, S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, s. 17(1)/1-7.
2. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2015 Registry. (<http://www.tsn.org.tr/index.php?cat=26> Erişim tarihi: 20.10.2018). Ankara : TND, 2016.
3. LINDBERG, MAGNUS. Excessive Fluid Overload Among Haemodialysis Patients. Uppsala,İSVEÇ : Uppsala Üniversitesi, 2010. s. Uppsala.

**THE EFFECTIVENESS OF NURSING INTERVENTION FOR UREMIC PRURITUS
MANAGEMENT IN HEMODIALYSIS PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF
RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS**

Şefika Tuğba Yangöz, Zeynep Karakuş Er, Zeynep Özer

Akdeniz University, Faculty of Nursing, Antalya, Turkey

INTRODUCTION: Uremic pruritus which is one of problems in hemodialysis patients, is a complication that is frequently experienced and disturbing in patient. The prevalence of uremic pruritus in hemodialysis patients was reported 55% in a meta-analysis conducted by Hu et al. (2018) and 50% - 80% in other studies (Aşıcıoğlu, Kahveci, Koç, & Özener, 2011; Ozen, Cinar, Askin, & Mut, 2018). The pathophysiology of uremic pruritus in hemodialysis patients is not well understood, but many factors have been reported to be effective in the emergence (Mokhtarabadi, Shahabinejad, Sadeghi, & Kazemi, 2017). These factors include inadequate disposal of waste metabolites, fluid restriction, hyperparathyroidism, hypervitaminosis A, elevated levels of histamine, phosphate, magnesium, and calcium in the skin (Falodun, Ogunbiyi, Salako, & George, 2011; Kalili, Dashti, Poor, Babaei, & Abdollahi, 2006). Uremic pruritus affects individuals mental, social and economical and may lead to a decrease in quality of life.

Pharmacological and nonpharmacological treatment methods are used uremic pruritus management. Acupuncture (Che-Yi, Wen, Min-Tsung, & Chiu-Ching, 2005; Skapiro & Stockard, 2003), acupressure (Jedras et al., 2003) and aromatherapy (Shahgholian, Dehghan, Mortazavi, Gholami, & Valiani) that is nonpharmacological treatment methods have been shown to have positive effects on uremic pruritus.

In the literature, systematic review that revealed the effect of nursing intervention on uremic pruritus management in hemodialysis patient has not yet been reported. The results of this systematic review is thought that it will guide the care of patients experiencing uremic pruritus, minimizing the severity of symptoms, and planning the care that will increase the comfort level of the patients. Besides, it is thought that it will help to including nurses who are in the role of patient care in care as a holistic nursing intervention, will benefit the dissemination of practices in the management of problems related to hemodialysis.

METHOD: The aim of this review was to evaluate the effect of nursing intervention for uremic pruritus management in hemodialysis patients in randomized controlled trials. This review was conducted and presented with recommendations from Cochrane guidelines (Higgins, 2011).

Search methods: To determine nursing intervention studies that applied in hemodialysis patients, we searched the studies published in English in the Akdeniz University electronic databases center. These databases center including Science Direct, Web of Science, Springer Link, The Networked Digital

Library of Theses & Dissertations, Ovid, CINAHL, Pubmed, Cochrane library, Proquest, Council of Higher Education National Thesis Center, ULAKBIM Turkish National Databases (1971-September 2018). The search terms were hemodialysis, uremic pruritus, clinical trials keywords and combinations. As a result of the literature search, 1125 studies have been reached. In the first stage, the 225 duplicated articles has been deleted. After, articles which are not eligibility for the title and (or) abstract were removed, full-text articles that meet the inclusion criteria were examined, at the final stage articles that don't meet inclusion criteria were removed and seven articles were included in the review.

RESULT: Seven studies include in systematic review. Of the seven studies, three studies were conducted in China, two studies in Iran, others in Turkey and Italy. In the studies, different interventions were applied by nurses.

In one study conducted by Akça and Taşçı (2016), acupressure was applied LI-11 acupoint on the outer side of the elbow 3 times a week, for 4 weeks for a total of 12 sessions. The force was applied between 3-5 kg, two rotations per second and each session lasted 6-10 min. Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation (TEAS) was applied 3 minute with acupuncture pen to LI-11 acupressure point in the second intervention group.

Another study conducted by Burrai et al. (2014), music intervention was applied 30 minutes with live saxophone, one times a week for 4 weeks. Control group was given standard care.

In the other study conducted by Cheng et al. (2016), the patients were given systematic nursing instruction including education pamphlet on low phosphate diet and phosphate binder drugs, medication reminder cards and self-recording their diets. The nursing instruction was applied 20-30 min and pamphlet and reminder card were given to patients after the instruction.

In one study conducted by Hsu et al. (2009), thermal therapy was performed with far-infrared rays with 40 0C for 15 minutes once a day on two days a week for a total of 18 sessions. Control group was applied adhesive patch at the Sanyinjiao acupoint.

Another study conducted by Mokhtarabadi et al. (2017), the baby oil including liquid paraffin was performed to areas with pruritus 15 minutes at each session three times a week for four weeks.

In the other study conducted by Nakhaee et al. (2015), Avena sativa lotion on the pruritus area, diluted vinegar solution (30 ml synthetic white vinegar 5% in 500 ml of water) was performed twice a day for 2 weeks. Hydroxyzine was applied 10 mg tablets every night for 2 weeks.

Another study conducted by Yan et al. (2015), auricular acupressure was performed three times a week for six weeks. Points of auricular acupressure is kidney (CO10), the lung (CO14), the heart (CO15), Shenmen (TF4), the endocrine (CO18) and the subcortical (AT4). The force was applied 1-2 min at each point and 5-8 times a day until patients felt tolerable pain, heat and numbness.

Control group was given standard care in five studies (Akça & Taşçı, 2016; Cheng, Tarng, Liao, & Lin, 2017; Mokhtarabadi et al., 2017; Nakhaee, Nasiri, Waghei, & Morshedi, 2015; Yan et al., 2015). Uremic

pruritus level was assessed with Visual Analog Scale all studies. Statistically significant decrease in uremic pruritus levels of hemodialysis patients compared to the control group in all studies.

CONCLUSION: The results of systematic review of seven studies showed that thermal therapy, acupuncture, baby oil, music, systematic nursing intervention, avena sativa lotion and diluted vinegar solution is an effective method for reducing uremic pruritus in hemodialysis patients. It is proposed to plan the evidence-based studies on uremic pruritus management, to reflect it to the patient care as a holistic nursing care, to plan the education and create awareness to use evidence-based intervention in the nursing care.

REFERENCES

1. Akça, N. K., & Taşçı, S. (2016). Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation for Improving Uremic Pruritus: A Randomized, Controlled Trial. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 22(3).
2. Aşıcıoğlu, E., Kahveci, A., Koç, M., & Özener, Ç. (2011). Uremic Pruritus: Still Itching. *Turk Neph Dial Transpl*, 20(1), 7-13.
3. Burrai, F., Micheluzzi, V., Zito, M. P., Pietro, G., & Sisti, D. (2014). Effects of live saxophone music on physiological parameters, pain, mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. *J Ren Care*, 40(4), 249-256. doi:10.1111/jorc.12078
4. Che-Yi, C., Wen, C. Y., Min-Tsung, K., & Chiu-Ching, H. (2005). Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (LI11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrol Dial Transplant*, 20(9), 1912-1915. doi:10.1093/ndt/gfh955
5. Cheng, T. Y., Tarng, D. C., Liao, Y. M., & Lin, P. C. (2017). Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. *J Clin Nurs*, 26(3-4), 485-494. doi:10.1111/jocn.13471
6. Falodun, O., Ogunbiyi, A., Salako, B., & George, A. K. (2011). Skin changes in patients with chronic renal failure. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, 22(2), 268.
7. Higgins, J. P. (2011). *Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. The cochrane collaboration*, 5(0).
8. Hsu, M. C., Chen, H. W., Hwu, Y. J., Chanc, C. M., & Liu, C. F. (2009). Effects of thermal therapy on uremic pruritus and biochemical parameters in patients having haemodialysis. *J Adv Nurs*, 65(11), 2397-2408. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05100.x
9. Hu, X., Sang, Y., Yang, M., Chen, X., & Tang, W. (2018). Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus among adult dialysis patients: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine (Baltimore)*, 97(21), e10633.
10. Jedras, M., Bataa, O., Gellert, R., Ostrowski, G., Wojtaszek, E., Lange, J., & Oledzka, M. (2003). Acupressure in the treatment of uremic pruritus. *Dialysis & transplantation*, 32(1), 8-10.
11. Kalili, H., Dashti, S., Poor, P. A., Babaei, M. H., & Abdollahi, F. (2006). Efficacy of anti-pruritus drugs in chronic renal failure: a comparative study. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*, 64(4), 36-42.
12. Mokhtarabadi, S., Shahabinejad, M., Sadeghi, T., & Kazemi, M. (2017). The Effect of Administration of Baby Oil on the Severity of Pruritus in Hemodialysis Patients. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 6(1), 8-13.

13. Nakhaee, S., Nasiri, A., Waghei, Y., & Morshedi, J. (2015). Comparison of *Avena sativa*, vinegar, and hydroxyzine for uremic pruritus of hemodialysis patients: a crossover randomized clinical trial. *Iran J Kidney Dis*, 9(4), 316-322.
14. Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., & Mut, D. (2018). Uremic pruritus and associated factors in hemodialysis patients: A multi-center study. *Kidney Research and Clinical Practice*, 37(2), 138.
15. Shahgholian, N., Dehghan, M., Mortazavi, M., Gholami, F., & Valiani, M. Effect of aromatherapy on pruritus relief in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4), 240-244.
16. Skapiro, R., & Stockard, H. (2003). Successful treatment of uremic pruritus: the acupuncture approach revisited. *Dialysis & transplantation*, 32(5), 257-265.
17. Yan, C. N., Yao, W. G., Bao, Y. J., Shi, X. J., Yu, H., & Yin, P. H. (2015). Effect of Auricular Acupressure on Uremic Pruritus in Patients Receiving Hemodialysis Treatment: a Randomized Controlled Trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 8.

**WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE GÖRE İNFLAMATUAR BARSAK HASTASINA
YAKLAŞIM: OLGU SERİSİ**

¹Berna Nilgün Özgürsoy Uran, ¹Elif Ünsal Avdal, ²Elif Sarıtaş Yüksel

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Zihnin, bedenin ve ruhun uyumunu, bireyin güçlü-zayıf yönlerini ve tepkilerini içeren davranışlarını bilmeyi gerektiren Watson'ın İnsan Bakım Modeli (İBM), birçok kronik hastalıkta iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım durumu ile çok yönlü bir hastalık yönetim yaklaşımı sağlamaktadır.

İnflamatuar barsak hastalıkları (İBH); vücudun tüm sistemlerini ve bireyin sosyal/iş hayatını etkilemektedir. Ayrıca bireylerin yaşam kalitesini kötüleştirmekle birlikte hastaneye başvuru sıklığını artırarak maliyeti yükseltmektedir. Bu nedenle hastaların bakımlarında İBM; insani değerleri ön planda tutarak, holistik ve hümanistik yaklaşım ile İBH olan hastaların yaşamlarını iyileştirmek amacıyla düşünme ve uygulamaya yön veren değer ve inançları temel alan bir yaklaşım sağlamaktadır.

AMAÇ: Bu olgu serisinde, iki Crohn hastası (CH) ile iki ülseratif kolit (ÜK) hastasının İBM'ne göre ele alınması amaçlanmaktadır.

Olgu 1: 36 yaşında evli erkek hasta, 14 yıl önce karın ağrısı, diyare ve kilo kaybı nedeniyle hastaneye başvurmuş ve CH tanısı konmuştur. Hastalığın alevlenmesi nedeniyle son 2 yıldır konuşma ve yürüme bozukluğu yaşamaktadır. Eklemelerinin tutulumu sonucu yatağa bağımlı hale gelen hastada yutma güçlüğü ve aşırı yorgunluk nedeniyle aşırı kilo kaybı (-18 kg/6 ay) mevcuttur. BKİ 14.3 ile kaşektiktir. Oral alımı açık, ancak iştahsızlık, disfaji ve yeme güçlüğü yaşayan hastanın beslenme gereksinimi, 60 ml/sa TPN aracılığıyla karşılanmaktadır. Tuvalete gitme, merdiven çıkma ve yürüme aktivitelerinde tam bağımlı iken yeme-içme, giyinme-soyunma ve yatak içi hareketlerinde yarı bağımlıdır. Bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken refakatçisinden destek almaktadır. Genel görünümü bakımlı ve hijyeniktir. Yorgunluk puanı (VAS) 8'dir. Hasta; batın bölgesinde ve eklemlerinde batıcı ve zonklayıcı tarzda ve 7 şiddetinde (VAS) ağrı olduğunu, bunun da uyku ve fiziksel aktivitelerini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Analjezik kullanımı, pozisyon değişikliği ve kusma ile (kendisi zorla) ağrısının azaldığı saptanmıştır. Şiddetli ağrıları ve gece sık uyanması nedeniyle uyuyamadığını, endişeli, stresli ve umutsuz olduğunu belirtmiştir. Kendini kötü hissettiğini, sağlığının eskisi gibi olamayacağını ve taburcu olduktan sonra da şikayetlerinin devam edeceğinden endişe ettiğini belirtmiştir.

Hasta bağımlı olduğu için ve ekstremitelerde deformitelerinden dolayı cinsel yaşantısının olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca hastalığının eklemlerini tuttuğu ve ayağa kalkamadığı için işe veya arkadaşları ile

buluşmaya gidemediğini; tekrar sağlığının “iyi” olduğu günlere dönmek istediğini ancak bu konuda umudunun olmadığını belirtmiştir.

Olgu 2: 53 yaşında, emekli erkek hasta kusma, ishal ve yemek yiyememe şikayetleri ile 8 yıl önce CH tanısı almış. Oral alım bozukluğu, günde 8-10 kez tuvalete çıkma ve yorgunluk şikayetleri ile başvuran hasta; son yaşadığı şikayetler nedeniyle kendisini “çok kötü” hissettiğini; “daha kaç gün yatacağımı bilmediğini”, “bu durumdan endişe ettiğini” ve “artık eskisi gibi sağlıklı olamayacağını” belirtmiştir. Hastaneye yatmadan önce günde 1,5 paket sigara içen hasta alkol kullanmadığını ve alerji öyküsünün olmadığını ifade etmiştir. Oral alımı açık, ancak iştahsızlığı, tat duyusunda bozulma ve bulantısı mevcut. Beslenme gereksinimi intravenöz yol ile 60 ml/sa TPN aracılığıyla karşılanmaktadır. Son 2 ayda 8 kg kaybeden hastanın BKİ:17.52 ile zayıftır.

Son 8 gündür tenezzüm ile birlikte günde 10-12 kere defekasyona çıktığını ifade etmiştir. Bazı aktivitelerinde bağımlı olan hasta defekasyon ve miksiyon gereksinimini karşılamak için alt bezi ve sürgü kullanmaktadır. Hastanın; 15 gündür banyo yapamadığı, genel görünümünün bakımsız olduğu, tırnaklarının uzamış, saçlarının dağınık ve kirli olduğu belirlenmiş; kıyafet hijyeninin tam olmadığı, terleme ve ağız kokusu saptanmıştır. Yorgunluk puanı (VAS) 8, ağrı puanı 7’dir.

Olgu 3: 22 yaşında evli erkek hasta, 2 gündür sol alt kadranda şiddetli ağrı ve arkasından kanlı dışkılama şikâyeti ile acil servise başvurmuş. Günde 10-15 kez, parlak kırmızı renkte dışkıladığını ifade ediyor. Bir yıl önce ÜK tanısı alan hasta genellikle sağlığını “biraz kötü” olarak değerlendiriyor. Son bir yılda geçirdiği atak sayısı üç. Beslenme şekli normal, kendi kendine ve sıvı ağırlıklı beslenmektedir. Ancak iştah durumu azaldığı için yetersiz beslenmektedir. Cildi kuru ve soluktur.

Günde 7-8 saat düzenli uyuyor. Uyku arasında tuvalet ihtiyacı ve ağrıları nedeniyle 4-5 kez uyanıyor. Gündüz 1-2 saat şekerleme yapıyor. Yorgunluk puanı VAS’a göre 7, ağrı puanı 8’dir. Ağrı karın ve bacaklarında. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmektedir. Genel görünümü bakımlı ve hijyenik.

Olgu 4: 32 yaşında evli erkek hasta, 4 yıldır ÜK tanısıyla izlenmektedir. 10 gün önce karın bölgesinde şiddetli ağrı nedeniyle polikliniğe başvurmuş ve kliniğe yatırılıp yapılmış. Günde 18-20 defa dışkılama ve kanlı diyare mevcut. Genellikle sağlığını “kötü” olarak değerlendiriyor. Sigara ve alkol kullanmıyor.

Beslenme şekli normal olan hasta kendi kendine beslenebilmekte, sıvı ağırlıklı beslenmektedir. Ancak iştah durumu azaldığı için yetersiz beslenmektedir. Günde 6-7 saat düzenli uyuyor. Uyku arasında tuvalet ihtiyacı ve ağrıları nedeniyle 4-5 kez uyanıyor. Yorgunluk puanı VAS’a göre 8 puan olmasına rağmen günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmektedir. Genel görünümü bakımlıdır.

Yukarıdaki dört olgu ele alındığında yaşı ve tıbbi tanısı ne olursa ortak sorunların ağrı, yorgunluk, defekasyon alışkanlıklarında değişim, genel sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendirme, güçsüzlük, endişe, sosyal izolasyondur. Sağlık sorunları artan bireylerde manevi gereksinimler de

artmaktadır. Watson İBM'nin ilk aşamasında hastalar değerlendirilmiş ve yaşlarına, İBH türlerindeki farklılığa rağmen saptanan ortak sorunlar: ağrı, yorgunluk, defekasyon alışkanlıklarında değişim, genel sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendirme, güçsüzlük, endişe, sosyal izolasyon. Watson İBM, hastaların gereksinimlerini karşılamada etkili olmakta ve modelin basamaklarına göre hemşirelik girişimleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

SONUÇ: İBH tanısı alan hastaların yönetiminde hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin rolü hastaların ihtiyaçlarına göre değişiklik göstermektedir. İBH hemşiresinin hastalık yönetimi; hasta bakımına, bekleme sürelerini azaltarak maliyet avantajı sağlamaya, gereksiz hastane yatışlarını önlemeye ve yenilikçi hizmet sunumunu arttırmaya yönelik girişim ve aktiviteleri kapsamaktadır. Hemşire; hasta eğitiminde hastanın gereksinimlerine, seçimlerine ve başa çıkma yeteneklerine odaklanmaktadır. Ele alınan olgularda yorgunluk, ağrı, boşaltım sürecinde bozulma gibi sorunlar yaşadığı görülmüştür. Bunlara yönelik olarak planlanan eğitimlerle hastalık hakkında bilgi düzeyleri arttırılmış, hastaların sorunlarını fark ederek düzenli beslenmeleri, sigarayı bırakmaları, düzenli ilaç kullanmaları ve tıbbi kontrollere gelmeleri önerilmiş ve kendi öz-bakımlarına katılmaları desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Watson, İnsan Bakım Modeli, İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, Olgu, Hemşirelik*

Tablo 1: Modelin Aşamalarına Göre Hemşirelik Girişimleri

MODELİN AŞAMALARI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
İyileştirme Sürelerinin Kullanılması	<ul style="list-style-type: none">• Olumlu, anlayışlı ve güven verici iletişim ortamı sağlanır.• Mahremiyetine saygı gösterilir.• Eksik / Yanlış bilgileri düzeltilir, merak ettiği konularda soru sormasına ve duygularını ifade etmesine olanak tanınır.• Doğru ve sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirme yapılır, yeterli beslenmenin önemi açıklanır ve beslenme düzenine uyması sağlanır.• Bulantının nedeni araştırılır ve hastaya bulantı ile ilgili bilgi verilir.• Bireyi az az ve sık sık yemek yemeye teşvik edilir.• Sıcak / soğuk sıvılar, yağlı ve baharatlı yiyecekler, kafeinden uzak durması hakkında bilgi verilir.• Günlük kilo takibi yapılarak BKİ takip edilir.• Bireyin boşaltım örüntüleri, diyeti ve yaşam şekli değerlendirilir.• Boşaltım zamanı, sonuçları/özellikleri, kullanılan yöntemleri ve varsa istemsiz boşaltım sayısı kaydedilir (dışkılama günlüğü), düzenli bir boşaltım alışkanlığı sağlanır.• Bireye posalı gıda alımı ve bol su tüketimi konusunda bilgi verilir.• Fonksiyonel düzeye uygun fiziksel aktivite ve egzersiz yapması sağlanır.• Hijyen gereksinimleri sağlanır.• Rutin sağlık kontrollerini yaptırmasının önemi açıklanır.• Kaliteli uyku gereksinimleri karşılanır.• Enerjiyi koruma konusunda uygun girişimler planlanır.• Ağrıya neden olan faktörler, ağrıyı arttıran/azaltan durumlar belirlenir.• Ağrı sırasında bireyin dikkatini dağıtabileceği yöntemler öğretilir.• Ağrıyı rahatlatıcı (noninvazif) önlemler öğretilir (gevşeme, masaj vb).• Yaşamsal bulgular takip edilir.• Reçete edilen analjeziklerle en üst düzeyde rahatlama sağlanır.• İmmobilizasyonun komplikasyonları hakkında hasta ve yakınına bilgi verilir. Komplikasyonların takibi yapılır, gerekli önlemler alınır.• Hastaya uygun pozisyonlar verilir ve sık sık pozisyonlar değiştirilir.• Yorgunluğun nedenleri ve yaşamı üzerinde etkilerine ilişkin duygularını paylaşması için cesaretlendirilir.• Bireye 24 saatlik dönemde düzenli olarak yorgunluk puanının ve bu saatlerde gerçekleştirilen aktivitelerin kaydedilmesi öğretilir.• Kaydedilen bilgilere göre günlük planlama yapılır.• Enerjiyi koruma teknikleri hakkında bilgi verilir.• Ağrının en aza indirilmesi için gerekli invazif, noninvazif işlemler uygulanır.• Uyku örüntüsündeki bozukluk düzeltilmeye çalışılır.
Kişilerarası Bakım İlişisinin Kurulması	<ul style="list-style-type: none">• Güvenilir iletişim ile hastanın kendini ifade etmesi sağlanır.• Eşi, çocukları ve komşuları ile olan ilişkileri desteklenir ve artırılır.• Sosyal açıdan aktif olması konusunda cesaretlendirilir ve aynı hastalığı olan bireylerle iletişime geçmesi sağlanır.

	<ul style="list-style-type: none">• İş ortamında işverenle / amirleriyle hastalığı hakkında konuşması ve durumu konusunda destek alması konusunda yönlendirilir.
Bakım Durumu / Bakım Anı	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın hastalığa uyumu artırılır.• Fiziksel ve ruhsal gereksinimleri karşılanır, psikolojik destek alması sağlanır.• Tedavi ve bakım gereksinimlerine katılımı sağlanır.• Endişe ve anksiyeteyi azaltmak için yalnız bırakılmaz.• Ağrı kontrolü sağlanır.• Hijyen ve uyku gereksinimleri karşılanır.• Enerjiyi koruma stratejileri belirlenir.• Güven ortamı sağlanır.• İyi olduğu günler hatırlatılarak; hastalıkta iyileşme dönemlerinin de olduğu vurgulanır.• Yaşam biçimi, hastalığına uygun olarak yeniden şekillendirilir.• Sosyal destek sistemleri sorgulanır ve bunlardan yararlanması sağlanır.• Bireyin bakımında aile üyelerinin katılımı konusunda teşvik edilir.• Bütüncül bir yaklaşımla baş etme becerileri geliştirmesi için desteklenir.

HASTANEDE YATAN YAŞLILARDA BESLENME DURUMU VE KOGNİTİF BOZUKLUĞUN KESİTSEL ANALİZİ

¹Didem Güneş, ²Dilek Ongan, ¹Güven Yıldız

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Aydın

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, ilerleyen yaşın önemli geriatrik sonuçlarından biri olan bilişsel bozukluk ve demans giderek daha fazla yaşlı bireyi olumsuz etkilemektedir. Bilişsel bozukluk birçok çalışmada çeşitli hastalıklara sahip yaşlı bireylerde yüksek oranda rapor edilmektedir. Yaşlı nüfusta beslenme durumu da bilişsel performans ile ilişkili olan önemli bir gösterge olarak bildirilmiştir. Beslenme durumundaki değişim, özellikle hastanede yatan yaşlı hastalar arasında sıklığı yüksek olan malnütrisyon bilişsel bozuklukta önemli rol oynayabilmektedir.

AMAÇ: Bu çalışma hastanede yatan yaşlı hastaların beslenme ve bilişsel durumlarını taramak amacıyla yürütülmekte olan kesitsel izlem çalışmasının ön aşama sonuçlarından oluşmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu kesitsel çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan yaşlı hastalarla kurum izni alınarak (43836231-050.01.04) Ağustos-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastanede son iki ay içerisinde yatmakta olan yaşlı hastalar taramaya alınmıştır.

Yapılandırılmış anket formu ile demografik ve kişisel bilgileri sorgulanan yaşlıların beslenme durumunu taramak ve değerlendirmek için Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) ve bilişsel durumunu saptamak için eğitilmiş bireylere yönelik olan Standardize Mini Mental Test (SMMT), yaşlı hastaların hastaneye yatışlarının ilk haftası içerisinde uygulanmıştır.

Araştırmaya 65 yaş ve üstü, hastanede yatan, sorulan soruları anlayan ve cevap verebilecek düzeyde iletişim kurabilen, eğitilmiş ve araştırma hakkında bilgilendirilip sözlü onamı alınmış gönüllü yaşlılar alınmıştır. Uygun yöntemlerle antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst orta kol çevresi, baldır çevresi) alınmış, beden kütle indeksi (BKİ; kg/m²) hesaplanmıştır.

Veriler hastanenin iç hastalıkları servislerinde (onkoloji hariç) yatan gönüllü hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. MNA tarama puanı beslenme sorunu yok (12-14 puan), malnütrisyon riski (8-11 puan) ve malnütrisyonlu (7 puan ve altı) olarak sınıflandırılmıştır. Toplam MNA puanı beslenme sorunu yok (24-30 puan arası), malnütrisyon riski var (17-23.5 puan arası) ve malnütrisyonlu (17 puanın altı) olarak değerlendirilmiştir. Güngen ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan SMMT yönelim, kayıt belleği, dikkat, hesap yapma, hatırlama ve lisan olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır. Bilişsel bozukluk toplam SMMT puanına göre ≥ 24 : normal/bilişsel bozukluk yok ve < 24 : hafif bilişsel bozukluk şeklinde belirlenmiştir.

Veriler SPSS 20.0 istatistik paket programında Independent Samples t, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon testleri ve tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilmiştir. Kuder-Richardson 20 (KR-20) testi ölçeklerin iç tutarlılık analizi için kullanılmıştır. KR-20 güvenilirlik değerleri sırasıyla; MNA için 0.692 ve SMMT için 0.811 olarak bulunmuştur.

BULGULAR: Hastaların (n=100) %41.0'i kadın, %59.0'u erkek olup, yaş ortalaması 75.2±6.8 yıl olarak bulunmuştur. Tüm yaşlılar eğitilmiş olmakla birlikte çoğunluğunu ilköğretim mezunları oluşturmaktadır (%49.0). Yaşlı hastaların %33.0'ünün ev hanımı ve %25.0'inin işçi olduğu belirlenmiştir. En fazla görülen komorbiditeler hipertansiyon (%70.0), diyabet (%51.0) ve kardiyovasküler hastalıklardır (%36.0). Yaşlıların %61.0'i hastalığı ile ilgili diyet tedavisi uyguladığını belirtmiş olup uygulanan tıbbi beslenme tedavileri sırasıyla; tuzsuz (%32.0), diyabetik (%24.0) ve az kolesterolü diyet (%5.0). Yaşlıların %39.0'u herhangi bir diyet tedavisine devam etmediğini belirtmiştir.

Kadın ve erkek yaşlıların BKİ değerleri sırasıyla; 27.8±6.7 kg/m² ve 24.5±3.9 kg/m² olarak bulunmuştur. BKİ'ne göre tüm hastaların %47.0'si normal, %32.0'si hafif şişman ve %16.0'si obezdir. MNA tarama puanı tüm grupta ortalama 8.7±2.8 olup, kadın ve erkeklerde sırasıyla; 9.1±2.7 ve 8.4±2.8'dir (p>0.05). MNA ile yapılan beslenme durumu taramasına göre yaşlıların %53.0'ünün malnütrisyon riski bulunmaktayken %31.0'inin malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır.

Toplam MNA puanı tüm yaşlılarda ortalama 18.5±4.5 olup, kadın ve erkeklerde sırasıyla; 18.7±4.6 ve 18.5±4.5'dir (p>0.05). MNA'ya göre yaşlıların %55.0'i malnütrisyon riski altında, %33.0'ü malnütrisyonludur ve %12'sinin beslenme durumu normaldir. Yaşlı hastaların %93.0'ünde hafif bilişsel bozukluk olduğu saptanmıştır (SMMT puanı: 13.1±5.9). Kadın ve erkek yaşlı hastaların SMMT puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli düzeyde farklı bulunmuştur (sırasıyla; 14.5±6.2 ve 12.2±5.7; U=908.00, p=0.034). Toplam ortalama MNA ve SMMT puanlarının korele olduğu bulunmuştur (rho=0.315, p=0.001).

Normal beslenme durumuna sahip yaşlı hastaların SMMT puanı (18.5±6.1, ortanca=20.5) malnütrisyonlu yaşlıların puanından (11.1±5.6, ortanca=11.0) ve malnütrisyon riski olan yaşlıların puanından (13.2±5.5, ortanca=14.0) istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksektir (X²=10.741, p=0.005). Normal beslenme durumuna sahip olan yaşlı hastaların bilişsel performansının, malnütrisyonlu olan ve malnütrisyon riski olan yaşlı hastalardan daha yüksek düzeyde olduğu ileri istatistik analizlerde saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışmada hastanede yatan yaşlı hasta grupta yüksek malnütrisyon riski ve yüksek oranda hafif düzeyde bilişsel bozukluk olduğu görülmüştür. Yaşlılar arasında yetersiz beslenme açısından en yüksek risk altında olan grup hastanede yatan yaşlılardır. Hastanede yatan yaşlılarda beslenme durumu ve bilişsel bozukluk arasında önemli korelasyon bulunmuş olup, daha iyi beslenme durumuna sahip olmanın daha iyi bilişsel performans sağladığı saptanmıştır. Bu çalışmada

beslenme durumu ile bilişsel durum arasında ortaya konan bu ilişki diğer çalışmalarda olduğu gibi yetersiz beslenmenin bilişsel performansı önemli derecede etkilediğini göstermektedir. Bilişsel bozukluğun hastanede yatan hastalarda görülmesinin; hastalıkların seyrini olumsuz etkileme, hastaneye yeniden yatış oranını arttırma, yaşam kalitesini düşürme, morbidite ve mortaliteyi yükseltme gibi sonuçları olduğundan hastanede yatarak tedavi gören yaşlı bireylerin beslenme durumunun yatış sırasında taranması birinci derecede önemlidir. Taramanın ardından beslenme durumu tedavi süresince izlemlerle değerlendirilmeli ve uygun beslenme müdahaleleriyle beslenme durumunun iyileştirilmesi hedeflenmelidir. Böylece beslenme durumu iyileştirilen yaşlı hastalarda bilişsel performansın kötüleşmesinin önüne geçilebilmesi sağlanırken, hem yetersiz beslenmenin (malnütrisyonun) ve hem de bilişsel bozukluğun sebep olacağı komplikasyonlar azaltılabilir. İleride yapılacak çalışmalarla beslenme müdahalelerinin yaşlıların beslenme durumunu iyileştirmede ve bilişsel bozukluğu önlemedeki gücü araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mayeda ER, Whitmer RA, Yaffe K. Diabetes and Cognition. *Clin Geriatr Med*, 2015;31:101-115.
2. Ruiter SC, Jonghe JFM, Germans T. Cognitive Impairment Is Very Common in Elderly Patients With Syncope and Unexplained Falls. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2017;18(5):409-413.
3. Hai S, Cao L, Yang X. Association Between Nutrition Status and Cognitive Impairment Among Chinese Nonagenarians and Centenarians. *International Journal of Gerontology*, 2017;11(4):215-219.
4. Lee KS, Hong CH, Cheong HK. Difference in nutritional risk between mild cognitive impairment group and normal cognitive function elderly group. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009;49(1):July–August:49-53.
5. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*, 2010-Sep;58(9):1734-8.
6. Giuseppe Orsitto, Franco Fulvio, Domenico Tria. Nutritional status in hospitalized elderly patients with mild cognitive impairment. *Clinical Nutrition*, 2009;28(1):100-102.
7. Gülşen Korfalı, Haldun Gündoğdu, Semih Aydınтуğ. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey. *Clinical Nutrition*, 2009;28(5):533-537.
8. Silva DL, Santos PA, Cabral PC. Nutritional screening in clinical patients at a University Hospital in Northeastern Brazil. *Nutr Hosp*, 2012;27(6):2015-2019.
9. Farrer K, Donaldson E, Blackett B. Nutritional screening of elderly patients: a health improvement approach to practice. *J Hum Nutr Diet*, 2014;Apr;27(2):184-191.
10. Anahtar Kelimeler: Beslenme Durumu, Bilişsel Bozukluk, MNA, SMMT, hastanede yatan yaşlı.

AKUT LÖSEMİ HASTALARINDA ALOPESİNİN BEDEN İMAJI VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

¹Seda Pehlivan, ²Dilek Doğan, ³Beyza Nur Kahraman, ⁴Fahir Özkalemkaş

¹Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa

²Bursa Orhaneli Devlet Hastanesi, Bursa

³Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kütahya

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji BD, Bursa

GİRİŞ: Türkiye’de 2014 yılında hematolojik malignitelerin insidansının kadınlarda yüz binde 12.6 ve erkeklerde yüz binde 18.2 olduğu bildirilmektedir. Lösemiler ise; hematolojik maligniteler arasında ikinci sıklıkta görülmektedir (Şencan & İnce, 2016). Lösemili hastalarda, uygulanan antineoplastik tedavilere bağlı olarak; lökopeni, trombositopeni, anemi, ağrı, yorgunluk, alopesi, bulantı/kusma, uyku bozuklukları, mukozit ve konstipasyon gibi yan etkiler görülebilmektedir (Ateş & Olgun, 2014; Parvan et al. 2015). Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanser tanısı almış olmanın da neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar; anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında bozulma gibi semptomlar yaşayabilmektedir (Ateş & Olgun, 2014).

Saç, insanlar için vücut örtüsünün önemli bir bileşenidir. Hayati bir biyolojik fonksiyonu olmasa da, hem erkek hem de kadınlarda beden imajı ve kendini tanımlamada oynadığı rol nedeniyle psikolojik öneme sahiptir (Guerra-Tapia & Gonzalez-Guerra, 2014). Tedavinin istenmeyen etkilerinden biri olan alopesi; anksiyete, depresyon, azalmış iyilik hali, düşük beden imajı ve benlik saygısına neden olabilmektedir (Ateş & Olgun, 2014). Beden imajı, kanserden etkilenen birey için merkezi öneme sahiptir, çünkü hastalık ve kanserle ilişkili tedaviler, psikolojik/bedensel iyilik halini olumsuz etkilemekte ve psikolojik/bedensel bütünlüğüne yönelik ciddi tehditlere neden olabilmektedir. Beden imajında bozulma, hastanın duygusal yönlerinin yanı sıra fonksiyonel organların da işlevlerinin bozulmasına neden olabilmektedir (Weber et al. 2005). Benlik saygısı ise; karmaşık bir yapısal konsept olup, kişinin kendi değerinin genel duygusal değerlendirmesini yansıtmaktadır. Aynı zamanda, beden imajı ile benlik saygısı arasında bir ilişki tanımlanmıştır. Benlik saygısı, hastalıklarla karşılaşma ve baş etme sürecinde önemli rol oynamaktadır (Parvan et al. 2015).

Hastalık ve tedavi sürecindeki önemi göz önüne alındığında; kanser tanısı ve tedavisi alan hastaların beden imajı ve benlik saygısı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Literatürde; erişkin lösemi hastalarında saç dökülmesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

AMAÇ: Çalışma, akut lösemi hastalarında alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisini belirlemek ve sağlıklı bireylerle karşılaştırmak amacıyla yapıldı.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan çalışma, 01/03/2018 tarihinden itibaren 6 aylık sürede hematoloji polikliniği, kliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesinde yapıldı. Çalışmaya 91 akut lösemi hastası ile 94 sağlıklı birey dahil edildi. Çalışmanın verileri, Hasta Bilgi Formu, Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlıklı Birey Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beden İmajı Ölçeği ile toplandı. Hasta Bilgi Formu; hastaya ait sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin 27 sorudan oluşmaktadır. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ); Akbal Ateş ve Olgun (2011) tarafından geliştirilen beşli likert tipinde hazırlanmış 19 soruluk bir ölçektir. Ölçekten alınan düşük puanlar hastaların yaşam kalitesindeki bozulmayı işaret etmektedir. Ölçekten alınacak puan 19-95 arasında değişmektedir (Ateş & Olgun, 2014). Sağlıklı Birey Bilgi Formunda ise; sosyodemografik özellikler ve saç dökülmesine ilişkin 16 soru yer almaktadır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçek puanları 0-30 arasında değişmektedir ve puan yükseldikçe benlik saygısı yükselmektedir (Rosenberg, 1965; Çuhadaroğlu, 1986). Beden İmajı Ölçeği; Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş (1953), Hovardaoğlu (1990) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk topluma uyarlanmıştır. 40 maddeden oluşan ölçek toplam puanı 40-200 arasındadır ve yüksek puan yüksek doyum düzeyini göstermektedir (Hovardaoğlu & Özdemir, 1990).

Çalışmaya başlamadan önce klinik araştırmalar etik kurulundan ve kurumdan gerekli izinler alındı. Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS kullanılarak, yüzdellik, ki-kare, student t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizleri yapıldı.

BULGULAR: Akut lösemi hastalarının yaş ortalaması 47.6 ± 15.5 yıl, %56'sı erkek, %70.3'ü evli, %83.1'i çalışmadığını ve %74.4'ü orta düzeyde ekonomik durumuna sahip olduğunu bildirdi. Hastaların %57.8'inin tedavinin olumsuz etkisini yaşadığı, %50.5'inin günlük aktivitelerinin ve %24.2'sinin cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği saptandı. Saç dökülmesi görülme oranı akut lösemi hastalarında %63.7, sağlıklı bireylerde ise %57.4 olarak bulundu ($p > 0.05$). Ancak saç dökülmesinin hastaların %84.5'inde gözle açıkça görülebilir, sağlıklı bireylerde ise %75'inde gözle belli belirsiz görülebilir şeklinde olduğu saptandı ($p = 0.000$).

Saç dökülmesi yaşayan hastaların kemoterapiye bağlı alopeside yaşam kalitesi puanı ile benlik saygısı ($r = 0.264$, $p = 0.045$) arasında pozitif korelasyon saptandı. Hastaların genel sağlık puanı ile benlik saygısı ($r = 0.412$, $p = 0.000$) ve beden imajı ($r = 0.425$, $p = 0.000$) arasında pozitif ilişki olduğu belirlenirken, sağlıklı kontrol grubunda da benzer sonuç bulundu. Hastaların benlik saygısı ile beden imajı ($r = 0.353$, $p = 0.001$) arasında pozitif ilişki, sağlıklı bireylerde de saptandı ($r = 0.295$, $p = 0.004$). Benlik saygısının, hastalardan saç dökülmesi yaşayanlarda daha düşük ($p = 0.047$) olduğu belirlenirken, sağlıklı grupta fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Her iki grup arasında benlik saygısı açısından fark bulunmazken, beden imajı açısından anlamlı fark saptandı ($p = 0.000$).

TARTIŞMA: Tedaviye bağılı ortaya çıkan alopesi, beden imgesini ve benlik saygısını etkileyebilmektedir. Alopesi, bazı hastalarda tedavi olmama hissini uyandırabilmekte ve olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Tedaviye başlandıktan sonra ortaya çıkan saç dökülmesinden 4-6 hafta sonra saçların tekrar uzadığının gözlemlendiği belirtilmektedir (Ateş & Olgun, 2014). Irmak ve arkadaşları (2008) kemoterapi uygulanan hastalarda saç kaybının en önemli üzüntü kaynağı olduğunu, tedaviden sonra saçlar yeniden çıksa da, geçici saç kaybının bile hastalarda büyük bir travmaya neden olduğunu bildirmektedir (Irmak & Bilgin & Sızlan, 2008). Zihinsel olarak hazır olsalar da, tarağa gelen ve yastığa dökülen saç demetleri ile karşılaşan hastaların şok yaşadıkları belirtilmektedir (MacDonald, 2007). Çalışmamızda, alopesi görülme oranının %63,7 olduğu ve çoğunluğunda görüldüğü söylenebilir. Literatürde, uygulanan tedaviye bağılı saç dökülmesi beklenen hastalarda görülen olumsuz duygu ve düşüncelerin azaltılabilmesi için; önceden bilgilendirilmesi ve saçlarını tamamen kestirme veya bir peruk alma konusunda önerilerin sunulması gerektiği belirtilmektedir (MacDonald, 2007).

Beden imajı, kişinin bedenini kendi zihninde iyi veya kötü olarak canlandırması, sorgulamasını ifade etmektedir (Doğan & Sapmaz & Totan, 2011). Benlik saygısı ise; kişinin benliğine yönelik geliştirdiği olumlu/olumsuz tutumlar veya kendini ne kadar değerli hissettiğinin göstergesidir (Kutanis & Tunç, 2013). Bozulmuş benlik saygısı ve beden imajı, uygulanan tedaviler sonucu kaybedilen işlevler veya organlara bağılı olarak kanser hastalarında sıklıkla görülmektedir (Parvan et al. 2015). Gheihman ve arkadaşları (2016) yaptığı çalışmada, akut lösemi hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğunu, yapılan çok değişkenli analizde umutsuzluğun, yaşlılık ve benlik saygısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Geihman, 2016). Başka bir çalışmada ise; meme kanseri tanısı ile mastektomi yapılan kadınların beden algısının düşük olduğu, ancak benlik saygısının etkilenmediği bulunmuştur (Denizgil & Sönmez, 2015). Çalışmamızda, alopesinin hastaların benlik saygısında azalmaya neden olduğu, beden imajının ise etkilenmediği belirlendi.

Hemşirelik bakımında, hematolojik maligniteleri olan hastaların duygusal reaksiyonlarına daha fazla dikkat edilmelidir (Parvan et al. 2015). Beden imajı ve benlik saygısını olumsuz etkileyebilecek alopesi ile ilgili yardım için yeterli bilgilendirme ve uygun destek sağlanması gerekmektedir (Ateş & Olgun, 2014). Beden imajının bozulduğu durumlarda, olumsuz etkilenmenin azaltılabilmesi için işlevsel olan hasta fonksiyonlarının desteklenmesi ve erken psikososyal desteğin sağlanması gerekmektedir (Weber et al. 2005).

SONUÇ: Akut lösemi hastalarının yarısından çoğunun tedavinin alopesi yan etkisini yaşadığı, ancak yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu belirlendi. Alopesinin akut lösemi hastalarında benlik saygısı olumsuz etkilediği, beden imajını etkilemediği saptandı. Akut lösemi hastalarında genel sağlık ile ilişkisi göz önüne alındığında, alopesinin hastalar üzerindeki etkisi, benlik saygısı ve beden imajının değerlendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

ALANA KATKI: Yapılan çalışma ile hastalarda oluşan alopesinin, beden imajı ve benlik saygısına yönelik olumsuz etkileri dikkat çekilmiştir. Alopesi riski olan bireylere erken psikososyal tedavi ve danışmanlık hizmetleri verilerek bu olumsuz etkilerin azaltılabileceği düşünülmektedir. Böylece tedaviye yönelik bu olumsuz etkilerin genel sağlık üzerine etkileri de ortadan kaldırılabilecektir.

PARLAK NOKTA (HIGHLIGHTS): Benlik saygısının, hastalardan saç dökülmesi yaşayanlarda daha düşük ($p=0.047$) olduğu belirlendi. Sağlıklı grupta fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Her iki grup arasında benlik saygısı açısından fark bulunmadı. Beden imajı açısından anlamlı fark saptandı ($p=0.000$).

Anahtar Kelimeler: Akut Lösemi, Alopesi, Benlik Saygısı, Beden İmajı.

KAYNAKÇA

1. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;67-80.
2. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Psikiyatri AD, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1986.
3. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantılar üzerine etkisi. Yeni Symposium 2015;53(3):17.
4. Doğan T, Sapmaz F, Totan T. Beden imgesi baş etme stratejileri ölçeğinin türkçe uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12:121-129.
5. Geihman G, Zimmermann C, Deckert A, Fitzgerald P, Mischitelle A, Rydall A, Schimmer A, Gagliese L, Lo C, Rodin G. Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder. Psychooncology 2016;25(8):979-989.
6. Guerra-Tapia A, Gonzalez-Guerra E. Hair cosmetics: dyes. Actas Dermosifiliogr 2014;105(9):833-839.
7. Hovardaoğlu S, Özdemir YD. Vücut algısı Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve majör depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1990.
8. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. Koruyucu Hekimlik 2008;7(2):167-172.
9. Kutanis Özen R, Tunç T. Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2013;15(2):1-15.
10. MacDonald P. Supporting patients with alopecia. Practice Nurse 2007;33(9):46.
11. Parvan K, Tabrizi FJ, Rahmani A, Ghojazadeh M, Azadi A, Golchin M. The relationship between hope and self-esteem in patients with leukemia. Journal of Caring Sciences 2015;4(3):217-223.
12. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
13. Şencan İ, İnce GN. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2016.
14. Weber CS, Fliege H, Arck PC, Kreuzer KA, Rose M, Klapp BF. Patients with haematological malignancies Show a restricted body focusing on function and emotion. Eur J Cancer Care (Engl) 2005;14(2):155-165.

Bildiri No: S-108

KEMİK İLİĞİ NAKİL SÜRECİNDEKİ HASTALARIN UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Asiye Akyol¹, Ayşe Özkaraman², Güler Balcı-Alparslan², Kader Çalışkan³

¹Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Eskişehir

³Anadolu Sağlık Merkezi, Gebze, Kocaeli.

GİRİŞ: Kemik iliği nakli, uzun süreli sağ kalım ve tedavi şansı sunmakla birlikte, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan bir işlemdir. Hematopoietik kök hücre nakli ve yüksek doz tedavinin, hastaların hemen tüm organ sistemlerinde ve ruh sağlığında, ağır hasar oluşturma potansiyeli vardır (1). Tedavi sürecinde kullanılan kemoterapötik, kortikosteroid ve narkotik gibi ilaçların yan etkileri, metabolik ensefalopati ve elektrolit dengesinin bozulması ile birlikte kanser tanısının kişide oluşturduğu duygusal travma, kemik iliği nakil kararı ve nakil sürecinin getirdiği güçlükler hastaların yaşadığı zorluklardandır (2). Yapılan bir çalışmada kemik iliği nakli olan 200 hastanın yaşam kalitesi değerlendirilmiş; olog nakil olan hastaların fiziksel ve mesleki fonksiyonlarını kısmen yerine getirebildiğini, allojenik nakil yapılan hastaların yaşam kalitesinin olog nakil yapılanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (3). Başka bir çalışmada ise erişkin hemapoetik kök hücre nakli olan hastaların tedaviden beş yıl sonra yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında nakil olan 34 hastanın fonksiyonel durumunun (fiziksel, rol ilişkisi, kognitif, emosyonel, sosyal) sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu en fazla yaşanan semptomların yorgunluk, ağrı, solunum sıkıntısı, uyku bozuklukları ve ekonomik sorunlar olduğu tespit edilmiştir (4). Araştırmalar gerek fiziksel ve psiko-sosyal sorunların gerek ise uygulanan tedavilerin hastaların yaşam kalitesini düşürdüğünü, uyku sorunlarına yol açtığını belirtmektedir (5,6). Bu çalışma ile kemik iliği nakil sürecinde olan hastaların yaşam kalitesi ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM: Bu araştırma kemik iliği nakil sürecinde olan hastaların uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini 1 Mayıs 2017- 30 Mayıs 2018 tarihleri arasında Kocaeli’nde özel bir hastanede kemik iliği nakli yapılacak veya yapılan, 18-65 yaş arası, iletişim sorunu olmayan, okur-yazar, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu. Araştırma verileri Birey tanıtım formu, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI) kullanılarak toplandı. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanıldı ve Spearman, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Sürekli değişkenlerin değerleri ortalama±standart sapma, kategorik değişkenlerin değerleri ise medyan, çeyreklikler, frekans ve yüzde olarak gösterildi.

BULGULAR: Araştırmada hastaların %58.3’ü erkek, %44.8’i ilköğretim mezunu, çoğunluğu (%70.8) evli olup, yaş ortalamaları 48.86±14.78yıl. Hastaların tıbbi özellikleri incelendiğinde; %30.2’si multipl

myelom, %86.4'ü daha önce kemoterapi almış, %53.1'i KİT sonrası eve taburcu olup poliklinikte takip edilmektedir. Hastaların toplam PUKI ortalama puanı 11.56±3.99, EORTC Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyut ortalama puanı 76.12±18.97, semptom alt boyut ortalama puanı 32.77±21.11, genel sağlık alt boyut ortalama puanı 58.53±21.70'dır.

Araştırmada hastaların yaşam kalitesi ve uyku kalitesi median puanlarının yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu, tanı ve şu an uygulanan ilaç tedavisine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmediği ($p>0.05$)(Tablo 1); kadın cinsiyette uyku kalitesi median puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.005$) (Tablo 1). Hastaların uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının KİT yapıldıktan sonra eve taburcu edilen hastaların KİT yapıldıktan sonra halen hastanede yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptandı($p<0.005$) (Tablo 1). Hastaların uyku kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; uyku kalitesi puanı ile fonksiyonel ve genel sağlık alt boyut puanları arasında negatif yönde, semptom alt boyut puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$, Tablo 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Araştırmamızda kemik iliği transplantasyonu takibinde hastanede yatan hastaların eve taburcu olan hastalara göre yaşam ve uyku kalitesi düşük iken, kadın cinsiyette uyku kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği semptom alt boyut ortalama puanı arttıkça uyku kalitesi ortalama puanının düştüğü belirlendi ($r=0.607$; $p<0.001$). Ovayolu et al (2013)'in çalışmasında KİT yapılmadan önce ve yapıldıktan sonra hastaların fiziksel ve mental sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşük olduğu, özellikle nakil sonrası yorgunlukla ilişkili problemlerin belirgin olduğu belirtilmiştir (7). Hacker et al (2015) nakil sürecinde hastanede yatan hastaların yaşadığı şikayetler ve gece uygulanan girişimler nedeniyle daha az uyudukları, bu nedenle hastanın durumuna göre girişim sayısının azaltılması gerektiği önerilmiştir (8). Nelson et al (2014)'in çalışmasında KİT sonrası 1 yıllık süreçte hastaların duygu durumu (anksiyete, depresyon) ve fizyolojik durumuna (inflamatuar süreç) bağlı uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği, özellikle KİT'i takip eden ilk 1 ayda bu durumun daha belirgin olduğunu bildirmiştir (9). Başka bir çalışmada da KİT sonrası hastaların uykusunun nitelik ve nicelik yönünden olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (10). Sonuç olarak kemik iliği nakil süreci ve sonrası hastaların yaşam ve uyku kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği, hastanın bakımında bu konuların değerlendirilerek yer verilmesi gerektiği önerilir.

KAYNAKLAR

1. Nash, RA. (2013). Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In: Greer JP, Forerter J, Lukes JN, et al. Wintrobe's Clinical Hematology (p.889-909). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
2. Şentürk, V., Yaylı, M., Civelek, A.Y. Bir Hastanın Güncesi: Kemik iliği nakli yapılan hastalara psikososyal yaklaşım. Kriz Dergisi, 12(1), 55-65.
3. Andrykowski, MA., Greiner CB, Altmajer, EM., Burish, TG., Antin, JH., Gingrich, R., McGarigle C., Henslee-Downey, PJ. (1995). Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. British J Cancer, 71(6), 1322-1329.

4. Kopp, M., Holzner, B., Meraner, V., Sperner-Unterweger, B., Kemmler, G., Nguyen-Van-Tam, D.P., Nachbaur, D. (2005). Quality of life in adult hematopoietic cell transplant patients at least 5 yr after treatment: A comparison with healthy controls. *Eur J Haematol*, 74, 304–308.
5. Pidala, J., Anasetti, C., Jim, H. (2009). Quality of life after allogenic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 114(1),7-19.
6. Jim, H.S.L., Evans, B., Jeong, J.M., Gonzalez, B.D., Johnston, L., Nelson, A.M., Kesler, S., Phillips, K.M., Barata, A., Pidala, J., Palesh, O. (2014). Sleep disruption in hematopoietic cell transplant recipients: Prevalence, severity, and clinical management. *Biol Blood Marrow Transplant*, 20(10),1465-1484.
7. Ovayolu, O., Ovayolu, N., Kaplan, E., Pehlivan, M., Karadağ, G. (2013). Symptoms and quality of life: Before and after stem cell transplantation in cancer. *Pak J Med Sci*, May-June, 29(3), 803-808.
8. Hacker, E.D., Kapella, M.C., Ferrans, C.E., Larson, J.L. (2015). Sleep patterns during hospitalization following hematopoietic stem cell transplantation. *Oncol Nurs Forum*,42(4),371-379.
9. Nelson, A.M., Coe, C.L., Juckett, M.B., Rumble, M.E., Rathouz, P.J., Hematti, P., Costanzo, E.S. (2014). Sleep quality following hematopoietic stem cell transplantation: Longitudinal trajectories and biobehavioral correlates. *Bone Marrow Transplant*, 49(11),1405-1411.
10. Nelson, A.M., Jim, H.S.L., Small, B.J., Nishihori, T., Gonzalez, B.D., Cessna, J.M., Hyland, K.A., Rumble, M.E., Jacobsen, P.B. (2018). Sleep disruption among cancer patients following autologous hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*, Mar, 53(3), 307-314.

Tablo 1. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre dağılımları

Özellikler		Fonksiyonel alt boyut		Semptom alt boyutu		Genel sağlık alt boyutu	
Cinsiyet	n	Median(Q1-Q3)	p	Median(Q1-Q3)	p	Median(Q1-Q3)	p
Kadın	40	74.44(58.88-83.88)	1.531	33.33(25.64-55.76)	752.00	50(35.41-66.66)	-2443
Erkek	56	83.33(71.66-93.33)	0.002*	23.07(10.89-38.46)	0.006*	66.66(50-83.33)	0.016**
Öğrenim durumu							
İlköğretim	43	82.22(64.44-88.88)	3619	28.20(20.51-53.84)	5986	58.33(41.66-66.66)	0.893
Ortaöğretim	21	71.11(57.77-88.88)	0.164 ⁺	35.89(17.94-48.71)	0.050 ⁺	58.33(50-66.66)	0.413 ^x
Yükseköğretim	32	82.22(73.33-95)		21.79(7.69-35.89)		66.66(43.75-83.33)	
Medeni durum							
Evli	68	81.11(64.44-88.88)	989.50	28.20(17.94-48.71)	828.50	58.33(43.75-66.66)	1105.5
Bekar	28	78.88(67.22-91.11)	0.762*	24.35(15.38-46.79)	0.319*	62.50(50-75)	0.211*
Gelir durumu							
Gelir giderden fazla	53	82.22(66.66-92.22)	1928	25.64(12.82-51.28)	3174	66.66(50-70.83)	1831
Gelir giderden az	17	75.55(63.33-86.66)	0.381 ⁺	41.02(17.94-58.97)	0.205 ⁺	58.33(33.33-66.66)	0.166 ^x
Gelir gidere denk	26	76.66(66.11-87.22)		28.20(19.87-36.53)		54.16(39.58-66.66)	
GYA destekleyen varlığı							
Hayır	15	82.22(68.88-95.55)	525.50	20.51(12.82-38.46)	704.50	66.66(50-75)	1151
Evet	81	80(64.44-88.88)	0.407*	28.20(17.94-52.56)	0.327*	58.33(41.66-66.66)	0.253**
Tanı							
Multipl myelom	29	82.22(64.44-93.33)	6294		9015		0.703
Hodgkin lenfoma	26	80(60-91.11)	0.614 ⁺	26.92(17.94-44.23)	0.341 ⁺	62.5(47.91-75)	0.688 ^x
Akut lösemi	15	68.88(64.44-86.66)		33.33(25.64-33.33)		58.33(41.66-66.66)	
Myelodisplastik sendrom	10	81.11(79.44-96.11)		23.07(9.61-39.74)		54.16(33.33-87.5)	
Nonhodgkin lenfoma	6	80(66.66-95)		24.35(16.02-37.82)		58.33(43.75-72.91)	
Kronik lösemi	3	88.88 (82.22- -)		15.38 (7.69--)		50 (33.33--)	
Ewing sarkom	3	68.88 (48.88- -)		53.84 (0--)		58.33 (33.33--)	

Aplastik anemi	2	87.77 (86.66--)		14.10 (12.82--)		62.5 (58.33--)	
Testis ca	2	57.44 (23.77--)		56.41 (48.71--)		92.91 (66.66--)	
KİT aşaması							
KİT yapıldı, eve taburcu oldum ^a	51	86.66 (73.33-95.55)	15.495	17.94 (10.25-28.20)	26.103	66.66 (50-83.33)	3.734
KİT yapıldı, hastanede yatıyorum ^b	43	75.55 (60-82.22)	<0.001⁺	41.02 (28.20-58.97)	<0.001⁺	50 (33.33-66.66)	0.028^x
KİT yapılacak, hastanede yatıyorum ^c	2	73.33 (53.33--)		26.92 (17.94--)		50 (33.33--)	
		(a-b)<0.001 [~]		(a-b)<0.001 [~]		(a-b)=0.009 [~]	
Şu an uygulanan ilaç tedavisi							
Antibiyotik	24	77.77 (55.55-88.33)	6.461	35.89 (23.71-58.97)	12.528	50 (41.66-72.91)	1.520
Antiviral	13	93.33 (76.66-96.66)	0.040⁺	12.82 (8.97-24.35)	0.002⁺	66.66 (50-83.33)	0.468 ⁺
Antibiyotik,antiviral,antifungal	59	80 (64.44-88.88)		28.20 (17.94-51.28)		58.33 (50-66.66)	

*Mann Whitney U test; ⁺Kruskal Wallis Test; [~]PostHoc test; ^xOne Way Onova Test; ^{**}Independent samples test; [~] Independent Samples Kruskal Wallis test

Tablo 2. Hastaların yaş, uyku ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki

	1	2	3	4
1.Yaş r p n	- - 96			
2.PUKI r p n	0.154 0.133 96			
3.Fonksiyonel alt boyut r p n	-0.019 0.856 96	-0.488 <0.001		
4.Semptom alt boyutu r p n	0.10 0.921 96	0.607 <0.001	-0.782 <0.001	
5.Genel sağlık alt boyutu r p n	-0.175 0.088 96	-0.524 <0.001*	0.421 <0.001	-0.527 <0.001

DİYABETLİ BİREYLERDE AİLE DESTEĞİ, YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUM

¹Gamze Yıldız Aslan, ²Özlem Tekir, ³Hicran Yıldız

¹Balıkesir Devlet Hastanesi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Balıkesir

²Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Balıkesir

³Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Bursa

GİRİŞ: Diyabet, yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde epidemik bir hastalık ve global bir tehlike olarak kabul edilmektedir. Genetik, çevresel, davranışsal, sosyoekonomik ve kültürel etmenlerin eklenmesiyle özellikle Tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmekte ve halen başlıca ölüm nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Yetişkinlerde amputasyon nedeni olarak birinci sırada yer almaktadır. Aynı zamanda kişilerin yaşam kalitesini, sosyal ve mesleki yaşantısını olumsuz yönde etkileyen körlük, sinir hasarı ve böbrek yetmezliği gibi sorunlara neden olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Gülşen ve Olgun, 2014; Olgun ve ark., 1998; Özdemir ve Hocoğlu, 2009; Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

Diyabet ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde kronik hastalıkların artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşam kalitesi kavramının önemi vurgulanmaktadır. Kronik bir hastalık olan DM temelde endokrin sisteme ait bir hastalık olmakla birlikte uygulanan tedavi protokolleri ve komplikasyonların oluşturduğu problemler, tedavi, medikal geçmiş, glisemik kontrol ve psikolojik durumları diyabetik hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Wandell, 2005; Çıtıl ve ark., 2010b; Akbudak, 2011; Wexler ve ark., 2006; Yılmaz, 2014). Diyabetik hastalarda DM süresinin artması, komplikasyonların bulunması, yeterli metabolik kontrolün sağlanamaması, başka kronik hastalığın varlığı, daha önce psikiyatrik hastalık geçirilmiş olması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Özdemir ve Hocoğlu, 2009; Gülseren ve ark., 2001). Diğer taraftan, Wandell (2005)'in de yapmış olduğu çalışmada artmış yaşam kalitesinin düzenli bakım, bakımın sürekliliği, diyabet hemşiresine yapılan ziyaretler ve diyabet eğitimindeki memnuniyetle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Yapılan klinik ve eğitimsel müdahale çalışmaları, hastaların sağlık durumlarında iyileşme ve kendi hastalıklarını kontrol etme yetisinde artma ve yaşam kalitesinde iyileşme ile sonuçlanmaktadır (Wandell, 2005; Rubin ve Peyrot, 1999).

Tedaviye Uyum

Kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorundur. Hastaların %50'sinden fazlası tedaviye tam uyum sağlayamamakta ve üçte biri verilen ilaçları kullanmamaktadır. Sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilse de pek çok hasta yeterli bakım alamamakta bazen de tedaviyi erkenden bırakmaktadırlar (Arslan, 2011).

Diyabetli bireylerde tedaviye uyumsuzluk yaygın olarak görülen bir durumdur. Diyabet gibi kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu özellikle tedavinin başarısını engellemekle birlikte, hastalık sürecinin olumsuz yönde ilerlemesine, başka hastalıkların ve ölümlerin gelişmesine, hastalık maliyetlerinin artmasına ve buna bağlı olarak da mesleki ve ailesel sorunlar oluşmasına ve sonuç olarak da hastanın yaşam kalitesi düşmesine neden olmaktadır (Taşkaya, 2014; Dikeç ve Kutlu, 2015).Tedaviye uyum göstermeme, DM'dametabolik dengesizliklerin önemli bir nedeni olarak tanımlanmaktadır. (Işık, 2004; Kartal ve ark., 2008).Yapılan bir çalışmada; diyabet tedavisinin temeli olan sağlıklı beslenme ve diyetle uyumun hastaya kazandırılması ile diyabetin metabolik kontrolünün daha kolay sağlanabileceği bildirilmiştir (Kara ve Çınar, 2011; Kartal ve ark., 2008). Hepke ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmasında, oral diyabetik ilaç tedavisine uyum ile maliyet arasındaki ilişki incelenmiş ve çalışma sonucunda, tedaviye uyumun artması ile acil servise müracaat ve hastaneye yatış oranlarının azaldığı, tıbbi bakım masraflarının da azaldığı tespit edilmiştir (Hepke ve ark., 2004).Tedaviye uyumun sağlanmasında, hasta ve ailesine verilen eğitim son derece önemlidir. Bununla birlikte, yaşam boyu sürecek bir hastalığa sahip olmanın hem bireyi hem de aileyi ruhsal ve sosyal yönden etkileyebileceği ve bu durumun eğitimin etkin şekilde verilmesini engelleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

Diyabet ve Ailesel Destek

Diyabet sürekli ve zorunlu yaşam biçimi değişikliklerine sebep olan, istenmeyen sonuçlarına bağlı olarak yaşam kalitesini etkileyebilen ve diyabetli birey ile birlikte ailesini de etkileyen kronik bir hastalıktır (Sofulu, 2015).Diyabetli bireyler fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsel sorunlar ve çatışmalarla karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle endişe, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir. Diyabetlinin yaşadığı bu sorunlar aileye de yansımaktadır. Bazı diyabetli bireyler ve aileleri arasında bu durum çatışmalara kadar gidebilmektedir. Diyabetlilerin yaşadığı bu olumsuz durumlar, bireylerin diyabet kontrolünü de olumsuz yönde etkilemektedir (Buzlu, 4 Kasım 2016; Sofulu, 2015).

Bu nedenle, diyabetli bireyin sosyal çevresinin desteğini önemlidir. Bireye sağlanan sosyal desteğin en önemli parçasını aile oluşturmaktadır. Aile ilişkilerinin olumlu, ilgili olması bireye; özsaygı, kendine güven, iyimserlik, umutlu olma, mücadele isteği ve yetenek gibi özellikler kazandırmaktadır. Diyabetik bireylerde aile desteğinin var olması, bireyin öz bakımının artmasına, morbiditenin azalmasına, diyabetli hastaların ve hatta aile bireylerinin yaşam kalitesinin artmasına katkıları bulunmaktadır (Baykal, 2013; Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016). Bu nedenle diyabetli bireylerin tedavisinin başarılı olabilmesinde ailenin önemi büyük olduğu için aile bireylerinin de diyabetli birey ile birlikte tedavi planına uymaları ve hastanın eğitimi için yapılan etkinliklere katılmaları ve diyabet bakımına katılmaya teşvik edilmeleri gerekmektedir (Ersoy ve ark., 4 Kasım 2016; Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, Diyabetli Bireyler içinEgitimciRehberi-2014).

SONUÇ: Diyabetin kronik bir hastalık olması, hastalık sürecinde fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların ortaya çıkması nedeniyle, hasta bireylerin tedavi ve bakım sürecinde ailelerine daha çok ihtiyaç duydukları ve onlardan destek almak istedikleri görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin bu durumun farkında olması, hasta ve ailesiyle işbirliği içinde olmaları gereklidir. Bu literatürbilgileri doğrultusunda, diyabetli bireylerde aile desteğinin, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesine yönelik çalışmalarının artırılması ve tespit edilen sorunlara yönelik olarak çözüm önerileri geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akbudak P. (2011). Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular ile Diyabet Yaşam Kalitesi arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
2. Arslan E. (2011). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi.
3. Baykal D. (2013). Tip 2 Diyabetik Hastaların Glisemi Kontrolünde Aile Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
4. Buzlu. (2016). Diyabetin Psikososyal Yönü. Diyabet Hemşireliği Derneği. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/17blm.pdf. Erişim Tarihi: 04.11.2016.
5. Çıtlı R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y.(2010). Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 32(4):253-264.
6. Dikeç G, Kutlu Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – J Psychiatric Nursing*, 6(1):40-46.
7. Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. (2001). **Diyabetes Mellitusta Hasta Eğitimi ve İzlemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi-STED**, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/2.html>. Erişim tarihi 04.11.2016.
8. Gökdoğan F, Akıncı F. (2001). Bolu’da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik YO Derg*, 5(1):10-17.
9. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür Ş. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Derg*, 12(2):89-98.
10. Gülşen G, Olgun N. (2014). Diyabetli hastalarda ayak bakımı ve ayakkabı kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Uuslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg*. 1(2):38-58.
11. Hepke KL, Martus MT, Share DA. (2004). Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic. *Am J Manag Care*, 10(2):144-151.
12. Işık A. (2004). Diabetik Hastalarda Kullanılan Tedavi Yönteminin Kişilik Özellikleri ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi.
13. Kara K, Çınar S. (2011). Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J MedSci*, 1(2):57-63.
14. Kartal A, Çağırğan MG, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. (2008). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(3):223-230.
15. Olgun N, Yalın H, Demir HG. (1998). Diyabetle mücadelede diyabet risklerinin belirlenmesi ve tanılama. *The J Turkish Family Physician*, (2):41-49.
16. Özdemir İ, Hocaoglu Ç. (2009). Tip 2 Diabetes mellitus ve yaşam kalitesi: Bir gözden geçirme. *Göztepe Tıp Derg*, 24(2):73-78.

17. Rubin RR, Peyrot M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 15(3):205-218.
18. Sofulu F. (2015). Tip 2 Diyabette Aile Desteği ve çatışma leği'nin geçerlik ve güvenirlik alışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Katip elebi Üniversitesi.
19. Sofulu F, nsal Avdal E. (2016). Tip 2 Diyabette aile desteği ve aile çatışmasının öz yönetim sürecine etkisi. *Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Derg*, 8(2):15-18.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabetli bireyler için eğitimci rehberi, (2014). [http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/Diyabetli Bireyler Icin Eğitimci Rehberi. pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/Diyabetli_Bireyler_Icin_Egitimci_Rehberi.pdf). Erişim Tarihi 12 Eylül 2016.
21. Taşkaya S. (2014). Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
22. Yılmaz M. (2014). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Tutum Durumlarının, Yaşam Kalitesi ve Metabolik Kontrol zerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
23. Wandell PE. (2005). Quality of life of patients with Diabetes mellitus. *Scandinavian J Primary Health Care*, 23:68-74.
24. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, Blais MA, Meigs JB. (2006). Correlates of health-related quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetologia*, 49:1489–1497.

HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KARS İLİ ÖRNEĞİ

Ayşe Gül Parlak¹, Zümrüt Akgün Şahin²

¹ Kafkas Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kars

² Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kars

GİRİŞ: Günümüzde hemşirelik mesleğinin, sağlık bakımı vermenin yanı sıra araştırma yapma, teori geliştirme, mesleki örgütlere katılma gibi değerleri de içermesi hemşirelikte profesyonel değerler kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur (Öz ve Özyürek 2018, Görüş ve ark. 2014). Profesyonel değerler; hemşirelerin, sağlıklı/hasta bireylerle, meslektaşlarıyla, diğer ekip üyeleriyle ve toplumla etkileşimine rehberlik eden niteliklerdir (Orak ve Alpar 2012, Karadağlı 2016). Hemşirelere kişisel ve mesleki olarak gelişme olanağı sağlayan bu nitelikler, hasta memnuniyetini artırabilir ve sağlık sonuçlarını olumlu etkileyebilirler (Bayraktar ve ark. 2016, Kaya ve Kantek 2016).

Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği için çok önemli bir kavram olan profesyonel değerlerin ve onu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Literatürde incelendiğinde hemşirelerin profesyonel değerlerine yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu ve yeni yapılacak çalışmaların katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

AMAÇ: Bu çalışma hemşirelerin profesyonel değerlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma Kars il merkezinde bulunan bir devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde 1 Mart – 1 Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma evrenini devlet hastanesinde çalışan 225, üniversite hastanesinde çalışan 140 olmak üzere toplam 365 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli/raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 238 hemşire çalışmaya alınmıştır.

Araştırma verileri, tanıtım formu ve hemşirelikte profesyonel değerler ölçeği(HPDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Tanıtım formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi çalıştığı kurum, görevi, Mesleki deneyim, çalışma saatleri gibi sosyo- demografik özellikler ile mesleği seçme nedeni, profesyonel değerlere yönelik eğitim alma, hemşirelik derneklerine üye olma gibi mesleki özelliklere ilişkin sorulardan oluşmuştur.

Hemşirelikte Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ): Weis ve Schank(2009) tarafından geliştirilen ölçek, ülkemizde Geçkil ve ark.(2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hemşirelerin profesyonel değerlerini kendilerinin değerlendirdikleri ölçek 26 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130'dur. Yüksek puanlar yüksek profesyonel değerleri göstermektedir.

Araştırma için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'ndan 14.03.2018 tarih ve 04 sayılı onay alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanelerden resmi kurum izni ve çalışmaya katılan hemşirelerden sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows, Version 20.0) paket programı kullanıldı. Parametrik değişkenlerin değerlendirilmesinde; aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, nonparametrik değişkenlerin değerlendirilmesinde ise frekans ve yüzdeler kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiler Mann – Whitney U Testi, Kruskal Wallis ve Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR: Araştırma bulgularına göre; hemşirelerin yaş ortalaması 28.76 ± 7.40 , %79.8'i kadın, %49.2'si evli ve %39.9'u lisans mezunudur. Hemşirelerin % 60.9'unun servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %65.5'inin nöbet tuttuğu, hemşire olarak toplam çalışma sürelerinin 7.60 ± 7.43 olduğu, haftalık 51.03 ± 10.74 saat çalıştıkları, %35.7'sinin iş bulma kolaylığı nedeni ile hemşireliği tercih ettiği, %50.8'inin orta derecede mesleğini sevdiği, %79.8'inin hizmet içi eğitim aldığı, %58.3'ünün bilimsel toplantılara katılmadığı ve %70.2'sinin herhangi bir hemşirelik derneğine üye olmadığı ve %58.4'ünün profesyonel değerlerle ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Araştırmada hemşirelerin profesyonel değerler puanı ortalamasının yüksek olduğu (100.48 ± 18.67) bulunmuştur. Çalışmada erkek olan ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin profesyonel değerler ölçeği puan ortalamalarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Mesleğini çok severek yaptığını ifade edenlerin, hemşirelik derneklerine üye olanların ve profesyonel değerler konusunda eğitim alanların ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HPDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek alt boyut puan ortalamasının, bakım verme alt boyutunda 31.69 ± 6.00 en yüksek skora sahip iken, sadakat alt boyutunda 11.47 ± 2.66 en düşük skora sahip olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

HPDÖ puanı en yüksek grup yüksek lisans mezunu hemşireler (116.15 ± 9.75) olmasına rağmen yüksek lisans mezunu hemşire sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1: Hemşirelerin mesleklerine yönelik bazı özelliklere göre Profesyonel Değerler Ölçeği puan ortalamaları (n=238)

Özellikler	n	%	Ort.±SS	p
Hemşireliği seçme nedeni				
İş bulma kolaylığı	85	35.7	102,53±20,46	0.121
Aile isteği	63	26.5	98,63±17,679	
Mesleği sevme	78	32.8	101,03±17,702	
Diğer	12	5.0	93,92±15,826	
Mesleği sevme durumu				
Çok	76	31,9	104,07±19,020	0.154
Orta	121	50,8	98,84±18,430	
Az	26	10,9	99,73±18,189	
Hiç	15	6,3	98,27±18,889	
Kurumdan mesleki eğitim alma				
Evet	190	79,8	100,32±18,439	0.420
Hayır	48	20,2	101,56± 19,692	
Bilimsel toplantılara katılma				
Evet	110	46.2	98,90±19,784	0.422
Hayır	128	53.8	102,01±17,594	
Hemşirelik derneklerine üye olma				
Evet	71	29,8	101,00±20,100	0.406
Hayır	167	70,2	100,39±18,077	
Hemşirelikte profesyonel değerlerle ilgili eğitim alma				
Evet	139	58,4	101,68±17,375	0.492
Hayır	99	41,6	99,01±20,322	

SONUÇ: Hemşirelerin profesyonel değerler ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelere profesyonel değerlerle ilgili çalıştıkları kurumların yeterli eğitim desteği verdiği saptanmıştır. Türkiye’de farklı şehirlerde bulunan hastanelere örnek teşkil etmesi ve diğer sağlık kurumlarının profesyonel değerlere yönelik hizmet içi eğitim programı oluştururken katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: {hemşirelik, profesyonel değerler, etkileyen faktörler}

KAYNAKLAR

1. Bayraktar D, Yılmaz H, Khorsthd L. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Tutumlarının İncelenmesi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 32(3):63-74.
2. Geçkil E, Ege E, Belgin Akın B, Fügen Göz F. (2012). Turkish version of the revised nursing professional values scale: Validity and reliability assessmentjjns. Japan Journal of Nursing Science; 9, 195–200.
3. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A.(2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing;5(3):137-142.
4. Karadağlı F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi; 9 (2), s:81-91.
5. Kaya A, Kantek F. (2016). Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı ve Etkileyen Faktörler, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı :1, Cilt :3,(18-25).
6. Orak, N. Alpar, Ş. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2(Suppl. 1): 22-30,

7. Öz M, Özyürek P. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Profesyonel Değer Algıları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Health and Nursing Management*; 5(2):113-122.
8. Weis D, Schank MJ.(2009). Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale-Revised. *J Nurs Meas* ;17:221-31.

DIYABETLİ BİREYLERİN RAMAZANDA ORUÇ TUTMA DAVRANIŞLARI

Feride Taşkın Yılmaz¹, Dilek Ayfer Şahin², Ahmet Kerim TÜRESİN²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Şuşehri Sağlık Yüksekokulu, Sivas

²Şuşehri Devlet Hastanesi, Sivas

AMAÇ: Dünyanın birçok yerinde milyonlarca Müslüman İslami Takvimin (Hicr'in) 9. ayın olan ramazan ayında dini bir zorunluluğu yerine getirmek için oruç tutmaktadır. Ramazanda gündüz- gece oranı nispeten dengeli ülkeler esas alınarak, güneşin doğuşu ile batışı arasında hiçbir şekilde yiyecek ve içecek alınmamakta ve ilaç kullanılmamaktadır (Yaman ve Özgen, 2006; Ahmedani et al, 2014). Oruç tutmak, diyabetli bireylerde öğün atlanması nedeniyle hipoglisemi; açlık hissinin fazla olması sonucu öğün miktarının artırılması nedeniyle hiperglisemi, yetersiz sıvı alımı nedeniyle dehidretasyon gibi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Ahmedani et al, 2014; Hui et al, 2010; Akbani et al, 2005). Bu nedenle ramazan ayı boyunca oruç tutmak isteyen diyabetli bireylere açık ve kapsamlı öneriler sunulmalıdır (Masood et al, 2014). Hekim önerisi doğrultusunda oruç tutmasında sakınca bulunmayan hastaların kan şekeri değerlerinin daha sıkı takip edilmesi, ilaç dozlarının yeniden ayarlanması gerekmektedir (Bulutlar, 2015). Araştırma, diyabetli bireylerin ramazanda oruç tutma davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmanın örnekleme 21 Mayıs – 14 Haziran 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin dahiliye polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 70 hasta dahil edilmiştir. Veriler, hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri içeren tanılama formu ile oruç tutma davranışlarını sorgulayan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından bireylerin dahiliye polikliniğine başvurusu esnasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde ortalama ve yüzdelik dağılım kullanılmıştır.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 62.42±9.13 yıl olup, %48.6'sı okuma yazma bilmemektedir. Katılımcıların hastalık süresi ortalaması 62.42±9.13 yıl olup %45.7'si oral antidiyabetik ile birlikte insülin kullanmaktadır. Hastaların sadece %47.1'i diyabet hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %52.9'unun diyabet dışında ek başka kronik hastalığı vardır. Katılımcıların %40'ı oruç tuttuğunu, buna rağmen sadece %21.4'ü diyabet hastalarının oruç tutabileceğini belirtmiştir. Oruç tutan diyabetli bireylerin %25'i oruç tutma konusunda doktoruna danıştığını, tamamı sahura kalktığını, %87.5'i dini yönden kendini sorumlu hissettiği için oruç tuttuğunu, %87.5'i oruç nedeniyle ilaç kullanımında değişiklik yaptığını ve sadece %25'i oruç tuttuğu zamanlarda kan şekerini sık sık kontrol ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca oruç tutan diyabetli bireylerin %25'i bazen hipoglisemi yaşadığını, %12.5'i bazen hiperglisemi yaşadığını, %18.8'i her zaman susuzluk hissi yaşadığını, %43.8'i her zaman oruç tutarken her zaman unutkanlık, dalgınlık, sinirlilik, dalgınlık gibi davranış değişiklikleri yaşadığını

belirtmiş olup %12.5'i oruç nedeniyle kan şekeri seviyesindeki bozulmaya bağlı acil servise başvurduğunu ifade etmiştir.

TARTIŞMA: Çalışmada hastaların yarıya yakınının oruç tuttuğu belirlenmiştir. 13 ülkeden 12.243 diyabetli bireyin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada en az 15 gün boyunca oruç tutan tip 2 diyabetli bireylerin oranı %78.7 olarak bulunmuştur (Salti et al, 2004). Başka bir çalışmada diyabetli bireylerin %64'ünün ramazan ayının her gün, %94.2'sinin en az 15 gün oruç tuttuğu belirlenmiştir (Babineaux et al, 2015). Çalışmada bireylerin sadece dörtte birinin oruç tutma hususunda hekime danıştığı tespit edilmiştir. Bu durum diyabetli bireylerin orucun istenmeyen etkileri noktasında başetmeyi olumsuz etkileyebilir. Çalışmada bireylerin çoğunluğunun oruç nedeniyle ilaç kullanımında değişiklik yaptığı tespit edilmiştir. Aadil, Houti, Moussamih (2010)'in çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Salti ve ark. (2004) çalışmasında, ramazanda diyabetli bireylerin yarısının ilaç dozlarında değişiklik yaptığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada, %76.6 oranında oral antidiyabetik ajan tedavisi alan bireylerin %39.3'ünün tedavi rejimini değiştirdiği saptanmıştır (Babineaux et al, 2015). Çalışmada bireylerin dörtte birinin bazen hipoglisemi yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada, oruç tutan tip 1 diyabetli bireylerin %35.3'ünün, tip 2 diyabetli bireylerin %23.2'sinin hipoglisemi yaşadığı tespit edilmiştir (Ahmedani et al, 2014). Asya, Afrika ve Avrupa ülkelerinde oruç tutan 3.250 diyabetli bireyle yapılan çalışmada, bireylerin %13.8'inin hipoglisemi açısından yüksek risk taşıdığı, ramazan sonrasında hipoglisemi görülme sıklığında anlamlı düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (Jabbar et al, 2017). Çalışmada bireylerin oruç tutma esnasında %12.5'inin bazen hiperglisemi yaşadığını tespit edilmiştir. Ahmedani ve ark. (2014)'nın çalışmasında, bireylerin %15.4'ünün hiperglisemi semptomları gösterdiği bulunmuştur. Çalışmada diyabetli bireylerin %12.5'i oruç nedeniyle kan şekeri seviyesindeki bozulmaya bağlı acil servise başvurduğunu tespit edilmiştir. Geniş örneklem grubu ile yapılan bir çalışmada da, ramazanda diyabetli bireylerin hastaneye yatış oranında 3-7 kat artış görüldüğü belirtilmiştir (Salti et al, 2004).

SONUÇ: Diyabetli bireylerin yarıya yakınının oruç tuttuğu, hekime danışarak oruç tutan birey oranının düşük olduğu, oruç tutan diyabetli bireylerin kan şekeri izlemlerinin düşük olduğu ve kan şekerinde dalgalanma nedeniyle sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, ramazan ayında oruç tutmak isteyen diyabetli bireylere yönelik hastane ortamında ya da medya aracılığı ile bilgilendirmelerin yapılması, beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı konularında yapılması gereken değişikliklerin öğretilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aadil N, Houti IE, Moussamih S. Drug intake during Ramadan. *BMJ* 2004;329:778-82.
2. Ahmedani MY, Alvi SF, Haque MS, Fawwad A, Basit A. Implementation of Ramadan-specific diabetes management recommendations: a multi-centered prospective study from Pakistan. *J Diabetes Metab Disord.* 2014;13(1):37.

3. Akbani MF, Saleem M, Gadit WU, Ahmed M, Basit A, Malik RA. Fasting and feasting safely during Ramadan in the patient with diabetes. *Pract Diab Int.* 2005;22(3):100-104.
4. Babineaux SM, Toaima D, Boye KS, Zagar A, Tahbaz A, Jabbar A, Hassanein M. Multi-country retrospective observational study of the management and outcomes of patients with Type 2 diabetes during Ramadan in 2010 (CREED). *Diabet Med.* 2015;32(6):819-28.
5. Bulutlar ON. Diyabet hastalarına beslenme açısından yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi.* 2015;31(Ek sayı):39-44.
6. Hui E, Bravis V, Hassanein M et al. Management of people with diabetes wanting to fast during Ramadan. *BMJ* 2010;340:1407-11.
7. Jabbar A, Hassanein M, Beshyah SA, Boye KS, Yu M, Babineaux SM. CREED study: Hypoglycaemia during Ramadan in individuals with Type 2 diabetes mellitus from three continents. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;132:19-26.
8. Masood SN, Alvi SF, Ahmedani MY, Kiran S, Zeeshan NF, Basit A, Shera AS. Comparison of Ramadan-specific education level in patients with diabetes seen at a Primary and a Tertiary care center of Karachi-Pakistan. *Diabetes Metab Syndr.* 2014;8(4):225-9.
9. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, Jabbar A; EPIDIAR study group. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care.* 2004;27(10):2306-11.
10. Yaman M, Özgen L. Oruç tutan bireylerin ramazan ayı ve ramazan bayramı'nda besin tüketim durumlarındaki değişikliklerin saptanması. *Aile ve Toplum.* 2006;3(9): 13-21.

**TIP II DİYABETLİ HASTAYA KLİNİKTE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMLA SUNULAN
HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU**

¹Tansu Okan ²Elif Ünsal Avdal, ²Zehra Doğan

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Diyabet, insülin eksikliği/etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat(KH), yağ ve proteinlerden yararlanamadığı, sürekli bakım gerektiren, bir metabolizma bozukluğudur.(6)

Dünyada giderek artan tipII DM, sakatlık ve yeti yitimlerine yol açan önemli bir sorundur. Akut/kronik komplikasyonu olan, metabolik kontrolü kötü olan bireyler hastanede yatarak tedavi almaya gereksinim duyarlar. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve kronik(retinal,renal,nöral,kardiyak/vasküler) sekellerinden korunmak için gerekli bakım/tedavi sunulmalı ve hastalar eğitilmelidir. Kronik hastalıklarda koruyucu bakımın önemi ve hemşirenin rolü düşünülerek bu çalışmada; çağdaş halk sağlığı görüşüyle, bütüncül bakım geliştirilmiştir(1).

Hemşirelik açısından önemli modellerden biri olan 1976’da Nancy Roper tarafından ortaya konulan ve Winifred Logan ve Alison Tierney tarafından geliştirilmiş‘Yaşam Aktiviteleri Modeli(GYA)’dir.(1)

Yaşam Aktiviteleri

- 1.Güvenli çevrenin sağlanması/sürdürülmesi
- 2.İletişim
- 3.Solunum
- 4.Beslenme
- 5.Boşaltım
- 6.Bireysel temizlik/giyim
- 7.Beden ısısının denetimi
- 8.Hareket
- 9.Çalışma/eğlenme
- 10.Cinselliğin ifadesi
- 11.Uyku
- 12.Ölüm

ROPER-LOGAN-TIERNEY GYA MODELİ

Beş ögeden oluşur.

- 1)Yaşam Aktiviteleri
- 2)Yaşam Süresi
- 3)Bağımlılık/Bağımsızlık Süreci

4)Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

5)Yaşamın Bireyselleştirilmesi

Modelin amacı; hemşirelik girişimlerine yapı oluşturmaktır. Hemşirelik sürecinin (özellikle)tanılama aşamasında kolaylıklar sağlamaktadır. Hemşire hastasını gözlerken şunu sormalıdır;‘Hastanın hangi yaşam aktivitesi etkileniyor? Hasta hangi yaşam aktivitesini yerine getiremiyor?’Böylece hemşire hastasının gereksinimini saptayabilir. (1)

Hemşireler, profesyonel ekibinin parçasıdır. Sağlığın yükseltilmesi, korunması ve hastanın yararı için çalışırlar. Modelle ilişkisi şöyle tanımlanmıştır: Hemşirelik; hastaların, ‘yaşam aktivitelerine yönelik sorunlarının önlenmesi, hafifletilmesi ve başa çıkabilmesine yardımcı olmaktır.’ (9)

Modelin Veri Toplama Aşamasında Kullanımı

- 1.Hastanın/Çevrenin Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme
- 2.İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi
- 3.Solunum Gereksiniminin Değerlendirilmesi
- 4.Yeme/İçme Gereksiniminin Değerlendirilmesi
- 5.Boşaltım Gereksiniminin Değerlendirmesi
- 6.Bireysel Temizlik ve Giyim Gereksiniminin Değerlendirilmesi
- 7.Beden Isısının Kontrolü
- 8.Hareketlilik Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi
- 9.Çalışma/Eğlenme Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi
- 10.Cinselliği İfade Etme Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi
- 11.Uyku Gereksiniminin Değerlendirilmesi
- 12.Ölümlle İlgili Gereksinimlerin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetinin tüm alanlarına entegre edebilen, hümanist/bütüncül yaklaşımla bireyi ele alan bu model, bireyin katılımını öngörmektedir. Hastanın yaşam kalitesini ve bağımsızlığını artırmak için bu modelde; yukarıda listelenen günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilir(7).

OLGU

Tüm bilgiler diyabetli birey ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

- ✓ **Temel Durumsal Faktörler:**
- ✓ **Yaş:** 52
- ✓ **Cinsiyet:** Erkek
- ✓ **Sağlık durumu:** Tip2 DM, DİYABETİK RETİNOPATİ(%35)
- ✓ **Gelişim durumu:** 180cm,89kg

- ✓ **Sosyo-kültürel özellikler:** Birey İstanbul'da ablası ile yaşamaktadır. Gelir durumu kötü ve okuma yazma bilmemektedir.
- ✓ **Sağlık bakım sistemi:** Emekli
- ✓ **Aile sistemi:** Çekirdek aile
- ✓ **Yaşam şekli:** Sedanter
- ✓ **Kaynakların varlığı-yeterliliği:** Maddi/manevi olarak aile desteği aldığını belirtmektedir.

Bireyin fizik muayenesinde derisinin kuru/solgun olduğu, damar yolu nedeniyle yaralarının olduğu, tırnaklarının kirli olduğu, diş kaybı/çürüğü olduğu gözlemlenmiştir. Ayak muayenesinde derisinde kuruluk/çatlaklar görülmüştür. Ayak tırnaklarında mantar olduğu ve hijyen eksikliği gözlemlenmiştir. Ayaklarda batma vardır. Kan şekeri regülasyonu sağlanamamaktadır.

Hastanın/cevresinin güvenliğini sağlama: Görme engelinden dolayı düşme riski vardır.

İletişim: İletişime girmekten kaçınmaktadır.

Solunum: Solunum sıkıntısı yoktur.

Beslenme alışkanlığı: İştahsız olduğunu belirtmiştir.

Boşaltım alışkanlığı: Yataktan çıkmadığı için tuvalet gereksinimi yatakta ve sonda ile karşılanmıştır. Üç günde bir dışkılama yapmaktadır.

Kişisel temizlik ve giyim: Haftada bir banyo yaptığını, dişlerini hiç fırçalamadığını, hastanede banyo yapmadığını ifade etmiştir.

Beden ısısının kontrolü: Ortalama 36,5 °C'dir.

Hareket: Yardımla kısa yürüyüşler yapmaktadır.

Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme: Çalışmadığını ve bir aktivitesinin olmadığını belirtmiştir. Maddî anlamda başka birine bağımlıdır ve sosyal ilişkileri zayıftır.

Cinsellik: Cinsel deneyimi olmadığını ifade etmiştir.

Uyku: Günde 7 saat uyuduğunu ifade etmiştir.

Ölüm: Ölümden korktuğunu belirtmiştir.

SAPTANAN SORUN	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
1. SÖZEL İLETİŞİMDE BOZULMA	-Bireyle yapıcı iletişim kuruldu -Kendini ifade etmesi için cesaretlendirildi.	Bireyin gitgide daha iyi iletişim kurduğu, sorulara cevap verdiği ve hemşireye sorular yönelttiği gözlemlenmiştir.
2. GEREKSİNİMDEN AZ BESLENME	-Bireye uygun beslenme programı hazırlandı. -Beslenmenin önemi anlatıldı.	Birey iştahının arttığını ifade etti.
3. KONSTİPASYON	-Lifli gıdalar yemesi ve bol su tüketmesi hakkında bilgi verildi. -Egzersiz, yürüyüşü sağlandı.	Birey tuvalete çıkabildiğini söyledi.
4. ORAL KAVİTEDE BOZULMA/HİJYEN EKSİKLİĞİ	-Diş fırçalamanın önemi anlatıldı. -Birey teşvik edildi	Düzenli olarak fırçalayacağını belirtti.
5. SOSYAL İLİŞKİLERDE YETERSİZLİK	-Bireye arkadaşlarıyla konuşması/telefonlaşmasının, ziyaretçi kabul etmesinin ona iyi geleceği söylendi.	Ziyaretçi kabul sayısı arttı.
6. DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ	-Günlük vücut bakımı yapıldı -Sık pozisyon verildi. -Kendisini basınç ve sürtünmeden nasıl koruyacağı öğretildi.	Yara oluşumu gözlenmedi.
7. ENFEKSİYON RİSKİ	-Lokal ve sistemik bulgular takip edildi. -Ortamin hijyeni sağlandı. -El hijyeni hakkında eğitimler verildi.	Enfeksiyon belirtileri gözlemlenmedi.
8. DÜŞME RİSKİ	-Yatak kenarları kaldırıldı. -Yürüyüşlerinde yardım destek sağlanmıştır. -Ortam güvenliği hakkında bilgi verildi.	Düşme olmadı.
9. DİYABET KOMPLİKASYONU RİSKİ	-Glikoz düzeyleri takip edildi. -Komplikasyonlardan korunma hakkında bilgi verildi.(aktivite,beslenme,glikoz izlemi vb..)	Komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ VE ÖNERİ: Uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren tipII DM; kontrol altına alınmadığında sakatlıklara ve yetiyitimlerine yol açabilmektedir. Yapılmış bir çalışmada Türkiye’de diyabetlilerin yaklaşık yarısının hiç tedavi almadığı ya da bireyin kontrol altında olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun sakatlık, yetiyitimi ve ölümleri artıracığı düşünülebilir.(7) Kronik hastalıklardan korunmada hemşirelerin ekip işbirliği ile kapsamlı bakım sunması gerekir. Bu nedenle hemşireler olarak;

- ✓ Bakımda bireyi/çevresini ele alarak holistik(bütüncül) bir şekilde değerlendirebilmeli,
- ✓ Ekipte işbirliği yapmalı,
- ✓ Bireyi destekleyip uyumunu artırmalı,
- ✓ İyi bir eğitimle komplikasyonları azaltabilmeliyiz.

KAYNAKÇA

1. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper Logan Tierney model of nursing: Based on activities of living. Edinburg: Elsevier Health Sciences; 2000. s. 20
2. American Diabetes Association. Hospital admission guidelines for diabetes. Diabetes Care 2004 27 (suppl 1):103
3. Ozan,Y. Tanılama. Bakımın Planlanması 2014; 2. 120-130
4. American Diabetes Association: third-party reimbursement for diabetes care, self management, education and supplies. Diabetes Care 1997;20(Suppl.1):S61.
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. 2013;[160 screens]. URL: https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. Dec 10, 2015
6. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2006;29:1-39.
7. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca Y, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A. Twelveyear trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiology 2013 28 (2):169-80.
8. Dinççağ N. İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18: 181-223
9. Birol L. Hemşirelik süreci. 5. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, 2002.
10. Taylan S.,Alan S.,Kadioğlu S. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2012;3:66-74

KÜRESELLEŞEN DÜNYANIN SAĞLIĞA VE KRONİK HASTALIKLARA ETKİSİ

Fatıma Turğut

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

25 Aralık Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Küreselleşme, bir noktada meydana gelen olayların, başka noktalardaki olayları etkilemesi ve meydana gelen bu olaylardan etkilenerek toplumsal ilişkilerin dünya ölçeğinde yoğunlaşmasıdır. Dünya çapında ekonomi, siyaset, kültür, sağlık, sosyal hayat, vb. birçok konuda büyük bir değişimi ifade etmektedir.

Teknolojik gelişmeler, politik etkiler, ekonomik baskılar, değişen fikirler, sosyal ve çevresel sorunlardaki artış gibi çok sayıda itici ve zorlayıcı güç küreselleşmeyi etkilemektedir^{2,3}.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), küreselleşmenin sağlıkla bağlantısını üçü direkt, ikisi indirekt olmak üzere toplam beş noktaya odaklayan bir model geliştirmiştir. Direkt etkiler; sağlık sistemi, sağlık politikalarının etkileri ile infeksiyon hastalıkları ve sigara pazarı gibi bazı zararlı durumlara maruz kalmayı içermektedir. İndirekt etkiler ise; sağlık sektörünün ulusal ekonomi aracılığıyla yönetimi ile beslenme, yaşam koşulları vb. faktörlere bağlı ortaya çıkan toplumsal riskleri içermektedir.

Sağlık hizmetinin toplumun tüm kesimlerine eşit şekilde sunulmaması sağlık alanındaki küreselleşmenin olumsuz yönlerinden bir diğeridir⁶. Devletin sağlık hizmetindeki rolünün azalması, koruyucu hizmetlerin sahipsiz kalması, özel sektöre bırakılan tedavi hizmetlerinin bedelinin artması sonucu en çok yoksul kesim, kadınlar ve çocuklar etkilenmekte ve zarar görmektedir.

Yine hızla ilerleyen küreselleşme, iletişim süreçlerini hızlandırmış, bilgiden kısa sürede yararlanma olanaklarını ortaya çıkarmış ve rekabeti gündeme getirmiştir. Küreselleşmenin getirdiği elektronik iletişimle birlikte sağlık alanındaki yeni tedavi, teknoloji ve stratejiler hakkındaki bilgiler hızla dünya geneline yayılabilmektedir.

Hem Dünya Sağlık Örgütü hem de Birleşmiş Milletler tarafından kronik hastalıklar 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayımladığı "Küresel Hastalık Yüku" raporunda, kardiyovasküler hastalıkların dünyada önde gelen ölüm nedenleri olduğu görülmektedir. 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar açısından bu oranların daha da yükseleceği öngörülmektedir. Serebrovasküler hastalıkların %62'si, iskemik kalp hastalıklarının %49'u sistolik kan basıncının 115 mmHg üzerinde olduğu durumlara bağlanmaktadır.

Ulusal hastalık yükü çalışması 2013 sonuçları incelendiğinde, bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunun en önemli grubu teşkil ettiği ve bu gruptaki en önemli hastalıklardan birinin kanser olduğu

görülmektedir. İlk 25 DALY (Disability Adjusted Life Year) kaybı nedenindeki değişim tablosuna bakıldığında 1.sırada iskemik kalp hastalığı vardır. Bu tabloda yer bulan 2 kanser trakea/bronş/akciğerkanser ve mide kanseridir. Bu kanserlere bağlı DALY kaybına bakıldığında trakea/bronş/akciğer kanserinin 9. Sıradan 7.Sıraya yükseldiği (%32 artış), mide kanserinin ise 30. Sıradan 23. Sıraya yükseldiği (%30 artış) görülmüştür.

Ülkemizde de benzer şekilde tüm ölümlerin %71'inin kronik hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir. İskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve hipertansif kalp hastalığı olarak tanımlanan hastalık grupları, tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %40'ını oluşturmaktadır. Ekonomik analizler bulaşıcı olmayan hastalıklardaki her %10'luk artışın, yıllık ekonomik büyümede %0.5'lik bir azalmayla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kronik hastalıklarla mücadele, ülke ekonomilerinin sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmez önceliktir.

Toplam küresel hastalık yükünün % 92'si düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaşmakta ve yaklaşık %60'ı Çin, Hindistan ve Sahra altı Afrika'da yoğunlaşmaktadır". Gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler arasında yaşanan büyük farklılıkların yanı sıra küreselleşme ile ülkeler arasındaki belirgin sağlık eşitsizlikleri de gittikçe artmaktadır.

Ülkeler kendi gelişmişlik düzeyine ve sağlık ihtiyaçlarına yönelik politikalar geliştirmelidir. Gelişmekte olan ülkeler özellikle küresel olaylara ve eylemlere karşı savunmasızdır ve mali ve teknik anlamda uluslararası topluluğa büyük ölçüde bağımlıdır. Yoksul ülkeler ise genelde kırılabilir politikalar, yarı özerk kurumlar ve merkezi hükümetin uyguladığı dengeyi sağlayacak güçten yoksun zayıf sorumluluk sistemlerine sahip oldukları için küreselleşme süreçleri bu ülkelerin sağlık politikaları üzerinde önemli etkiler yaratabilecek potansiyele sahiptir.

SONUÇ: Küresel sağlığı geliştirmek için hemşirelik eğitimi programlarında yapılacak değişimlerin akıntıya kapılmadan, akıntı gücünü kullanarak insan faktör unutulmadan yapılması gerektiği söylenebilir. Küresel sağlığı geliştirmenin anahtarının, uygun eğitim olduğu unutulmamalı, küresel düşünüp bölgesel hareket edilmelidir.

Hastalık yönetim programlarının (HYP) hayata geçirilmesi ile sağlanabilecek ekonomik kazançlar, ulusal ekonomilerin mali sürdürülebilirliği açısından değerlendirilmelidir.

Uluslararası düzeyde sağlık alanında var olan iyi uygulamalar ülkeler arasında yaygınlaştırılmalı, ülkeler sağlık sistemlerinin aksayan noktalarından yola çıkarak, ülke ihtiyaçlarına uygun politikaları hem teorik hem de pratik anlamda hayata geçirmelidir.

**OREM ÖZBAKIM EKSİKLİĞİ HEMŞİRELİK TEORİSİ'NE GÖRE YETİŞKİN BİREYDE
DİYABETES MELLİTUS VE DİYABETİK AYAK: OLGU SUNUMU**

Selden Gül¹, Gökşen Polat¹, Elif Ünsal Avdal², Zehra Doğan²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ: Diyabetes Mellitus (DM) ; kronik hiperglisemi ile birlikte karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozulmayla karakterize multiple etiyojili, akut ve kronik komplikasyonların iyi bir eğitim ve sıkı takip ile engellenip geciktirilebileceği multisistemik bir hastalıktır. Bu hastalığın uzun dönem komplikasyonlarını azaltmak ve akut komplikasyonları önleyebilmek için hastanın kendi özbakımını ve tıbbi bakımını sürdürmeyi öğrenmesi, uygulayabilmesi gerekmektedir. Orem'in "Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisine" göre özbakım; yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu en üst düzeyde sürdürmek için bireyler tarafından gerçekleştirilen etkinliklerdir. Kuramlar bilimsel sonuçları anlamlandırır ve bilgilerin sistematik hale gelmesine olanak sağlar, hemşirelik mesleğinin gelişmesine katkıda bulunur. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında kuram ve modellerin kullanılması önemlidir (1,6,7,8).

Orem modeli, insanı ayrı sistemlerden çok bir bütün olarak ele alan holistik (bütüncül) bir modeldir. Holistik yaklaşıma göre bireyi biyopsikososyal ve spiritüel olarak tüm boyutlarda eşittir, hepsi bir bütün olarak incelenmelidir(2).

Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan kuramlardan biridir. Bu model üç kuramın birleşiminden oluşmaktadır(1,9).

- 1. Özbakım kuramı:** Yaşamın sürekliliği için özbakımın neden gerekli olduğunu açıklar.
- 2. Özbakım yetersizlik kuramı:** Hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar. Yetersizlik durumlarında gerekli bakımın sağlanması ve planlanması için gereklidir.
- 3. Hemşirelik sistemleri kuramı:** İnsanlara hemşirelikle nasıl yardım edileceğini açıklar. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ve bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtıdır(10).

Kuram altı çekirdek kavram(özbakım, terapötik özbakım gereksinimleri, özbakım gücü, özbakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi) ve bir çevresel kavramı(temel durumsal faktörler) açıklar.

OLGU: Diyabetli birey ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Tüm bilgiler, bireye sorularak elde edilmiştir.

1. *Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Temel Durumsal Faktörler:*

- **Yaş:** 45
- **Cinsiyet:** Kadın
- **Sağlık durumu:** Tip2 DM, HT, Diyabetik ayak
- **Gelişim durumu:** Boy 163cm, kilo 84kg
- **Sosyokültürel özellikler:** Birey İzmir'de yaşamakta, meslek lisesi mezunu ve ev hanımıdır. Gelir durumlarının pek iyi olmadığını ve eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığını, arkadaşlarıyla görüşmediğini bildirmektedir.
- **Yaşam şekli:** Sedanter
- **Çevresel durum:** Çevresinin ailesinden oluştuğunu söylemektedir.
- **Kaynakların yeterliliği:** Maddi/manevi aile desteği aldığını belirtmektedir.

2. *Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Özbakım:*

- **Özbakım ajanı:** Diyabetli birey ve eşi
- Görme bulanıklığından dolayı 2 kez düştüğünü belirtmiştir.
- Unutkanlık, yaralarda geç iyileşme, kilo alma, insülin enjeksiyon zamanlarını ve ilaçlarını unutmaktadır.
- Ayaklarında yaralar saptanmıştır.

3. *Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Özbakım gücü:*

- **Özbakımı hakkında karar verebilme:** Tedaviye uymada güçlük yaşamaktadır
- **Kendine güven/saygısı:** Yetersiz, konuşurken dalgın, isteksiz
- **Anlama yeterliliği:** Orta düzeyde
- **Motivasyon:** Hastalıktan şikayetçi ve motivasyonu düşük
- **Bilgi edinme ve uygulama becerisi:** İnsülini uygulayamamakta, zamanını kaçırmaktadır.
- **Algısal/ bilişsel durumu ve iletişim becerisi:** Orta
- **Özbakım davranışlarını düzenleme ve davranışlarını bireysel/toplumsal yaşamına entegrasyon becerisi:** Düşük

4. *Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Terapötik Özbakım Gereksinimleri:*

4.1. *Evreysel Özbakım Gereksinimleri*

- **Hava:** Solunum normal.
- **Sıvı alımı:** 3-4 lt/günde su içmektedir. Ağız kuruluğu var.
- **Beslenme:** Beslenmesine dikkat etmediğini, kilo aldığını söylemektedir.

- **Eliminasyon:** Üç günde bir kez sert dışkılama yapmaktadır(konstipasyon).
- **Aktivite:** Ayak yaraları sebebiyle sedanter yaşamaktadır. Yorgun hissetmektedir.
- **Uyku:** Gece susadığı için çok sık uyanmaktadır.
- **Yalnızlık/ sosyal etkileşim:** Sosyal olarak aktif değildir.
- **Tehlikelerden korunma:** Görmede bozukluk ve ayak problemleri sebebiyle düşme riski var.
- **Normal olma:** Sosyal aktivitelere katılmamaktadır.

4.2. Gelişimsel Özbakım Gereksinimleri

- Bireyin görünümü ve fonksiyonları gelişim özelliklerine uygun
- Sosyal iletişimi az,aktivitelere katılmamaktadır.
- Hastalığa uyumu zayıf

4.3. Sağlıkta Sapma Özbakım Gereksinimleri

- Tip2 DM/HT tanısı, Diyabetik ayak
- Hiperglisemi
- Konstipasyon
- Ağız kuruluğu, susama, acıkma
- Sedanter yaşam
- Kilo alma
- Ayaklarında batma, uyuşma ve yaralar
- Görme bulanıklığı
- Sık idrara çıkma
- Unutkanlık
- Düşme

5. Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Özbakım Eksikliği:

- **Bakım ajanının gücü:** İlaçlarını almayı unutmaktadır, tedaviye uyumu zayıf, beslenme, aktivite ve tedavi programına uyumsuz, kan glikoz regülasyonu sağlanamamaktadır. Ayak bakımını gerçekleştirememektedir.

6. Orem'in Hemsirelik Teorisine Göre Hemsirelik Gücü:

Özbakım gereksinimleri üç boyutta incelenmektedir.

I-Sosyal sistem:

- Bireyle neleri yapmaktan keyif aldığı konusunda konuşuldu.
- Hastalığın getirdiği sosyal sorunlar hakkında konuşması için cesaretlendirildi.

II-Kişiler Arası Sistem:

- Birey dalgın ve iletişime geçmek istememektedir. Bu durum hakkında konuşması için birey desteklendi.

III-Profesyonel- teknolojik sistem:

- Bireye kan glikoz takibi, enjeksiyonlar ve ayak bakımı hakkında uygulamalı bilgi verildi.

7. Orem'in Hemşirelik Teorisine Göre Hemşirelik Sistemleri:

Belirlenen Sorunlar	Gereksiniminden fazla beslenme
	Yorgunluk
	Konstipasyon
	Kan glikoz değişkenlik riski
	Sekonder enfeksiyon riski
	Tedavi rejimini etkisiz yönetme
	Benlik saygısında azalma
	Sosyal izolasyon
	Bilgi eksikliği
	Uyku örüntüsünde bozulma
	Öz bakım eksikliği sendromu
	Düşme riski
	Diyabet komplikasyonu riski
	Etkisiz başatme
	Doku bütünlüğünde bozulma
	Rol performansında etkisizlik
	Aktivite intoleransı

Hemşirelik Girişimleri	<ul style="list-style-type: none"> - Birey tedirgin olduğu durumlar hakkında konuşması için desteklendirildi. - Diyabet hakkında bilgi verildi. - Komplikasyonların önlenmesi için gerekenler anlatıldı. - Uygun bakımın önemi anlatıldı ve hastanın uyumu artırıldı. - Ayak bakımı yapıldı ve bireye/yakınına öğretildi. - Diyabetik ayak için gereken tedavi uygulandı ve korunma yolları öğretildi. - Günlük alması gereken besinler hakkında bilgi verildi. - Doğru beslenmenin önemi anlatıldı. - Bireye uygun aktivite programı oluşturuldu. - Travmalara karşı kendini nasıl koruyabileceği anlatıldı. - Birey çevresiyle vakit geçirmesi için desteklendi .
-------------------------------	--

SONUÇ VE TARTIŞMA: Diyabet eğitimi diyabet tedavisinin temelidir. Diyabet yönetimi için gereken bilgi, beceri ve tutumu sağlar. Diyabet eğitimi bireyin sorun çözme becerisini geliştirir, sağlığını optimal düzeye getirir, yaşam kalitesini artırır ve bakım maliyetini azaltır. Amaç; bireyi ve ailesini bakıma dahil ederek uygun eğitim ve danışmanlık ile özbakımını yönetmede yeterli hale getirmektir.

Diyabet eğitim hemşiresi;

- ✓ Diyabetli bireyi ve ailesini eğitmeli,
- ✓ Danışmanlık yapmalı,
- ✓ Değişim ajanı olmalı,
- ✓ Araştırmalar yapmalı,
- ✓ Ekip çalışmalarını yönetebilmelidir. Birey için geçerli olan gerçek ve potansiyel sorunları belirleyip girişimlerini yönlendirebilmelidir.

Bu olguda; Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'ne dayanan hemşirelik uygulamaları bireyin özbakımını sağlaması üzerine faydalı bulunmuştur. Bu teorinin diyabet hemşireleri tarafından kullanılması faydalı olmaktadır.

Anahtar sözcükler: { *Diyabetes Mellitus, Diyabet, Orem Özbakım kuramı, Hemşirelik* }

KAYNAKLAR

1. Çelik,A, Yıldırım,Y . Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(14):182-186.
2. Avdal,E. Orem'in Hemşirelik Özbakım Modeli. Bakımın Planlanması 2014; 2. 61-73.
3. Öztürk,C, Karataş,H. Orem'in Özbakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 2, 86-90.
4. Avdal,E, Kızılcı,S. Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. DEUHYO ED 2010; 3(3),164-168.
5. Ozan,Y. Tanılama. Bakımın Planlanması 2014; 2. 120-130.
6. Bernier F. Applying Orem's self-care deficit theory of nursing to continence care: part 2. Urologic Nursing. 2002; 22(6):384-391.
7. Özkan F, Zincir H, Seviğ EÜ. Birden fazla kronik hastalığı olan bir çocuğa Orem öz bakım yetersizliği teorisine göre hemşirelik bakımı verilmesi: bir olgu sunumu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):71-79.
8. Altay,B. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi 2016; 5(2),16.
9. Taylor, S. G. Ve ark, Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory:Its Philosophic Foundation and The State of The Science. Nursing Science Quarterly 2000, April; 13(2), 103–110.
10. Özer, E.ve ark. Diabetes education: a chance to improve well- being of turkish people with type 2 diabetes. Patient And Education Counseling, 2003; 51, 39– 44.

İÇ HASTALIKLARINDA GÜNCEL - BÜTÜNSEL YAKLAŞIM: NÖRAL TERAPİ

Emir Avşar, Aynur Türeyen

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Lokal anestezi ajanları kullanılarak ağrının hafifletilmesi eski bir gelenektir ve fonksiyonel rahatsızlıklarda kullanılmaktadır (28). Nöral Terapi (NT) sözcüğü ve tanımlanması, ilk kez 1940'da Von Roquas tarafından Berlin'de yapılmıştır. Almanya ve eski Sovyetler Birliği'nde geliştirilmiştir (8,9).

NT'nin etki mekanizmaları, ağrı patofizyolojisinden ve nörofizyolojik deneylerden elde edilmiştir (17). Vücudumuzu bir ağ gibi saran yaklaşık 500 km. uzunluğundaki otonom sinir sisteminin otoregülatör mekanizmalarını hedefler (4,6). Hücrenin membran dinlenme potansiyeli -30 ile -90 mv arasındadır (10); fakat sorunlu olan hücrenin dinlenme potansiyeli düşüktür ve iletisi yoktur. Lokal anestetik enjeksiyonlar, sinir hücresi membranını repolarize eder ve bu sayede sorunlu hücre yeniden ileti yapabileceği potansiyele, fonksiyonel hâle ulaşır. Böylece sorunlu hücre sağlıklı hücreye dönüşür, bu da organ fonksiyonunun restorasyonu ile sonuçlanır (8,11).

NT'de enjeksiyon bölgelerinin belirlenmesi konvansiyonel tıbbi değerlendirmeye bağlıdır (8). Tetikleyici noktalara, skarlara, periferal sinirlere, ganglionlara, epidural boşluğa ve dokulara, sadece şikayetin olduğu olduğu alana değil, tüm vücuda ve uzak noktalara da enjeksiyon uygulaması yapılabilir. Bu da NT'nin bütünsel bakış açısıyla yapılan bir yöntem olduğunu göstermektedir (5,8). NT uygulama yolları lokal/yüzeysel tedavi, segmental enjeksiyonlar, ganglion tedavisi ve bozucu alan enjeksiyonları olarak çeşitlilik göstermektedir (13).

Lokal tedavi, ilk yaklaşım seçeneğidir. Fiziksel muayenede tespit edilen şikayetin olduğu alana enjeksiyon yapılır. Aynı zamanda akupunktur noktalarına da yapılabilir. Lokal enjeksiyonun etkisiz olduğu durumlarda problemin olduğu bölgenin içinde bulunduğu nöroanatomik segmente de enjeksiyon uygulanır. Böylece yalnızca segmental enjeksiyonun yapıldığı alan değil, o segmentte bulunan tüm diğer yapılar da etkilenir. Tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda, ganglion enjeksiyonu yapılır ya da bozucu alan tespit edilir (14). Bozucu alan, travmadan veya bedenin önceden geçirdiği bir rahatsızlıktan veya operasyondan sonra, iyileşmenin gerçekleşmemesi sonucunda, bunların bedende meydana getirdiği hasarlı etkilerdir (19). Tedavilere cevap vermeyen bozucu alan kaynaklı rahatsızlıkların NT ile tedavi edilebilmesi, diğer tedavi yöntemlerine göre üstünlük sağlamaktadır (5).

NT enjeksiyonunda doku perfüzyonuna olumlu etkileri olduğu için lokal anestetikler kullanılmaktadır. Ayrıca lokal anestetiklerin nörotransmitterleri etkileyip nörojenik kaynaklı inflamasyonu azaltarak anti-inflamatuar etkisinin olduğu da bilinmektedir (26).

NT'NİN KULLANIM ALANLARI

Akut ve kronik ağrı, fonksiyonel anormallikler, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları NT için temel göstergelerdir (17). Hasta bilinçli olmak zorunda değildir, aynı zamanda psikiyatrik hastalara da

uygulanabilir (8). Fakat anatomik eksiklik ve genetik bozukluk kaynaklı problemlerde NT endike değildir (11). Pediatrik ve geriatric vakalar da dahil olmak üzere her yaştaki hastaya uygulanabilmektedir (13). İnfertilite tedavisinde bozucu alanların ve hormonal fonksiyon bozukluğunun NT ile düzeltilebileceği belirtilmektedir (20). Yara iyileşmesinde de NT'nin önemli derecede etkili olduğu saptanmıştır (3). Migren (21) , ankiroz spondilit (22) , akut pankreatit (16), multiple skleroz (7) gibi hastalıklarda NT uygulamasının etkin olduğu saptanmıştır.

Hipertansiyon, diabetes mellitus, kardiyak hastalıklar ve bu hastalıklara ilişkin kullanılan ilaçlar NT'ye engel değildir; fakat kortizon kullanımında immün sistem suprese edildiği için tedavinin etkinliği azalır. Ayrıca coumadin türü ilaç kullanan hastalarda da dikkatli davranmak gerekir (13). Aynı zamanda kanserde ve terminalde dönemdeki kronik hastalıklarda kullanılması önerilmemektedir (2,15).

NT'NİN KULLANILDIĞI BAZI OLGU ÖRNEKLERİ

Atalay ve ark; kronik sırt ağrısı olan hastalarda fizik tedavi ile NT'nin etkisini karşılaştırmıştır; her iki grupta da ağrı, fiziksel aktivite, depresyon ve anksiyete skalalarında anlamlı ve olumlu değişimler gözlenmiş olup, sosyal izolasyon ve enerji düzeylerinde ise sadece NT grubunda anlamlı ve olumlu bir değişim saptanmıştır (1).

Bir olguda bel, boyun, sırt, diz ağrıları ve yorgunluk şikayeti olan hastanın fiziksel bulguları normal saptanmasına rağmen şikayetleri devam etmiştir. Hastanın kollarında, ayak bileklerinde çok fazla sayıda dövme olduğu görülüp bunlar bozucu alan olarak tespit edilerek, dövmele NT yapılmıştır ve 3 seans NT sonrasında ağrılarında %80 azalma meydana geldiği belirtilmiştir (23).

Bir başka olguda 2 aydır vertigosu olan hastanın öyküsünde vertigoya etken olacak özelliğe rastlanılmamış; fakat 6 ay önce karpal tünel sendromu tanısı konularak opere edildiği bileğin iç kısmında mevcut olan insizyon skarının bozucu alan olduğu düşünülerek, skar dokusunun içine NT uygulanmıştır. İşlem sonrasında hasta, şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığını ve 2 ay sonraki değerlendirmede de şikayetinin olmadığını söylemiştir (24).

Başka bir çalışmada da, NT uygulamasının kompulsif kusma semptomunu ortadan kaldırıp anında iyileşme reaksiyonları gösterdiği, 6 ay sonra sadece 2 kez ek kusma epizodunun olduğu saptanmıştır (8).

Şubat 2018`de yapılan bir çalışmada Raynoud Sendrom`lu 12 hastanın staller ganglionuna, 3 hafta süre ile haftada 2 kez tekrarlanan enjeksiyonlar yapılmıştır. NT işleminde oda sıcaklığının 21°C olacak şekilde ve 20 dk bu sıcaklıkta kalması sağlanmıştır. Bu müdahalede hasta uzanmış ya da oturtulmuş bir şekilde, başı geriye ve hafif yana olacak şekilde pozisyon verilmiştir. İşlemden sonra 1 saat boyunca aralıklı olarak vital takibi yapılmıştır. Tedaviden 35 gün sonra parmaklardaki deri sıcaklığı ve ağrı düzeyleri değerlendirilmiş olup, anlamlı ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (18).

Başka bir olguda tıbbî tedavilerden etki görmemiş, yaklaşık 5 yıldır her iki ayak tabanı ve çevresinde yanma ve ağrı şikayeti olan hastaya non-spesifik nöropatik ağrı tanısı konulmuş olup, bozucu alan ya da nörofizyolojik bulgu saptanmamıştır. Hastanın her iki fibula başı çevresindeki akupunktur

noktalarına NT uygulanmıştır. İlk seansın sonunda hastada belirgin bir değişiklik saptanmamıştır. Bu nedenle ikinci seansta antekübital alandan IV olarak NT planlanmış ve solüsyonun bir miktarı IV, bir miktarı damar cidarına uygulanarak işlem sonlandırılmıştır. Bu girişim sonrasında hasta, şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığını ifade ederek tedaviye devam etmek istememiştir. 2 ay sonraki görüşmede de bir probleminin olmadığını; sadece benzer şikayetlerin başlayabileceği hissini yaşadığını belirtmiştir (25).

Hacamat uygulamalarında kupa işlemi yapıp kan dolaşımında artış sağlandıktan sonra, yüzeysel insizyonlar ile kanama sağlanır. Teknik doğru bir şekilde yapıldığı zaman bu insizyonlar skar dokusu bırakmaz. Fakat insizyonel bir işlem olduğu için bozucu alan oluşturabileceğini unutmamak gerekir. Bu nedenle hacamat öncesinde ilgili alana cilt altı enjeksiyon yapılabileceği gibi, işlem sonrası da insizyon alanlarına NT yapılarak bozucu alanın oluşması azaltılabilir (27).

NT sonrasında; az olmakla beraber, ulusal ve uluslararası NT derneklerinin ortak deklarasyonu sonucu oluşan, NT onam formunda da yer alan yan etkiler görülebilir.

NÖRAL TERAPİ VE HEMŞİRELİK

NT işleminin öncesi, sırası ve sonrasında; işlem süreci ve yan etkiler de düşünüldüğünde, işlem ekibindeki hemşirenin dikkat etmesi gereken sorumlulukları vardır.

Hemşire, öncelikle yapılacak işlem ve bu işlemin yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirmeli ve yazılı onam almalıdır. Bu bilgilendirme ile birlikte hastanın anksiyetesi azaltılmalıdır. NT kabul edildikten sonra kapsamlı bir anamnez alınmalıdır. Şikayetlerinin ilk ortaya çıktığı zaman, devam etme süresi, şiddeti, lokalizasyonu, eşlik eden diğer semptomlar ve mevcut kronik hastalıklarının varlığı sorgulanmalıdır. Geçirmiş olduğu operasyon, diş tedavisi ve bunlara bağlı semptomlar sorgulanarak, hastanın şikayetleri ile bunlar arasında bağlantının varlığı değerlendirilmelidir. Geçirilmiş trafik kazası, fraktür, gebelik/doğum öyküsü sorgulanmalıdır. Konjenital hastalığının ya da anatomik bir eksikliğin varlığı, kullandığı ilaçlar, allerji öyküsü, şikayetlerinin emosyonel nedenle ortaya çıkıp çıkmadığı ve enjeksiyon fobisi incelenmelidir.

Hastanın enjeksiyon fobisi varsa, NT uygulanacak alanlara soft lazer ile tedavi yapılabilir (14).

Hemşire iyi bir inspeksiyon yapmalı, cildi kızarıklık, şişlik, morluk , dövme , yara , sezaryen insizyon hattı , hacamat izi ve skar dokuları açısından gözlemlemelidir. Tespit edilen bulgular not alınıp hekime bildirilerek, şikayetlerin bu bozucu alandan kaynaklanabilirliği konusunda bilgi verilip tedavinin daha etkin olması sağlanmalıdır.

İşlemin yapılacağı ortamın sıcaklığı ayarlanmalıdır. Tedavi için gerekli olan steril enjektör, eldiven, pamuk, kullanılacak olan lokal anestezi ajanları, gerekli ise anestezi ile karıştırılmak üzere %0.9 NaCl hazırlanmalıdır.

İşlem öncesi hastanın vital bulguları alınıp, değerlendirilmeli, kaydedilmelidir. İşlem sonrasında da bu takip işlemi tekrarlanarak karşılaştırılmalıdır ve şikayetine ilişkin bulgulardaki değişimler sorgulanarak kaydedilmelidir. Hastaya verilecek pozisyon, enjeksiyonun yapılacağı lokalizasyonla

ilişkili olarak değişmektedir. İşlem esnasında hasta, anaflaktik şok yönünden gözlenmeli ve gerekli ekipmanlar hazırda bekletilmelidir.

İşlem sonrasında gelişebilecek yan etkiler düşünülerek, baş dönmesi ve düşme riski için gerekli önlemler alınmalı ve bilinç kaybı, kramplar, dispne komplikasyonları yönünden gözlemlenmelidir. Nadir de olsa iç kanama bulguları yönünden hasta izlenmeli ve vasküler bir zedelenmeye bağlı kanama komplikasyonu yönünden değerlendirilmelidir.

Güncel olan NT'nin öncesinde, sırasında ve sonrasında hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin bilgilere hemşirelik literatüründe rastlanılmamıştır. Bu derlemede NT ve sürecine ilişkin hemşirenin sorumluluklarının belirlenmesi amaçlanmış olup, bu derleme ile alana katkı sağlanması hedeflenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Atalay et al., Afr J Tradit Complement Altern Med. (2013) 10(3):431-435
2. Brobyn TL, Chung MK, LaRiccia PJ. Neural Therapy: An Overlooked Game Changer for Patients Suffering Chronic Pain? :Review Article. J Pain Relief 2015; 4(3): 1-4.
3. Demiryılmaz İ, Ferah A. Yara iyileşmesinde Nöralterapinin etkinliği; V.Uluslararası Nöralterapi Kongresi Özet Kitapçığı, Mayıs 2014.
4. Doğan H. Ortopedi Ve Ağrıya Yeni Yaklaşım. 2009;1-2.
5. Erdogan D. Nöralterapi: Etki Mekanizması, Endikasyonları, Klinik Çalışmalar. 2016;4(1):22-7.
6. Fischer L. Pathophysiologie des Schmerzes und Neuraltherapie. Praxis (Bern 1994). 2003
7. Gibson RG, Gibson SL. Neural therapy in the treatment of multiple sclerosis. Journal of Alternative and Complementary Medicine 1999, 5, 543-52.
8. Gurevich MI. Resolving bulimia nervosa using an innovative neural therapy approach : two case reports.Clinical Case Reports 2018; 6(2): 278-282
9. <http://www.noralterapi.com/icerik/73/noralterapinin-dunyadaki-tarihcesi.html> (Erişim Tarihi : 27.09.2018 , Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği Websitesi)
10. <http://www.biofizika.aok.pte.hu/data/2015/1123/703/2015AngolPrint.pdf> (Erişim Tarihi : 27.09.2018)
11. <http://www.noralterapi.com/kategori/16/noralterapi-nedir.html> (Erişim Tarihi : 27.09.2018 , Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği Websitesi)
12. <http://www.noralterapi.com/kategori/75/noralterapide-tedavi-protokolu.html> (Erişim Tarihi : 27.09.2018 , Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği Websitesi)
13. <http://www.noralterapi.com/kategori/53/noralterapi-kimlere-uygulanir.html> (Erişim Tarihi : 27.09.2018 , Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği Websitesi)
14. <http://ilhandemiryilmaz.com/?kkk=Tedaviler&i=2&name=N%F6ralTerapi> (Erişim Tarihi: 27.09.2018)
15. Klinghardt D.K. Neuraltherapy: The Journal of Neurological and Orthopadic Medicine and Surgery 1993;14(2): 109-114.
16. Layer P, et al. Effects of systemic administration of a local anesthetic on pain in acute pancreatitis: a randomized clinical trial. Pancreas 2011, 40,673-9.
17. Mermod J, Fischer L, Staub L, Busato A. Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional medicine. BMC Complement Altern Med. 2008
18. Molnár I, Sz H, Hegyi G. European Journal of Integrative Medicine Effects of neural therapy on quality of life in patients suffering from Raynaud Syndrome. 2018;18(November 2017):59-65.

- 19.Nazlikul H. Çoklu Bozucu Alan Kaynaklı Servikal-Omuz Sendromu. Cilt 9, Sayı 3 : 2015 Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi
- 20.Nazlikul H. İnfertilite tedavisinde Nöralterapinin yeri ve önemi. BARNAT 2011, 5, 2.
- 21.Nazlikul H. Migren ve Nöralterapi; Nöralterapi ile Migren tedavisi konusunda yapılmış bazı çalışmaların değerlendirilmesi. BARNAT 2008, 2, 5.
- 22.Nazlikul,H; Ergänzende Therapie bei ankylosierender Spondylitis. Komplementere und Integrative Medizin. 2008, 49, 22-25.
- 23.Sasmaz M.F. Bir Bozucu Alan Olarak Dövmeler. İntegratif Tıp Dergisi Turkish Journal Of Integrative Medicine Case Report / Vaka Sunumu
- 24.Tunay S. Vertigo Ve Nöralterapi. İntegratif Tıp Dergisi Turkish Journal Of Integrative Medicine Case Report / Vaka Sunumu
- 25.Tunay S. Non-Spesifik Nöropatik Ağrı Şikayetinde Nöralterapi. İntegratif Tıp Dergisi Turkish Journal Of Integrative Medicine Case Report / Vaka Sunumu
- 26.Wander,R.,&Weinschenk,S.(2012). Neural Therapy. Schleip,R. *Fascia : The Tensional Network of the Human Body* (p:375-381)
- 27.Yıldız S. , Altınbilek T. Bir Bozucu Alan Olarak Islak Kupa Terapisi (Hacamat) Alanları. İntegratif Tıp Dergisi Turkish Journal Of Integrative Medicine Case Report / Vaka Sunumu
- 28.Zohmann, A. (1997). Basis and use of neural therapy in diagnosis and treatment. Schweiz. Arch. Tierheilkd. 139:117-125.

Bildiri No: S-130

DOLAŞIM DESTEK CİHAZLARI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİNİN ÖNEMİ:

OLGU SUNUMU

¹Gizem Arslan, ¹İbrahim Kılıçoğlu, ²Berna Nilgün Özgürsoy Uran, ²Elif Ünsal Avdal, ²Yasemin Tokem

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Postpartum kardiyomiyopati (PP-KMP); çok sık görülmeyen, gebeliğin son ayı ile doğumdan sonraki ilk 5 ay içerisinde ortaya çıkan ve kalp kasının primer olarak etkilenmesini içeren bir tanımlamadır. Bu Ventrikül disfonksiyonuna ve kalp yetersizliğine neden olmaktadır. Ülkemizde ve dünyada önemli mortalite ve morbidite sebebidir ve nedeni bilinmemektedir. Gebelik kardiyomiyopatisinde yüksek mortalite (%20-50) ile ilişkilidir.

PP-KMP tanısında 4 durum görülür;

1. Gebeliğin son ayı ile doğumdan sonra ilk 5 ay içinde görülen kardiyak yetersizlik,
2. Kalp yetersizliği için bir sebep tanımlanamaması,
3. Gebeliğin son ayından daha önce tanı konmuş bir kalp hastalığının gelişmemesi,
4. Ejeksiyon fraksiyonun %45 veya daha fazla azalma gelişmesi ve sol ventrikül disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction) tanımlanması'dır. (Dalgıç ve Ahmet 2016, Tür ve ark 2011)

PP-KMP tedavisinde, kalp yetersizliğinde kullanılan tedavi protokolleri gibi sodyum alımının kısıtlanması, diüretik kullanımı, β-blokör ilaçlar, antikoagülan ilaçlar, digoksin tedavisi, digoksin, antikoagülan vb. ilaçlar ile yapılır. Bazı hastalarda irreversible kalp yetersizliği gelişir fakat bu hastalarda erken tanı koyma ve etkili tedavi ventrikül fonksiyonlarının iyileşme oranını artırır ve mortalite görülme oranlarında azalma gözlenir. Ventrikül disfonksiyonu devam eden hastada yüksek riskli komplikasyonların ve maternal ölümün görülme olasılığı yüksektir. (Tür ve ark 2011)

Kalp kasındaki yetersizliklerin tedavisinde son zamanlarda teknolojinin ilerlemesiyle mekanik dolaşımı sağlayan destek cihazları (MDDC/ mechanical circulatory support devices (MCSD) gelişmekte olup, en çok Ventricular Assist Device=VAD adı verilen ventrikül destek cihazlarının implantasyonu yaygınlaşmaktadır. Bu cihazların çalışma prensibinde kalbin yükü etkili bir şekilde azaltılır ve hastanın yatağa bağımlı olmasını engelleyerek aktif bir yaşam sürdürmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi, kalp yetersizliğinin sistemler ve organlar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı amaçlamaktadır. (Kocaaşlı ve Mercan 2015, Baluniye ve ark 2018)

Cihazlar

ABD’inde ortalama 15.000 den fazla mekanik dolaşım destek cihazına sahip olan hasta bulunmaktadır. LVAD, kan akışının ve kalbin fonksiyonlarının desteklenmesi amacıyla cerrahi

operasyonla implante edilen mekanik bir pompa cihazıdır. Üç çeşit ventriküler destek cihazı (VDC) bulunur. Bunlar;

- 1- Sağ ventriküler destek cihazı (RVAD),
- 2- Sol ventriküler destek cihazı (LVAD),
- 3- Biventriküler destek cihazı (BIVAD) dir.

RVAD; sağ ventriküldeki kanın pulmoner artere pompalanmasına destek olmaktadır ve sadece kısa süreli kullanım uygun olup, bu hastaların hastanede takip edilmesi gerekmektedir. Biventricular assist device (BiVAD biventricular assist device (BiVAD biventricular assist device (BiVAD LVAD; en yaygın olarak kullanılan türdür. Sol ventriküldeki kanın aortaya pompalayarak çalışmaktadır. Kalp nakli bekleyen durumu kritik hastaların yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini arttırmaya destek olmaktadır. Asıl amacı kalp nakline köprü olarak tasarlanmıştır. Fakat nakil kontrendike olan hastalarda destek amacıyla uzun süreli tedavi olarak kullanılmaktadır.

Eğer her iki ventrikülün desteğe ihtiyacı var ise BIVAD kullanılmaktadır (Şahin 2018). Thoratec® CentriMag®: (Univentricular - Biventricular assist device): Devamlı sentrifugal (merkezkaç) akım ile çalışan kısa süreli olarak kullanılan MDDC'dir. Dakikada ortalama olarak 3400 devirle döner ve yaklaşık 10 litre debi sağlar. Sürtünmesiz çalışma sistemi bulunmaktadır ve bu sayede hemoliz/trombüs riski çok azdır. Akut miyokard enfarktüsü, miyokardit ve kardiyotomi dahil olmak üzere herhangi bir etiolojinin sebep olduğu akut kardiyojenik şok geçiren hastaların tedavisi için özel olarak tasarlanmıştır. İyileşmeye ya da kalp transplantasyonuna köprü amacıyla iki ventriküle destek sağlar. (Uzlaş Raporu, Rabuş ve ark.)

Ventrikül destek cihazlarının implantasyonu sonrasında yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükselmesiyle birlikte mortalite riskini arttıran komplikasyonları; enfeksiyon, kanama, stroke, emboli ve sağ/sol ventrikül yetersizliği gelişebilir. Destek cihazlarının hastaya uygulanma sonrasında gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, kalp ve cihaz fonksiyonlarını yakından takip edilerek hastanın yaşam kalitesinin en yüksek düzeyde olabilmesi için hemşirelik bakımı önem taşımaktadır. (Kocaaşlı ve Mercan 2015, Baluniye ve ark 2018)

Olgu 25 yaşında, evli ve 3 çocuk sahibi ev hanımı olan H.K; gebelik sürecinde başlayan nefes darlığı ve yutkunma problemleri görülmüştür. 09.5.2018 tarihinde 3. doğumu için sezeryan olan hasta, doğum sırasında ve doğum sonrası serviste solunum sıkıntısı yaşadığı için postoperatif 0. günde entübe edilmiş. Yapılan Eko (Elektrokardiyografi) sonucunda EF (Ejeksiyon Fraksiyonu) %20 olarak saptanmış. Digoxin ve diüretik tedavi başlanan hastaya entübe olarak postpartum kardiyomyopati tanısı konularak 3. basamak yoğun bakım ihtiyacı sebebiyle hastanemizin anestezi ve reanimasyon yoğun bakım birimine sevk edilmiştir.

Sevk sonrasında hastanemizde yapılan ilk fizik muayene bulguları: nabız 129/dk ve taşikardik, tansiyon ortalama olarak 100/60 mmHg, akciğer sesleri dinlendiğinde belirgin ral sesi duyulmamış, kardiyak seslerin oskültasyonunda S1 S2 ritmik, ek ses ve üfürüm duyulmamıştır. Çekilen

elektrokardiyografi sonucunda nodal taşilkardi mevcuttur. Hastanemizde yapılan Eko sonucunda EF: %25-30, perikardiyal effüzyon görülmemekte ve sağ ventrikül-atrium normal, majör kapak patolojisi izlenmemiştir. Anestezi yoğun bakımda 3 gün boyunca mekanik ventilatörde ve inotrop desteği altında takip edilen hastaya kısa dönem sol ventrikül destek cihazı takılması planlanarak kalp ve damar cerrahisi yoğun bakıma nakil alındı. 18.05.2018 tarihinde postpartum kardiyomiyopati tanılı düşük EF si olan hasta ameliyata alındı, median sternotomi yapılarak kısa dönem sol ventrikül destek cihazı (Levitronix)'na bağlandı ve postoperatif takip için kalp ve damar cerrahisi yoğun bakıma alındı. Levitronix Centrimag (Thoratec Corporation, Pleasanton, CA,USA) bağlandıktan sonra postop 0. günde hasta mekanik ventilatörden ayrılarak extübe edildi. Extübasyon sonrası hastanın GKS: E₂M₃V₁ toplam 6 olan skala puanının düşük olması ve sekresyon miktarının fazla olması sebebiyle elektif olarak reentübe edildi. Hastaya dobutamin HCl, demizolam, roküronyum bromür ve heparin sodyum infüzyonu order edilerek hastanın yaşam bulguları, aldığı-çıkarıldığı takibi, kanama takibi, kan gazları, Levitronix değerleri hemşire tarafından takip edilerek kayıt altına alınmıştır. Hasta 14 gün boyunca yoğun bakımda kalmıştır. Bu sürede içinde genel durumunun bozulması, drenaj takibinde kanamanın fazla olması, vital bulgularındaki dengesizlik nedeniyle 3 defa revizyon ameliyatına alınmıştır. Genel durumunun düzelmesi sonrasında extübe edilmiştir. Kardiyak problemlerin ortadan kalkması sonucunda Levitronix'ten ayrılmış ve mobilize edilerek servise externe edilmiştir. Levitronix ile edilerek takip edilen hastanın yoğun bakım ünitesindeki hemşirelik bakımı, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları-NANDA tarafından onaylanan “Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine” göre ‘kardiyak doku perfüzyonunda azalma’, ‘etkisiz solunum örüntüsü’, ‘uyku örüntüsünde rahatsızlık’, ‘ağrı’, ‘sıvı-elektrolit dengesizliği’, ‘fiziksel mobilitede bozulma’, ‘aktivite intoleransı’, ‘aile sürecinde bozulma’, ‘korku’, ‘yorgunluk’, ‘beslenmede dengesizlik’, ‘beden imajında bozulma’, ‘oral mukoz membranda bozulma riski’, ‘deri bütünlüğünde bozulma riski’, ‘kanama riski’, ‘enfeksiyon riski’, ‘travma riski’tanıları ile ele alınarak planlanmış ve uygulanmıştır. Planlı ve profesyonel olarak yapılan bir hemşirelik bakımı, hastanın daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olmasını ve sağ kalım oranında artışı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler; dolaşım desteği, dolaşım destek cihazları, hemşirelik yönetimi, postpartum kardiyomiyopati, hemşirelik bakımı

KAYNAKLAR

1. Baluniye B., Ertürk E.B., Elbaş N.Ö., Mekanik dolaşım destek cihazları ve hemşirelik bakımı, Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2018;4(1):46-58
2. Dalgıç Ş.D., Yıldız A., Nadir kardiyomiyopati sebepleri, Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2016;9(5):44-8
3. Koçaşlı S., Mercan İ., Sağ ve sol ventrikül destek cihazı takılan hastanın postoperatif dönemdeki hemşirelik bakımı, Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2015; 6(9):91-98
4. Rabuş M.B., Salihi S., Hasanov S., Fedakar A., Çevirme D., Balkanay M., The Levitronix CentriMag ventricular assist device as a bridge to decision in patients with end-stage heart failure: Our single-center experience. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2017;25(4):543-549

5. Şahin G., Sol Ventrikül Destek Cihazı implantasyonu ve kalp transplantasyonu yapılan hastaların yaşadıkları psikososyal ve ekonomik sorunlar ve yaşam kaliteleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018
6. Tür H., Ayazoğlu T.A., Bolat C., Çalım M., Dirençli ventriküler fibrilasyon ile karakterize postpartum kardiyomyopati, Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi-Journal of Experimental and Clinical Medicine 28 (2011)182-185
7. Yılmaz MB., Akar AR., Ekmekçi A., Nalbantgil S., Sade LE., Eren M., Orhan G., Özbaran M, Yağdı T., Küçük ŞA., Gürbüz A., Tokgözoğlu L., İleri evre kalp yetersizliği ve mekanik destek cihazlarının geleceği: Kardiyoloji-Kalp Damar Cerrahisi Uzlaşısı Raporu, Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44(2):175-188

PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Nermin Kılıç¹, Serap Parlar Kılıç²

¹Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, Elazığ

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Malatya

GİRİŞ: Günümüzde hızla gelişen tıp ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak, daha iyi yaşam koşulları, daha iyi korunma, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, insanların beklenen yaşam süresindeki artış gibi nedenlerle kronik hastalık insidansı giderek artmakta, dünyada ve Türkiye’de önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Akdemir & Birol 2003). Kronik hastalıklar yaşamı tehdit etmemesine rağmen uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirmesi, geriye dönüşü olmayan çeşitli patolojik değişikliklere neden olması, bireylerde kalıcı yetersizlik, sakatlık ya da hareket kısıtlılıklarına yol açabilmesi nedeniyle çeşitli özelliklerde sorunlara yol açabilmektedir (Akdemir & Birol 2003, Chodosh ve ark. 2005).

Kronik hastalıklar içerisinde en yaygın görülen hastalıklardan birisi de romatoid artrit (RA)’tir (Akdemir & Birol 2003). Romatoid artrit, sinovyal membrana saldıran, vücutta birçok eklemi tutabilen, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, ilerleyici, sistemik bir otoimmün hastalıktır. Hastalık, sıklıkla alevlenmelerle seyrederek ve tedaviye rağmen kronikleşerek erken mortalite ve yüksek oranda morbiditeye, fonksiyon kaybı nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesine ve ekonomik kayba neden olur. Ayrıca hastalık yaşam süresinde ortalama 3-18 yıl gibi kısaltmaya yol açabilir. (Wong ve ark. 2001).

Romatoid artrit, uyku düzeninde bozulmanın en sık görüldüğü hastalıklardan biridir. Uykusuzluk problemi yaşayan RA hastalarının, günlük yaşamlarında ve genel sağlık alanlarında daha çok sorun yaşadıkları, giderek yaşam kalitelerinde düşme görüldüğü ve zaman/enerji yönünden daha çok yardım aramaya yöneldikleri görülmektedir (Kiper & Sunal 2009). Yorgunluk ise, RA’da eklem dışı görülen semptomlar arasında hastayı en fazla rahatsız eden bir diğer sorundur (Metin & Özdemir 2016). Verilen tıbbi tedavinin sınırlılıkları ve semptom yönetimi ile ilgili problemlerin devam etmesi sonucu RA’lı pek çok hasta, yorgunluk ve uyku bozuklukları da dahil olmak üzere hastalık semptomlarını azaltmak için tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımına başvurabilmektedir. Romatoid artrit hastalarının %80’inden fazlası hastalıklarının sürecinde bir çeşit TAT yöntemi kullanmıştır. Bu yöntemlerden birisi de Progresif Gevşeme Egzersizleri (PGE)’dir (Chatfield ve ark. 2009).

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, RA tanılı hastalara uygulanan PGE’ nin bu hastalarda yorgunluk ve uyku kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü ve ön test-son test düzeninde yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniği ve Polikliniği’nde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini belirtilen evren içinde kriterlere

uyan ve sınırlılıklar dahilinde gönüllü olan, 35 müdahale ve 37 kontrol olmak üzere toplam 72 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; romatoid Artrit tanısına sahip olmak, yorgunluk şiddet düzeyi 4 ve üzerinde olmak, uyku sorunu olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak, iletişim sorunu olmamak, Türkçe okuma-yazma ve konuşmayı bilmek, egzersizleri yapmaya engel olacak fiziksel bir probleme sahip olmamak, mental konfüzyonu olmamak veya herhangi bir nörolojik-psikiyatrik probleme sahip olmamak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

Verilerin hasta tanıtım formu, Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile toplanmıştır.

Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ), Krupp ve arkadaşları tarafından 1989 yılında tanımlanmıştır. Hastalara 28 soruluk bir yorgunluk anketi uygulanarak, MS ve SLE hasta gruplarındaki en yaygın olan yorgunluk özellikleri seçilerek 9 maddelik YŞÖ oluşturulmuştur. Her bir soru 1-7 puan arasında derecelendirme puanına sahiptir. Bir puan yorgunluktan etkilenmenin olmadığını, yedi puan ise yorgunluktan yüksek derecede etkilenmeyi ifade etmektedir. Toplam skor verilen tüm cevapların toplamı ya da ortalaması olarak puanlanmaktadır. Bu skor sonucunda, 4 puan ve üstü patolojik yorgunluğa işaret etmektedir. Toplam skorun düşmesi ise yorgunluğun azaldığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu Armutlu ve arkadaşları (Armutlu ve ark. 2007) tarafından MS hastalarında uygulanmıştır

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümünün sağlanabilmesi amacıyla Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmış olup, Cronbach alfa değeri 0,80 olarak saptanmıştır. Bir aylık bir zaman aralığındaki uyku kalitesini ve rahatsızlıklarını değerlendiren PUKİ, toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Her bileşenin ise 0-3 puan arasında bir puanlaması vardır ve 7 bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir.

Çalışma kriterlerine uygun olan hastalar belirlendi ve Romatoloji Kliniği ve/veya Polikliniği’nde ayrı bir odada, sessiz bir ortamda hasta ve varsa yakını ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilip sözlü ve yazılı olarak izin alındı, ardından yüz yüze görüşme tekniği ile tüm hastalara veri toplama araçları uygulandı. Hastalar randomizasyon ile rasgele sayı üretilerek müdahale ve kontrol gruplarına ayrıldı. Müdahale grubundaki her bir hastaya ön test aşamasında progresif gevşeme egzersizleri ve bu egzersizlerin uygulanması ile ilgili bir eğitim yapıldı. Eğitim sonrasında her bir hastaya Gevşeme Egzersizleri CD’si ve bir hasta eğitim broşürü verilerek evde altı hafta boyunca, her gün özellikle yatmadan önce (ancak yatmadan önce yorgun hissediyorlarsa gün içerisinde kendilerini en az yorgun hissettikleri saatlerde) CD’deki komutlar doğrultusunda gevşeme egzersizlerini dinlemeleri ve uygulamaları istendi. Üçüncü haftanın sonunda hastalar isteğe bağlı olarak ya kendi evlerinde ya da hastaneye çağrılarak araştırmacı denetiminde gevşeme egzersizlerini uygulamaları tekrar edildi. Son test aşamasında ise hastalar altıncı haftanın sonunda Romatoloji Kliniğine ve/veya Polikliniğine çağrılarak Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi tüm hastalara tekrar uygulandı ve

sonrasında takipleri sonlandırıldı. Kontrol grubundaki hastalara progresif gevşeme egzersizleri yaptırılmaksızın ilk verilerin toplanmasından sonraki altı hafta boyunca her hafta telefonla aranarak sağlık durumları hakkında geri bildirim alındı. Son test aşamasında ise hastalar altıncı haftanın sonunda Romatoloji Kliniğine ve/veya Polikliniğine çağrılarak Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi tüm hastalara tekrar uygulandı.

Araştırmanın verileri için, normal dağılan değişkenlerin 2 bağımsız grup karşılaştırmasında Student t testi, dağılmayanlar için ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki korelasyonlar için Spearman Rank Korelasyon Katsayısı, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler için ise Ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR: Müdahale grubundaki hastaların; yaş ortalamasının $46,3 \pm 13,4$ olduğu, %77,1'inin kadın, %82,9'unun evli, %54,3'ünün ilkokul mezunu, hastalık süresinin ortalamasının yıl olarak $8,08 \pm 7,48$ olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalamasının $56,6 \pm 11,2$ olduğu, %78,4'ünün kadın, %94,6'sının evli, %91,9'unun ilkokul mezunu, hastalık süresinin ortalamasının yıl olarak $10,45 \pm 7,20$ olduğu saptandı.

Müdahale grubunda ön test toplam PUKİ puanı ortalama $11,37 \pm 2,43$ iken, toplam YŞÖ puanının ortalama $6,48 \pm 0,81$ olduğu; kontrol grubunda ise ön test toplam PUKİ puanı ortalama $11,73 \pm 3,18$ iken, toplam YŞÖ puanının ortalama $6,6 \pm 0,75$ olduğu saptandı. Müdahale grubunda son test toplam PUKİ puanı ortalama $4,97 \pm 3,51$ iken, toplam YŞÖ puanının ortalama $2,15 \pm 1,42$ olduğu; kontrol grubunda ise son test toplam PUKİ puanı ortalama $12,14 \pm 3,55$ iken, son test toplam YŞÖ puanının ortalama $6,57 \pm 1,13$ olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Müdahale grubunda ön test toplam PUKİ ve toplam YŞÖ puanları arasında pozitif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanırken ($r=0,552$; $p=0,001$), kontrol grubunda ön test toplam PUKİ ve toplam YŞÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,378$; $p=0,021$). Müdahale grubunda son test toplam PUKİ ve toplam YŞÖ puanları arasında pozitif yönde güçlü bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,658$; $p=0,001$).

SONUÇ: RA hastalarının yorgunluk ve uyku kalitesinde bozulmalar olduğu, PGE'nin uyku kalitesini arttırdığı ve yorgunluk şiddetini azalttığı, RA hastalarında yorgunluk şiddeti ile uyku kalitesi arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu saptandı. Romatoid artrit hastalarının yorgunluklarının ve uyku kalitelerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi, nonfarmakolojik tamamlayıcı yöntemlerden biri olan PGE'nin etkinliği, uygulamadaki kolaylığı ve ekonomik oluşu nedeniyle farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması; hastaların PGE'yi düzenli olarak uygulamaları ve günlük hayatlarına entegre edebilmeleri için düzenli eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: (Progresif Gevşeme Egzersizleri, Romatoid Artrit, Yorgunluk, Uyku Kalitesi.)

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No: 2, İstanbul. 2003;193-200.
2. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 143(6):427-438.
3. Wong J, Romey D, Singh G. Long-term Morbidity, Mortality and Economics of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2001; 44(12): 2746-2749.
4. Kiper S, Sunal N. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2009; 10: 33-39.
5. Metin Z. ve Özdemir L. Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13 (1): 276-281.
6. Chatfield SM, Dharmage SC, Boers A, et al. Complementary and alternative medicines in ankylosing spondylitis: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol* 2009; 28:213–217.
7. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol Oct* 1989; 46(10): 1121-1123.
8. Armutlu K, Korkmaz NC, Keser I, et al. The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *Int J Rehabil Res* 2007; 30(1):81-85.
9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TF, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for Psychiatric practise and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2):193- 213.
10. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Der* 1996; 7(2): 107- 115.

İNME SONRASI ÜRİNER İNKONTİNANS YÖNETİMİ

Aydan Eda Urvaylıoğlu¹, Sevinç Kutlutürkan²

¹Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yozgat

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

GİRİŞ: İnme sonrası üriner inkontinans (UI) sık görülen¹, inme geçirenlerin en az %50'sini etkileyen bir sorundur². Her ne kadar bazen hızlı ve kendiliğinden düzelirse de, inmeli bireylerin 1/3'ünün ilk yılda çeşitli derecelerde deneyimlediği inatçı bir sorun haline gelmektedir².

İnme sonrası ilk ayda UI prevalansı %37-79 arasındadır³. Bu varyasyonun genişliği kullanılan farklı tanımlara bağlıdır^{4,5}. Prevalansı zamanla azalsa da, birinci yılda %15-30 olup hastaların %10'u inmeden sonra iki yıl inkontinans yaşamaktadır³.

UI inmenin iyileşme sürecinde güçlü bir prognostik göstergedir⁶. Bir çalışmada, inkontinansı olan hastaların 6 ay içinde mortalite olasılığının inkontinansı olmayanlardan yedi kat fazla olduğunu, hastaların %52'sinin inme sonrası altı ay içinde yaşamını kaybettiği (inkontinansı olmayan grupta %2) bulunmuştur⁷.

UI inmeli bireyler tarafından küçük düşürücü⁸, utandırıcı, moral bozucu bir durum olarak tanımlanır^{9,10}. Günlük yaşam, psikolojik iyileşme üzerinde olumsuz etkilere sahiptir¹¹. Hem inmeli bireye¹⁰ hem bakım verenlere ağır yük getirmektedir¹¹. İnme sonrası UI, inme hemşireliği araştırmalarında ilk 10 öncelikten biri kabul edilmektedir¹².

İnmeli sonrası UI nedenleri

İnme sonrası alt üriner sistem disfonksiyonu için literatürde en sık tanımlanan risk faktörleri; şiddetli parezi, afazi, bilinç bozukluğu, algısal/kognitif defisitler, görme alanı kusurlarıdır¹³. İmmobilite hastanın tuvalete erişememesine neden olarak inkontinansa yol açabilir. Yatak kenarlıkları veya diğer güvenlik önlemleri tuvalete gitmeyi engelledikleri takdirde inkontinansa yol açabilir¹⁴. Günlük yaşam aktivitelerinde Barthel indeksi düşük olan hastalar daha sık inkontinansa sahiptir. Gelber ve arkadaşlarının çalışmasında, inkontinansı olan hastalar ortalama 43 puan alırken kontinansı olan hastaların 73 puan aldıkları bildirilmiştir¹⁵. Görme bozukluğu, bireyin bilinmeyen bir ortamda tuvalete ulaşmasını zorlaştırabilir. Konuşma bozukluğu, hasta tuvalete ulaşamazsa yardım çağrısında bulunmasını etkileyebilir¹⁵. Rekürrent inmeler sonrası konfüzyon veya demans, hastanın tuvaletin nerede olduğunu veya idrar ihtiyacını nerede karşılayacağını hatırlamasına engel olabilir¹⁴. İlerleyen yaş, inmeden on iki ay sonra kalıcı inkontinans gelişiminde bağımsız öngördürücü faktördür. Klinik olarak acil idrar yapma (urgency) ya da inkontinans olarak kendini gösteren artan detrusor kas uyarılabilirliği nedeniyle 75 yaş üstü hastaların kontinans sağlaması daha zordur¹⁶. Bunlara ek olarak inkontinans, tedavi edilebilen ve geçici UI'ye neden olabilen diğer birçok faktörün (örn. kronik öksürük, ilaçlar, idrar yolu enfeksiyonu, kahve, alkol, sigara, obezite) sonucu olabilir¹⁷.

Üİ tipleri ve semptomlar

Yapılan bir çalışmada hastaların %53'ü inme sonrası 3 aya kadar irritatif veya obstrüktif semptomlar bildirmiştir. %36'sında en sık bildirilen semptom noktüri, %29'unda sıkışma tipi inkontinans, %24'ünde acil idrara çıkma (urgency), %13'ünde gündüz sık idrara çıkmadır ve %25'inde mesanenin tam boşalamama semptomları (idrara akışını başlatma güçlüğü, pelviste ağrı veya basınç, zayıf idrara akışı ve tenesmus) görülmüştür¹⁸.

Literatürde, inme sonrası en sık görülen üç inkontinans tipi tanımlanmaktadır: sıkışma tipi, fonksiyonel ve stres inkontinans. Sıkışma tipi (urge) inkontinans, istemsiz idrara sızıntısı eşliğinde ani, güçlü idrara çıkma ihtiyacıdır. Fonksiyonel inkontinans, bireyin idrara çıkma ihtiyacının genellikle farkında olduğu, ancak fonksiyonel kısıtlamalar (örn. hareketlilik veya iletişim ile ilgili problemler) veya çevresel engeller (örn. sağlık personeli veya bakım verenden sınırlı yardım alabilme) nedeniyle tuvalete yetişme konusunda sıkıntıya yol açan bir UI türüdür^{2,19}. Stres inkontinans, intraabdominal basıncı arttıran ve idrara yolundan az miktarda idrara sızıntısına neden olan öksürme, hapşırma gibi bir aktivite sonucu oluşur. Stres inkontinans, genellikle inme öncesi sık görülür ve inme sonrası daha da kötüleşir²⁰.

İnmeli bireylerde UI yönetimi

Literatürde, inme sonrası üriner disfonksiyonlara yönelik tedavi protokolleri hakkında kesin rehberlere yönlendirecek çok az kanıt temelli randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Klinik önerilerin çoğu, iyi klinik uygulama deneyimlerine dayanmaktadır²¹.

Öncelikle hastanın inkontinansa neden olabilecek sorunlar açısından gözden geçirilmesi (üriner enfeksiyon, konstipasyon, fekal tıkaç, diüretiklere bağlı poliüri, diyabetli hastalarda glikozüri vb) ve geçici/düzeltilbilir nedenlerin kontrol altına alınması gerekir^{22,23}. Hastalara obeziteden korunma, çay, kahve, kola, çikolata, yapay tatlandırıcı, alkol, sigara, baharat, turunçgiller gibi mesane iritanlarından kaçınma ve konstipasyonu önleme konularında bilgi verilmelidir^{22,24}.

Kılavuzlarda, genel yaklaşımlar ile kontrol altına alınamayan sorunlarda, ayrıntılı değerlendirmelere dayanarak aktif bir davranışsal girişim planı oluşturulması önerilmektedir²⁵⁻²⁷. İnkontinansın tipini dikkate almak gerekir²³. Hastada aşırı aktif detrusor ve/veya sıkışma tipi inkontinans varsa yaklaşık **6 hafta süreli davranışsal yöntemler** önerilmektedir^{4,26,27}. Davranışsal yöntemler özellikle aşırı aktif mesane sorunlarının kontrol altına alınmasında etkilidir²³. Urgency (acil idrara çıkma), frequency (sık idrara çıkma) ve urge (sıkışma tipi) inkontinans semptomlarının tedavisi öncelikle daha az invaziv yaklaşımlar-davranışsal önlemlerle (ör. mesane eğitimi) başlar²⁸. Mevcut davranışsal yöntemler arasında; mesane eğitimi, zamanlı idrara yapma, yönlendirilmiş idrara yapma ve pelvik taban kas eğitimi yer alır²⁹.

Yetişkinlerde davranışsal yöntemlerin etkinliği konusunda sistematik gözden geçirme çalışmaları incelenmiştir²⁹. Çalışmalar, mesane eğitimi destekleme eğilimi göstermiş ve yan etkilere dair kanıt bulunamamıştır³⁰. Yönlendirilmiş idrara yapmanın incelendiği çalışmalarda, kısa dönemde

inkontinans ataklarının azaldığı ve kendiliğinden başlatılan işemenin arttığına ilişkin kanıtlar bulunmuştur³¹. Artan kanıt tabanına rağmen, mevcut kanıtlar klinik uygulamada geniş çapta uygulanmamıştır. Ayrıca araştırmalar, kontinans yönetim pratiğinde inme birimlerinde çalışan uzman ekipler tarafından bile uygulama eksikliği olduğunu göstermektedir³².

Mesane eğitimi, genellikle sıkışma tipi (urge) inkontinans için kullanılır. Hasta eğitimini, planlı işemeyi ve hastanın cesaretlendirilmesini içerir²⁹. Hastanın günlüğü incelenerek idrara çıktığı saatler belirlenir. Buna uyacak şekilde bir idrar boşaltım programı düzenlenir ve işemeler arasındaki zaman aralığının artırılması ve böylece kontinansın sağlanması amaçlanır. İdrar ihtiyacı olduğunda hastanın mümkün olduğunca kendini sakinleştirilmesi, oturması, derin nefes alması ve karın kaslarını kasarak aciliyet hissini baskılamayı öğrenmesi sağlanır. İlk günlerde kazalara karşı hastaya emici külot giydirilebilir ancak bunun hastanın tuvalete gitme çabasını olumsuz etkileyip etkilemediğine bakılarak kullanımına karar verilmelidir²³.

Zamanlı ve yönlendirilmiş idrar yapma (timed and prompted voiding), temel olarak kognitif defisitleri olan kişilerde kullanılır. Tuvaletin kendi kendine başlatılması için hatırlatıcılar ve pekiştiricileri içeren teşvik/cesaretlendirme ile işeme yoluyla, planlanmış bir işeme sistemine dayanır²⁹. *Zamanlı yapma (timed voiding)* için hastaya uyanık olduğu saatlerde iki saatte bir, gece dört saatte bir komod, sürgü veya ördek verilerek boşaltım sağlanır²³. *Yönlendirilmiş idrar yapma (prompted voiding) yöntemi* bakımevlerinde yaşayanlarda inkontinans oranını etkili şekilde azaltmıştır³³. Hasta iki saatte bir kontrol edilerek ıslak mı, kuru mu olduğu sorulur, hastaya yanıtının doğruluğu konusunda geri bildirimde ve teşvikte bulunulur. Tuvalet ihtiyacı olup olmadığı sorulur, varsa yardım edilir. Bir sonraki ziyaretin saati hatırlatılır. Hastaların sözel olarak desteklenmesi bu yöntemin etkinliğini artırır²³.

Pelvik taban kas egzersizleri eğitimi, daha iyi bilişsel yetenekleri olan hastalarda, selektif pelvik kas kontraksiyonları için detrusor kasının kontrolsüz kontraksiyonlarını azaltmaya yardımcıdır³⁴. Abdominal, gluteal, femoral kasların minimum kontraksiyonu ile sanki miksiyon ya da defekasyon ihtiyacını engellercesine anal sfinkter ve perivaginal kasların kasılmasıdır²³. Bireyin sıkışma, stres, mix tip inkontinansı yönetmesine yardımcı olabilir³⁵ ve mesane eğitimi ile kombine olarak etkili olduğu gösterilmiştir³⁶. Tibaek ve arkadaşları, inme sonrası hastalarda pelvik taban egzersizlerinin faydalı olduğunu, idrar yapma sıklığının anlamlı şekilde azaldığını, bu etkinin egzersizden 2 ila 3 gün sonra da devam ettiğini bulmuştur^{33,37}. Egzersizde hastanın pelvik taban hareketini hissetmesi gerektiğinden, eğitime başlarken perine bölgesindeki duyu algılama fonksiyonunun değerlendirilmesi gerekir. Duyu azalması varsa, elektriksel stimülasyon ve/veya biofeedback yöntemleri denenebilir²³. Sakral ve pudental afferent lifleri bir anal veya vajinal proba stimüle ederek pelvik kasların elektriksel uyarımı yapılabilir³⁴.

Eğer davranışsal yöntemler 6 hafta geçmiş ve etkinlik göstermemişse, urge ve mix tip inkontinans için, antimuskarinik etkiye sahip *antikolinerjikler* (fesoterodin, oksibutinin, darifenain, tolterodin) kullanılır²⁸. Ancak, olası kolinerjik yan etkilere dikkat edilmelidir: ağız kuruluğu, bulanık

görme, taşikardi, baş dönmesi, bilişsel yeteneklerde bozulma, kabızlık. Ayrıca, muhtemel retansiyon nedeniyle, post-voidal rezidüel (PVR) volümün ölçümü gerekir³⁸. İlaça başlamadan PVR 100 ml.den az olduğundan emin olunmalıdır²³.

Kontinansı sağlamak mümkün olmadığında, sosyal kontinansı sağlamak için *kontinans yardımcıları* (emici pedler, pisuar, peçeteler, emici iç çamaşırı) kullanılabilir². *Cerrahi teknikler* genellikle idrar çıkışına direnci azaltmak, stres inkontinansı tedavi etmek için kullanılır¹⁷. Tamamlayıcı tedavi yöntemleri arasında, gece-gündüz idrara çıkma sıklığını azaltmada *akupunkturun* olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir, ancak mevcut çalışmalar metodolojik olarak zayıf oluşturulmuştur³⁹.

Azalmış detrusor aktivitesi ve taşma inkontinans durumunda (PVR>100 ml) ise *aralıklı kateterizasyon* önerilmektedir. Mesanenin normal fizyolojik dolma-boşalma durumunun oluşmasını sağladığından mesane işlevinin düzelmesini kolaylaştırır. Aralıklı kateterizasyonun uzun süre ve evde de yapılması gerektiğinde hasta/yakınına temiz aralıklı kateterizasyon öğretilmelidir. Üriner enfeksiyonlara ve doku travmasına neden olduğundan kalıcı kateterden kaçınılmalıdır. Ancak akut dönemde akut retansiyon geliştiğinde kalıcı kateter gerekli olabilmektedir; bu durumda bakımının çok iyi yapılması, hasta stabil olunca kateterin çıkarılması tavsiye edilmektedir^{2,23,26,27}.

Fonksiyonel inkontinans hastanın fonksiyonel yetersizliklerine yönelik önlemler alınmalıdır. Tuvalet gereksinimini ifade edebilmesi için çağırma zili, afazik ise iletişim kurabilmek için resimli kartlar vb, tuvalete transferini kolaylaştırmak için tekerlekli sandalye, tuvaleti kullanmasını kolaylaştırmak için tuvaletin uygun şekilde düzenlenmesi, tuvalette otururken denge ve postürü sağlayacak düzenlemeler, kolay çıkarılabilecek giysilerin seçimi, yardımcı araç kullanımı (sürgü, ördek) ve zamanlı idrar yapma önerilebilir^{2,23,26,27}.

SONUÇ: Hemşirelerin kontinans sorunlarının tanınması, davranışsal yöntemlerden oluşan aktif girişim planı oluşturulması ve uygulanmasında önemli rolleri vardır. Yapılan sistematik gözden geçirme çalışmalarında bu konuda hemşirelerin ayrıcalıklı rolüne vurgu yapılmaktadır^{2,40}. Bir Cochrane incelemesinde, uzmanlaşmış kontinans hemşireliği hizmetlerinin katılımı ile bakımın değerlendirilmesi ve yönetimi yoluyla profesyonel veri girişinin, inme sonrası UI semptomlarını azaltabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Nörobilim ve inme hemşireleri, inmeli bireylerde UI'yı tanımlama, değerlendirme ve iyi bir yönetim için ideal kabul edilirler⁴¹

ROY ADAPTASYON MODELİ'NİN (RAM) KULLANIMI: TİP I DİYABETLİ BİR OLGU

Nur Başak¹, Berna Nilgün Özgürsoy Uran²

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

² İzmir Kâtip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Tip 1 diyabet, diyabet olgularının sadece %5-10'unu oluşturur. Pankreasta bulunan ve insülin üreten beta hücrelerinin otoimmün bir süreç sonunda zedelenmesi ile meydana gelmektedir. Beta hücrelerin hasarı insülin eksikliğine neden olur ve bu durum sağ kalım için ömür boyu insülin takviyesi gerektirir. Sıklıkla çocukluk ve gençlik yaşlarında ortaya çıktığı için “Juvenil diyabet” adını da alır. Aile öyküsünde tip 1 diyabet bulunması tip 2 diyabete göre daha enderdir. Poliüri, polidipsi, polifaji, kilo kaybı, zayıflık veya yorgunluk belirtilerine sahiptir ve genellikle akut olarak başlar. Ayrıca kardiyovasküler problemler, görme problemleri, böbrek hastalıkları ve duyu hasarı gibi komplikasyonlara neden olabilir.

Tip 1 diyabet hastası olan, aşırı karbonhidrat tüketen, düzenli insülin uygulamayan ve sedanter yaşam biçime sahip bireylerde hiperglisemi görülebilir. Aynı zamanda insülini aşırı dozda alan, fazla egzersiz yapan ve fazla alkol tüketen bireylerde ise hipoglisemi görülme riski daha fazladır.

Hemşire kuramcılarından Sister Callista Roy tarafından oluşturulan model “insanın adaptasyonu (uyum)” üzerinde odaklanmıştır. Roy'un uyum modeli klinik uygulamada hemşireliğin tüm alanlarında kullanılabilir; sağlıklı çocuk ve yetişkinlerde, kısa ve uzun dönem bakım gerektiren hastalarda, yüksek risk gruplarında...

Roy'un uyum modelinde; hemşirelik uygulamaları, uyumu kolaylaştırmayı amaçlamakta ve bunun için de hemşirenin faaliyetlerini altı basamakta gerçekleştirmesi temeline dayandırılmaktadır:

- Davranışın değerlendirilmesi
- Uyarının değerlendirilmesi
- Hemşirelik tanısı
- Hedef geliştirme
- Hemşirelik girişimlerinin seçilmesi
- Değerlendirme

Kronik ve uzun dönem bakım gerektiren Tip 1 DM'li olgularda da bu altı basamakta hastaya bütüncül bakımın sağlanması hasta uyumu açısından önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda bu basamakta 22 yaşında Tip 1 DM'li erkek hastanın ele alındığı bir örnek aktarılmaktadır.

Tip I DM bir bireyin RAM'a göre demografik ve klinik bilgileri:

Sosyo-Demografik Özellikler		Öykü				
Erkek Ö.D. • 22 yaşında, öğrenci • Sosyal güvencesi var • Bekar • Öğrenci yurdunda kalıyor		Fiziksel Alan		Benlik Algısı Alanı	Rol Performans Alanı	Karşılıklı Etkileşim Alanı
Şikayetleri	Beslenme	Aktivite	Benlik Algısı	Rol Performansı	Sosyal İlişki Biçimi	
Aşırı susama, aşırı tuvalete çıkma isteği ve bunlara bağlı gelişen yorgunluk sebebiyle acile başvurmuş Ö.D. daha önce de bu sebeplerle acile gittiğini ve endokrin kliniğine sevk edildiği halde gitmediğini ifade ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> • Ö.D. yurt yemeklerini beğenmediği için yurttaki yemek yemediğini, sigaranın da iştahını kapattığı için çok fazla aç hissetmediğini ifade ediyor. • Yurda başladığından bu yana iştahında azalma gözlemleyen Ö.D. çok fazla su içtiğini, susuzluğunu gideremediğini belirtiyor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Çok fazla arkadaşı olmadığını ve genellikle yurttaki zaman geçirdiğini belirten Ö.D. genellikle yorgun hissettiği için de aktivite yapmadığını ifade ediyor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son dönemlerde verdiği kilolardan dolayı daha güçsüz hissettiğini ancak yine de kendini beğendiğini belirtiyor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazla dışarı çıkmadığı için yurttaki bol bol ders çalışacak vakit bulduğunu ve bu yüzden herhangi bir rol performansında eksiklik yaşamadığını ifade ediyor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yeni bir ile adapte olmaya çalıştığı için ve henüz arkadaş edinmediği için yalnız hissettiğini belirtiyor. 	
Fizik Muayene		Lab. Bulguları				
Genel durumu iyi. TA: 110/80mmHg NB: 98/dk Ateş:36,2 °C Solunum: 18/dk BKİ: 19,72 kg/m ² Görmede bozulma; bulanık görme, ijtme normal, hissetme normal, kapiller dolun hızı: 2 sn, geceleri poliüri nedeniyle uykusu bölündüğü için uykusuz ve yorgun hissettiğini belirten hastanın yorgunluk derecesi 10 üzerinden 5. Son 1 ayda düşme öyküsü olduğu için belde kızarıklık gözlemlenmiştir.		AKŞ: 158 ↑ UİBC: 115 ug/Dl ↓ HbA1C: %18,1 ↑ HB: 14,7 gr/dL İdrarda Gliko: ++++ LDL: 89 mg/dL İdrar Dansitesi: 1034 HDL: 95 mg/dL				

Tablo 1: Tip I DM bir bireyin RAM'nin fizyolojik alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
Yorgunluk ve bulanık görmeden şikayetçi olmak	Odak	Etkileyen	Olası	Kan Glukozunda Değişkenlik Riski: <i>Hiperglisemi</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hiperglisemi riski en aza indirgenecek AKŞ 70-140 arasında kalacak 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın kan şekeri takibi 4x ve ihtiyaç durumunda daha sık yapılacak. Hasta ketoasidoz belirti ve bulguları bakımından izlenecek. (KŞ: >300, plazmada keton, solunumda aseton kokusu, baş ağrısı, kusma, taşikardi, KB'da düşme) Dehidrasyon durumu 8 saatte bir izlenecek; derinin nemliliği, turgoru, idrar miktarı/dansitesi, sıvı alımı vb. 8 saatte bir nörolojik takip yapılacak. 	<ul style="list-style-type: none"> KŞ: ~160 Günde 4x KŞ takibi ve 4x İnsülin tedavisi uygulanmakta Kan şekeri kontrol altında Risk devam ediyor
	DM	<ul style="list-style-type: none"> Poliüri Polidipsi AKŞ: 158 HbA1C: %18,1 İdrarda Glikoz: + 	Dengesiz Beslenme				
İştahta azalma, yemek yemek istememe	DM	<ul style="list-style-type: none"> Polidipsi 	İştahta azalmaya bağlı kilo kaybı	Beslenmede Dengesizlik: <i>Gereksinimden Az</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hasta günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin tüketcek (2200 kcal) 	<ul style="list-style-type: none"> Diyetisyen eşliğinde gerekli kalori miktarı hesaplanacak. Günlük kilo takibi yapılacak ve laboratuvar bulguları takip edilecek. Yeterli beslenmenin önemi anlatılacak ve diyabette beslenmenin yeri ile ilgili eğitim verilecek. Çok tatlı, ağır, yağlı ya da kızarmış besinlerin tüketimi ve yemekten önce su içmek gibi iştahı kapatacak davranışlardan kaçınılması sağlanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> BKI:19,72 Diyabetik 2200 kcal diyet planlandı Hasta diyete uyum sağlayabildi Hastada ekstra kilo kaybı gözlemlenmedi

(Tablo 1-devamı)

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
Hastanın, çok sık tuvalete çıkmasından şikayetçi olması ve yorgun hissetmesi	Odak	Etkileyen	Olası	Sıvı Volüm Eksikliği	<ul style="list-style-type: none"> İdrar dansitesi normal sınırlarda olacak. (1015-1030) 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın vital bulguları takip edilecek. 8 saatlik AÇT yapılacak, günlük kilo takibi yapılacak. Serum elektrolitleri, üre, idrar dansitesi, kreatin, protein ve hb değerleri takip edilecek. Deri turgoru, ekstremitelerde ödem riskine karşı takip edilecek. Osmotik diürezisi kontrol altına alınacak; hiperglisemisi kontrol edilecek. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastaya 150 cc İzo. NaCl takviye yapıldı. Ateş: 36,2 TA: 110/80 mmHg Nabız: 98/dk Solunum: 18/dk İdrar dansitesi: 1029
	DM	<ul style="list-style-type: none"> Poliüri İdrarda Protein: + İdrar Dansitesi: 1034 	Gereksinimden Az Beslenme				
Geceleri çok sık tuvalete kalktığı için uykuda bölünme	DM	•Poliüri		Yorgunluk	<ul style="list-style-type: none"> Hasta yeterli ve rahat uyuduğunu ifade edecek. Hastada yorgunluk göstergelerini tanımlanacak ve yorgunluğun azalmasını sağlanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> Geceleri sık idrara çıkma oluyorsa akşamları sıvı kısıtlaması yapılacak. Gündüzleri yapması için kişiyle birlikte aktivite programı düzenlenecek. Hastanın yorgunluğunun nedeni belirlenip, yorgunluk hakkında bilgi verilecek. Yorgunluğun hastaya neler hissettirdiği ve hastanın yaşamında nasıl etkiler yarattığını açıklaması için olanak sağlanacak. Bireyin kendisinin yapabileceği ve başkalarından destek alabileceği aktiviteler belirlenecek. Hastanın ihtiyacı olan eşyalar yakınına yerleştirilecek. Yorgunluk düzeyi skala kullanılarak değerlendirilerek hastanın enerjisini verimli bir şekilde kullanmasına yardım edilecek. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta tedavi süreciyle birlikte gece tuvaletlerinin azaldığını ama yine de uykuda bölünme olduğunu ifade etti. Hastanın, diyete alıştığından beri daha aktif olduğu gözlemlendi. Yorgunluk derecesi 10 üzerinden 3 olarak değerlendirildi. Yorgunluk devam ediyor.
Hastanın, çok sık tuvalete çıkmasından şikayetçi olması ve yorgun hissetmesi	Odak	Etkileyen	Olası				
	DM	Uyku Örüntüsünde Bozukluk	Gereksinimden Az Beslenme				

Tablo 2: Tip I DM bir bireyin RAM'nin rol fonksiyon ve karşılıklı etkileşim alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
	Odak	Etkileyen	Olası				
Okul hayatındaki sorumlulukları yerine getirememesi	DM	Hospitalizasyon	Tedaviyi kabullenmede güçlük	Etkisiz Rol Performansı	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın hastalığının okul ve sosyal yaşantısını etkilememesini sağlanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalık süresince, sosyal yaşamında, meslek hayatında ve ailedeki rollerinde yaşadığı değişiklikler değerlendirilecek. Rol performansı ile ilgili düşüncelerini açıklamasına olanak sağlanacak. Rol performansında değişimler yaşıyorsa uyumlu şekilde düzenlenmeye yönlendirilecek. Rollerini ve aktivitelerini almış olduğu şekilde sürdürmesi için desteklenecek. Motivasyonun insan sağlığındaki etkisinden söz edilecek. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta yaşamında meydana gelen değişiklikleri olumlu bildirimlerle ifade etti.

Tablo 3: Tip I DM bir bireyin RAM'nin benlik kavram alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri:

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
	Odak	Etkileyen	Olası				
Hasta tedavi sürecine adapte olmakta güçlük çektiğini dile getiriyor.	DM	<ul style="list-style-type: none"> •4X KŞ takibi •4X insülin uygulama 	Hospitalizasyon	Rahatta Bozulma	<ul style="list-style-type: none"> •Hastanın tedavi süreci ile ilgili bilgi eksikliğini giderilecek. •Hastanın yeni tanıya alışması kolaylaştırılacak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili sıkıntılarını ve merak ettiklerini ifade etmesi sağlanacak. • Tedavi planını uygulamada yaşadığı zorluklara yönelik sorular sorulacak. • Elde edilen verilere yönelik çözüm önerileri sunulacak. • Hastanede yattığı süre içerisinde tedavi planını uygulamada hasta ve yakınlarının planın içerisine katılımı sağlanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hastanın tedavi uygulamalarına alışmakta zorluk çekmeye devam ettiği gözlemlendi. •Hasta, hastalığı hakkında bilgilendirildi.
Daha önceden de aynı şikayetlerle acile gittiği halde takiplerini yaptırmayan Ö.D. günlük yaşantısında alkol ve sigara tükettiğini de belirtti.	Bilgi eksikliği	Yapacak fazla aktivite olmaması ve yalnızlık	Yeni bir ile yerleşme	Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta sağlığı konusunda bilinçlendirilecek. •Hasta sağlığını sorunsuz sürdürmesi için desteklenecek. 	<ul style="list-style-type: none"> •Bireyin ailesi ve yakınları ile iletişime geçilerek kişisel, ruhsal ve psikolojik durumu hakkında detaylı bilgi alınacak. •Bireyin alkol ve madde kullanımı varsa bağımlılığı ile ilgili tedavi planı yapılacak ve bu plana uyulacak. •Bireyin kendisini güvende hissetmesi için gerekli önemler alınacak ve tedavi süresince huzurlu bir ortam sağlanacak. •Bireyin aktivite eksikliği için araştırma yapılacak ve yapabileceği aktiviteler liste yapıldıktan sonra kendisine sunulacak. •Beslenmeyle ilgili diyet programı hazırlanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hastaya alkol ve sigara kullanımı ile ilgili eğitim verildi. •Hastaya tanısına uygun diyet programı hazırlandı. •Hasta verilen eğitimleri anladığını ve dikkat edeceğini belirtti.

Roy uyum alanlarının dördünde de uyumlu yanıtların geliştirilmesinin hemşireliğin amacı olarak tanımlamıştır. Çevreden gelen uyarılara müdahale edip odak ve/ veya etkileyen uyarıların etkisinin azaltılması veya kaldırılması hemşirelik girişimleridir (Ardashir, Karimi ve Hassani, 2013; Gigliotti, 2008; Ordin ve ark., 2013). Odak uyarı davranışsal yanıtı en çok etkileyen uyarı olduğundan odak uyarıya müdahale öncelikli hemşirelik girişimidir. Etkileyen uyarıya odak uyarı değiştirilemediğinde müdahale edilir. Bireyin gözlenen davranışlarının girişimden sonra değerlendirilmesi hemşirelik girişiminin etkisini belirler. Bireyde uyumlu davranış geliştiren hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirenler etkisiz kabul edilir (Isbir ve Mete, 2010; McEwen ve Wills, 2006; Roy, 2008; Satman ve ark., 2002; Veliöğlu, 1999; Bandura, 2001).

SONUÇ: Bu olgu sunumunda Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre tip 1 diyabet hastasının hemşirelik bakımına yer verilmiştir. Hastalık 4 alanda ele alınıp, tanımlanmıştır. Fizyolojik alanda, kan glukozunda değişkenlik riski (hiperglisemi), beslenmede dengesizlik (gereksinimden az), sıvı volüm eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma, yorgunluk; benlik kavramı alanında, rahatta bozulma, sağlığı sürdürmede etkisizlik; rol fonksiyonu ve karşılıklı etkileşim alanında ise etkisiz rol performansı hemşirelik tanımları konularak belirlenen hedefler doğrudusunda girişimler uygulanmıştır. Girişimlerin sonucunda hasta yeni tanısına adapte olabilmiş ve kısa süre içerisinde taburculuğu yapılmıştır. Bu doğrududa RAM'ın tip 1 diyabet hastalarına kullanılmasının uygun olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: (Roy Adaptasyon Modeli, Tip 1 Diyabet, hemşirelik bakımı)

KAYNAKÇA

1. [http://www.diyabet.com/diyabet/diyabet-hakkinda/tip-1-diyabet/tip-1-diyabet-nedir-nasil-tani-konur/\(30.09.2018\)](http://www.diyabet.com/diyabet/diyabet-hakkinda/tip-1-diyabet/tip-1-diyabet-nedir-nasil-tani-konur/(30.09.2018))
2. <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=47> (30.09.2018)
3. Karacaoğlu Vicdan, A. ve Gülseven Karabacak, B. (2014) Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(4): 255-259
4. Barış, N., Gülseven Karabacak, B. ve Ecevit Alpar, Ş. (2015) Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 31(2): 130-139
5. Menekli, T. ve Eyi, S. (2017) Obez Bir Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 25(3): 237-246
6. Özkaraman, A., Özer, S. ve Balcı Alpaslan, G. (2012) Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 1(3): 138-152
7. Karacaoğlu Vicdan, A. ve Tunç Tuna, P. (2015) Rektum Kanseri Nedeniyle Kolostomi Açılan Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*; (4): 61-75

OSTEOARTRİT TEDAVİSİNDE KULLANILAN TAMAMLAYICI VE BÜTÜNLEŞİK TIP YÖNTEMLERİ

Deniz Zeynep Sönmez

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Çankırı

GİRİŞ: Osteoartrit (OA), eklem kartilajının ilerleyici ve geri dönüşümsüz şekilde kaybının yol açtığı, eklem ağrısı ve disfonksiyonu ile karakterize dejeneratif eklem hastalığıdır (Bodur, 2011). Dünyada en yaygın görülen eklem hastalığı olup, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre erkeklerin % 9.6'sı ve 60 yaş üstü kadınların % 18.0'unda semptomatik OA bulunmaktadır. OA olan hastaların % 80'inin hareket kısıtlılığı vardır ve % 25'i günlük yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirememektedir (WHO, 2016). OA'nın en önemli semptomu ağrı ve fonksiyon kaybıdır. Kronik kas iskelet sistemi ağrısının en önemli sebebi olan OA en sık kalça ve diz eklemlerinde görülmektedir (Atalay vd, 2013).

Osteoartritte geleneksel medikal tedaviye yeterli yanıt alınamadığı için etkili ve güvenli tedavi yöntemleri arayışına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar OA tedavisinde tamamlayıcı ve bütünleşik tıp uygulamaları yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir (Durmaz, 2011; Dikici,2015). Tamamlayıcı ve Bütünleşik Tıp; Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından 'henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası sayılmayan ancak tıbbın çeşitli alanlarında ve sağlık bakım sisteminde yer alan sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları' olarak tanımlanmaktadır (Dikici, 2015).

Literatür incelendiğinde günümüzde OA tedavisinde tamamlayıcı ve bütünleşik uygulamalar ile ilgili çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır.

Sorour et al (2014) tarafından yapılan çalışmada bir gruba isometrik egzersiz, diğerine akupresür uygulanmış; diğer gruba müdahalede bulunulmamıştır. Uygulama haftada üç kez üç ay boyunca yapılmıştır. İso metrik egzersizin sertlik ve fonksiyon kaybına daha etkili olduğu, akupresürün ağrıya etkili olduğu bulunmuştur. Benzer bir başka çalışma ise Görüş ve ark (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 15 hastaya ev egzersizi, 15 hastaya sıcak uygulama 15 hastaya sıcak uygulama sonrası egzersiz uygulaması, 17 hasta ise kontrol grubu olarak araştırmaya alınmıştır. Çalışmada müdahale gruplarının hepsinde kontrol grubuna göre ağrı ve WOMAC ölçek puanlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Wang et al (2017) tarafından yapılan çalışmada 12 hafta haftada 2 kez Tai Chi uygulaması yapılmış; diğer gruba 12 hafta, 6 hafta fizik tedavi 6 hafta ev egzersizi programı uygulanmıştır. Hastalara WOMAC ölçeği uygulanmış ve iki grubun da ölçek puanlarının düştüğü gözlenmiştir. Cheung et al (2018) bir gruba yoga, diğer gruba aerobik ve üçüncü gruba herhangi bir uygulama yapmamıştır. Yoga grubu ile aerobik grubunun WOMAC ölçek puanlarının tekrarlayan ölçümlerde düştüğü gözlenmiştir. Teixeira et al (2017) tarafından yapılan çalışmada ise OA tanısı olan iki hastaya 6 hafta akupunktur uygulaması yapılmış ve sonrasında bu uygulamaların iyileşme düzeyine katkısı olduğu sonucuna

varılmıştır. Rakeshbhai et al (2018)'in yapmış çalışmasında OA tanısı almış olan 58 hasta iki gruba ayrılmış, birinci gruba dört hafta yoga programı, diğer gruba ise konvansiyonel fizik tedavi programı uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı her iki grubun da ölçek puanlarının iyileştiği gözlenmiştir.

Nasiri ve Mahmodi (2017) tarafından yapılmış tek kör randomize bir çalışmada, hastalar üç gruba ayrılmış; bir gruba lavanta yağı ile aromaterapi masajı, diğer gruba badem yağı ile masaj, son gruba ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. WOMAC ölçeği ile birinci haftada hastaların başlangıç ölçümlerine göre anlamlı bir değişiklik gözlenmiş ancak dördüncü hafta tekrar yapılan ölçümde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Arslan ve ark (2017)'nin yaptığı çalışmada toplam 95 hasta üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba aromaterapi masajı, ikinci gruba konvansiyonel masaj uygulaması, üçüncü grup ise herhangi bir uygulama yapılmayan kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da aromaterapi masaj grubunun ölçek puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada diz OA hastalarının yorgunluk düzeylerine bakılmıştır. Hastalar üç gruba ayrılmıştır. Her bir grup 31 hastadan oluşmaktadır. Bir gruba lavanta yağı ile aromaterapi masajı, diğer gruba masaj uygulaması, üçüncü grup ise uygulama yapılmayan grup olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda aromaterapi grubunun kontrol grubuna göre yorgunluk skorunun düşük olduğu bulunmuştur (Kabiri et al, 2018).

Haroyan et al (2018)'in çalışmasında ise 201 hasta seçilmiş ve bu hastalara günde 3 kez 12 hafta boyunca bir gruba curcumin diğer gruba boswellic asit ile birlikte curcumin içeren preparatlar oral yolla verilmiştir. Her iki preparatın da etkili olduğu ancak boswellic asit ile curcumin birlikte daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Wang et al (2018)'in 534 katılımcı ile yaptığı çalışmada Ginko Bloba kapsüllerinin OA'ya etkisi incelenmiştir. 272 hastaya 6 ay süresince Ginko Bloba kapsülleri verilmiş, 262 hasta ise kontrol grubu olarak seçilmiştir. Müdahale grubundan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve ginko blobanın diz ve el OA'sında ağrı ve fonksiyon kısıtlılığını azaltmada etkili olabileceği öne sürülmüştür. Breucker et al (2017) 'nin yapmış olduğu çalışmada 31 hastaya curcuma longa ekstresi verilmiştir. Hastaların 0, 6 ve 12 haftalarda ağrı ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda hastaların ağrı ve yaşam kalitesi ile ilgili parametre değerlendirmelerinde iyileşme gözlemlendiği belirlenmiştir. Stebbings et al (2017) tarafından yapılmış olan bir başka çalışmada perna canaliculus ekstresinin OA'da etkinliği araştırılmıştır. Randomize kontrollü çift kör bu çalışmada 80 hasta iki gruba ayrılmış ve bir grup katılımcıya perna canaliculus ekstresi verilmiş, diğer gruba verilmemiştir. Uygulama sonunda ağrılarındaki azalma açısından anlamlı fark olmamakla beraber, sertlik ve tutukluk açısından müdahale grubunda anlamlı bir iyileşme olduğu gözlenmiştir. Ayrıca uygulama sonrası takiplerde müdahale grubunun parasetamol kullanımında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir.

Sabancı ve ark (2015) tarafından 100 kişilik hasta grubuna, hastalar iki gruba ayrılarak intraartiküler ozon ve prp (platelet rich plasma) uygulaması yapılmış ve hastalarda ağrı ve hareket kısıtlılığında anlamlı iyileşme oranları ortaya koyulmuştur. Doğan ve ark (2016) tarafından 107 hastaya

proloterapi uygulanmış, öncesinde ve sonrasında merdiven çıkma, gece ağrı ile uyanma, eklem açıklığının derecesi gibi parametreler değerlendirilmiştir ve bu parametlerde anlamlı bir iyileşme olduğu belirtilmiştir.

Shakuri et al (2017) tarafından yapılan bir çalışmada ise sülük tükruk ekstresi, 30 gün boyunca hastalara uygulanmış; bir grup müdahale ve diğeri kontrol grubu olarak seçilmiştir. Hastaların ağrı ve fonksiyon kaybının azaldığına dair anlamlı bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmada ise diklofenak sodyum ile benjakul eskstresinin etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışma çift kör randomize kontrollüdür. Benjakul ekstresi 38, diklofenak sodyum ise 39 kişilik bir gruba uygulanmıştır. Bu çalışmada semptomların şiddeti çeşitli ölçümlerle değerlendirilmiş ve her iki grubun da uygulamalardan sonra WOMAC skorları anlamlı şekilde düşüş göstermiştir (Rachavat et al, 2017).

Kessler et al (2018) tarafından yapılan çalışmada diz OA sı olan hastalara 12 hafta boyunca hastaların yarısına Ayurveda tıbbi diğeri yarısına konvansiyonel tıp uygulanmıştır. Ayurveda tıbbının uygulandığı grupta WOMAC indexi değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Chen et al (2018) tarafından yapılan çalışmaya toplam 60 hasta dahil edilmiştir. Hastalar iki gruba ayrılmıştır. Bir gruba 3 ay boyunca oral NSAİ ilaçlar uygulanmış, diğeri gruba mezoterapi uygulanmıştır. Hastalar daha sonra 6 ay boyunca izlenmiştir. Mezoterapi uygulanan hastaların mide şikayetlerinin olmadığı, ayrıca tekrarlayan ağrı şikayetlerinin az olduğu belirtilmiştir. Her iki grubun da laboratuvar bulgularının ve WOMAC skorlarının anlamlı biçimde düzeldiği kaydedilmiştir. Bir çalışmada OA'sı olan iki grup hastadan birinci gruba 8 hafta boyunca günde iki kez mantra meditasyon müziği dinletilmiş diğeri gruba klasik müzik dinletilmiştir. Çalışmanın sonucunda olumlu bulgular elde edilmiştir ancak örneklem sayısının az olması nedeniyle daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (Innes et al, 2018)

SONUÇ: Osteoartrit tedavisinde ozon tedavisi, prp, proloterapi, akupresur, mezoterapi, yoga, mantra meditasyonu, sıcak uygulama, aromaterapi, hirudoterapi, ayurveda tıbbi, tai chi, ginko bloba, curcuma longa, benjakul ekstresi, perna canalicus ekstresi gibi tamamlayıcı ve bütünleşik tıp uygulamaları kullanılmakta ve etkinliği araştırılmaktadır. Daha kesin sonuçlar alınabilmesi için ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin OA'ya bağlı ağrı ve fonksiyon kısıtlılığının azaltılmasında rolü vardır. Hemşirelerin OA hastasına bakım verirken bu uygulamalara ilişkin bilgi sahibi olmaları hastanın yararınadır. Hastalığa ilişkin her türlü tedavi yöntemini yakından tanınması, etkinliği hakkında bilgi sahibi olması ve hastasını doğru yönlendirmesi önemlidir. Böylece etkinliği kanıtlanmış olan tamamlayıcı ve bütünleşik tıp uygulamalarının doğru bir şekilde kullanımının yaygınlaşmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arslan DE, Kutlutürkan S, Korkmaz M. (2017). The effect of aromatherapy massage on knee pain and functional status in participants with osteoarthritis. Pain Management Nursing. 5:1-11.
2. Atalay SG, Alkan BM, Aytekin MN. (2013). Osteoartrite güncel yaklaşım. Ankara Medical Journal. 13(1): 26-32.

3. Bodur H. (2011). Dünyada ve Türkiye’de osteoartrite güncel bakış: Epidemiyolojik ve sosyoekonomik boyut. *Turkish Journal of Geriatrics*. (1) :7-14.
4. Breucker SD, Rouviere H, Melot C, Appelboom T. (2017). Flexofytol® (a belgian curcumin extract) for the treatment of aged patients with osteoarthritis and comorbidity. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases*. 7:167-177.
6. Chen L, Li D, Zhong J, Qui B, Xianglei W. (2018). Therapeutic effectiveness and safety of mesotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-6.
7. Cheung C, Wyman JF, Bronas U, Mccarthy T, Rudser K, Mathiason MA (2017). Managing knee osteoarthritis with yoga or aerobic/strengthening exercise programs in older adults: a pilot randomized controlled trial. *Rheumatol Int*. 37:389-398.
8. Dikici A, Ulaşlı AM, Çevik H, Eroğlu S, Solak Ö. Dündar Ü. (2013). Dejeneratif osteoartrit tanılı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Euras J. Fam. Med*. 4(3):126-30.
9. Doğan H, Karaağaç H, Sarpkaya Ü. (2016). Gonartroz vakalarında proloterapi etkin midir? *İntegratif Tıp Dergisi*. 4(1):17-31.
10. Durmaz B. (2011). Osteoartritte tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının yeri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011; (Özel Sayı): 83-88.
11. Haroyan A, Mukuchyan V, Mkrtchyan N, Minasyan N, Gasparyan S, Sargsyan A, et al (2018). Efficacy and safety of curcumin and its combination with boswellic acid in osteoarthritis: a comparative, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 18:7.
12. Innes KE, Selfe TK, Kandati S, Wen S, Huysmans Z. (2018). Effects of mantra meditation versus music listening on knee pain, function, and related outcomes in older adults with knee osteoarthritis: an exploratory randomized clinical trial (RCT). *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-19.
13. Kabiri F, Hasanpour-Dehkordi A, Dris F (2018). Effects of massage therapy and aromatherapy on fatigue in patients with knee osteoarthritis. *J Herbmed Pharmacol*. 7(3): 141-147.
14. Kessler CS, Dhiman KS, Kumar A, Ostermann T, Gupta S, Morandi A. (2018). Effectiveness of an Ayurveda treatment approach in knee osteoarthritis e a randomized controlled trial. *Osteoarthritis and Cartilage* 26: 620- 630.
15. Nasiri A, Mahmodi MA (2018). Aromatherapy massage with lavender essential oil and the prevention of disability in ADL in patients with osteoarthritis of the knee: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 30:116-121.
16. Rachavat P, Pinsornsak P, Kanokkangsadal P, Itrahat A. (2017). Clinical Efficacy and Safety of Benjakul Remedy Extract for Treating Primary Osteoarthritis of Knee Compared with Diclofenac: Double Blind, Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-9.
17. Rakeshbhai PK, Dhruvprasad BD, Alagappan TR, Shahanawaz SD. (2018). Effectiveness of yoga asanas over conventional physiotherapy treatment on functional outcomes in patients with knee osteoarthritis. *MOJ Yoga & Physical Therapy*. 3(3): 54-57.
18. Sabancı AÜ, Yıldız L, Akçalı DT, Karamercan A, Karamercan A, Dıraçoğlu D ve ark. (2015). Diz osteoartritli hastalarda intraartiküler ozon ve prp uygulamaları. *İntegratif Tıp Dergisi*. 3(2):31-34.
19. Görüş S, Taşçı S, Doğan N, Demir H, Kılıç Z. (2015). Diz osteoartritli bireylere uygulanan sıcak uygulama ve ev egzersiz programının ağrı ve fonksiyon düzeyine etkisi. *İntegratif Tıp Dergisi*. 3(2). 72-73.
20. Sakouri A, Adljouy N, Balkani S, Mohamadi M, Hamishehkar H, Abdolazizadeh J. et al (2017). Effectiveness of topical gel of medical leech (*Hirudo medicinalis*) saliva extract on patients with knee osteoarthritis: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 1-8.

21. Stebbing S, Gray A, Schneiders A, Sansom A (2017). A randomized double-blind placebo controlled trial to investigate the effectiveness and safety of a novel greenlipped mussel extract -BioLex® -for managing pain in moderate to severe osteoarthritis of the hip and knee BMC Complementary and Alternative Medicine. 17:416.
22. Sorour AS, Ayoub AS, Abd El Aziz EM. (2014). Effectiveness of acupressure versus isometric exercise on pain, stiffness, and physical function in knee osteoarthritis female patients. Journal of Advanced Research. 5:193-200.
23. Teixeira J, Santos MJ, Matos LC, Machado PJ. (2018). Evaluation of the Effectiveness of Acupuncture in the Treatment of Knee Osteoarthritis: A Case Study. Medicines 5:18.
24. Wang C, Schmid CH, Iversen MD, Harvey WH, Fielding RA, Driban JB et al (2016). Comparative effectiveness of tai chi versus physical therapy for knee osteoarthritis. An Intern Med. 165(2):77-86.
25. Wang F, Shi L, Zhang Y, Wang K, Pei F, Zhu H et al (2018). A traditional herbal formula xianlinggubao for pain control and function improvement in patients with knee and hand osteoarthritis: a multicenter, randomized, open-label, controlled trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 1-10.
26. WEB_1.(2018). World Health Organization. <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/> (20.11.2018)

AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ HASTASI BİR BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI:

OLGU SUNUMU

¹Nevval Demir, ²Yasemin Tokem

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: ALL olgunlaşmamış lenfosit öncüllerinin anormal şekilde çoğalması ile karakterize bir hastalıktır. Erişkin yaş grubunda ise hastalığın insidansı 1-2/100.000 arasında değişmektedir. Erişkinlerde ise %40'dan az hastada iyileşme sağlanmaktadır. Çoğu olguda görünür bir sebep yoktur. Bununla birlikte radyasyon, benzen gibi bazı toksinler ve bazı kemoterapi ajanları lösemi oluşumuna katkıda bulunur. Kromozomlardaki anormallikler akut lösemi gelişiminde rol oynayabilir. Risk faktörleri içinde Down sendromu, lösemili kardeş, radyasyona maruz kalma, kimyasal maddeler ve ilaçlar sayılabilir.

Kanserli hastanın bakımı geniş bir anamnez alma, fizik tanılama ve dikkatli ve özenli bir hemşirelik bakımını gerektirir. Bu olguda Gordon'un FSÖ Hemşirelik Bakım modelinden yararlanılarak bütüncül bir hemşirelik bakımı yapılmıştır.

OLGU: 22 yaşında bekar, lise mezunu, ailesiyle yaşayan M.Y.Ç. Yaklaşık 2 aydır ateş yüksekliği ,kilo kaybı, diz ve omuzlarda ağrısı olması üzerine dış merkezde önce FTR'ye başvurmuş. Lökositoz saptanması üzerine hasta enfeksiyona yönlendirilmiş. Lenfosit hakimiyetinde 18000 lökositli olan hasta hematolojiye yönlendirilmiş.

Hasta öyküsünde M.Y.Ç.'nin babasına 1 yıl önce AC Ca teşhisi konulmuş olduğu yer almaktadır. Hastada sigara, alkol, madde bağımlılığı, alerji varlığı bulunmamaktadır.

Kardiyopulmoner Sistemi: hastanın kalp hızı düzenli, kalp sesleri normal olup, periferik siyanozu olmamaktadır. Solunumunu spontan sürdürebilen hastada anormal solunum sesi, öksürük ya da balgam yoktur. Solunum sayısı 18/dk'dır.

Gastrointestinal Sistem: Hastanın oral alımı açık, kendi kendine beslenebilmektedir. İştah durumu, besin alımı ve tat duyusuna ilişkin bulgular normaldir. Herhangi bir yeme-yutma güçlüğü bulunmamaktadır. BKİ 18.7kg/m² (normal) olup son 1 yılda 15-20 kg arası bir kayıp mevcuttur. Hasta düzenli olarak defekasyona çıkmaktadır.

Kas-İskelet Sistemi: Kas ve eklemlerinde bir tutukluk yaşamadığını ifade eden hasta günlük yaşam aktivitelerini (Giyinme kendi kendine çeki düzen verme, yerinden kalkma, yemek yeme, yürüme, hijyen) kendi kendine yerine getirebilmektedir.

Endokrin Sistem: Hastanın herhangi bir endokrinolojik problemi yoktur.

Nörolojik Sistem: Hastanın herhangi bir nörolojik problemi yoktur.

Genitoüriner Sistem: Hasta bazen inkontinans yaşamakta olduğunu, daha çok stresli olduğu durumlarda bunu yaşadığını belirtmiştir.

Deri Değerlendirmesi: Deride kuruluk, kaşıntı, ödem gibi bulgular mevcut değildir.

Braden Bası Yarası Risk Tanılama Ölçeği 20puan (risk yok); İTAKİ Düşme Ölçeği 7 puan (yüksek risk)'dir.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Olgunun Öyküsü

FSÖ ALANI	ÖYKÜ / DURUM
Sağlığın Algılanması / Sağlığın Yönetimi	Hasta; içinde bulunduğu durum nedeniyle durumunun “biraz kötü” olduğunu ifade etmiştir. Tedavi sürecini bilmediğini, bu yüzden endişeli olduğunu belirten hasta sigara ve alkol kullanmamakta, herhangi bir alerjisi de bulunmamaktadır.
Beslenme ve Metabolizma	Oral alımı açık olan hastanın iştah durumu, tat duygusu ve besin alımı normal kendi kendine beslenebildiği olduğu gözlemlendi. Boyu 182 cm, kilosu 62kg, Beden Kitle İndeksi 18,7kg/m2(normal)'dir. Hasta son 1 yılda 15-20 kg'lık bir kayıp yaşadığını belirtmiştir.
Boşaltım	Hasta yatışı gerçekleştiğinden beri defekasyon alışkanlığının değişmediğini, her gün tuvalete çıktığını ifade etti. Günde 6-7kez idrara çıkan hasta nadiren de olsa stres nedeniyle inkontinans yaşadığını belirtti.
Aktivite-Egzersiz	Vital bulguları Ateş: 36,0C, Solunum: 18/dk., Nabız: 64-95/dk, Kan basıncı: 105-108/65-74mmHg olan hasta; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken herhangi bir destek almamaktadır. Hastanın; normal banyo yapma alışkanlığının 2 haftada 1 olduğu, kliniğe yattığından beri banyo yapamadığı ancak genel görünümünün bakımlı olduğu belirlenmiştir. Hastada ter ve ağız kokusunun da olmadığı saptanmıştır. Bu durumun fiziksel aktivitelerini olumsuz etkilediğini dile getirmiştir. Hastanın ağrısının bulunmadığı ağrı skalası puanına göre (1-10 arasında) 2 puan olarak belirlenmiştir.
Uyku-Dinlenme	Geceleri 5-6 saat uyduğunu, uykusunun düzenli olduğunu fakat gündüz uyuma alışkanlığı yaşadığı için geç yattığını bu yüzden dinlenemeyip yorgun uyandığını ifade etmiştir. Yorgunluk puanını vizüel analog skalaya (VAS) göre (0-10 arasında) 4 olarak ifade etmiştir.
Biliş ve Algılama	Hastanın işitme ve algılama ile ilgili herhangi bir problemi olmayıp; kişi, yer ve zaman oryantasyonu mevcuttur. Anlık, kısa ve uzun bellekle ilgili sorunu yoktur. Hastada kısmi bir görme problemi mevcuttur.(Miyop)
Kendini Algılama ve Benlik	Hastanın hastalığıyla ilgili bilgi eksikliği, tedavi sürecinin bilinmezliğiyle ve hastanede yatışın getirmiş olduğu maddi yük ile ilgili endişeli bir tavrı vardır. Hasta tedavinin yan etkisi olarak meydana gelen alopesi nedeniyle dış görünüşünden rahatsız olduğunu ifade etti.
Rol ve İlişki	Hasta evde ailesi ile birlikte yaşıyor. Hastalığından dolayı bakıma ihtiyacı olan hastanın bakım gereksinimlerini annesi, babası ve kardeşleri karşılamaktadır. Hastalığından dolayı sosyal hayatının olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Hastanede yatarak tedavi gördüğü için yakın çevresiyle görüşemediğini ifade etti.
Cinsellik ve Üreme	22 yaşında olan erkek hastanın cinsel yaşama ilişkin soruları cevaplamaktan kaçındığı gözlemlenmiştir.
Baş Etme ve Stres	Hasta; hastalığı, tedavi süreci, babasında bulunan AC ca ve hastaneye yatışın maddi yükünden dolayı endişe ve yaşadığını ifade ederken, bu sıkıntıları aşmak için dua ettiğini ve ailesi ile paylaşımında bulunduğunu ifade etti.
Değer ve İnançlar	Bu konuda konuşmak istemediğini belirtti.

Akut Lenfoblastik Lösemi Hastası bir bireyin verileri ve hemşirelik girişimleri sunumda ayrıntılı bir şekilde sunulacaktır.

SONUÇ: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini sağlamak amacıyla Gordon (1982) tarafından geliştirilmiştir. Bu model, bireyin gereksinimlerini birbiri ile ilişkili fonksiyonel alanlarda incelemekte, verilerin doğru, objektif ve eksiksiz toplanmasını ve analiz edilmesini kolaylaştırmaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile birey/ailenin sadece şikâyetleri, sınırlılıkları ve problemleri değil, daha önce problemleri olduğunda baş etme becerileri ve olumlu sağlık uygulamaları da belirlenmektedir. Yapılan çalışmalarda Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin ve NANDA hemşirelik tanılama sisteminin hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili olduğu ve kolaylık sağladığı vurgulanmıştır.⁽⁵⁾

Bu çalışmada çocukluk çağında en sık görülen kanserlerden biri olan Akut Lenfoblastik Lösemi hastası bir bireyin yaşadığı ve yaşama riski yüksek olan sorunların çözümüne yönelik FSÖ modeline göre hazırlanmış bakım planı ele alınmıştır. Bu model doğrultusunda değerlendirilen hastaya; Kanama Riski, Enfeksiyon Riski, , Doku Bütünlüğünde Bozulma, Aktivite İntoleransı, Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık, Yorgunluk, Beden İmgesinde Bozulma tanıları konulmuştur. Oluşturulan hemşirelik süreci ile kronik bir hastalık olan kanserde hemşirelik bakımının başarısı hasta uyumu ile sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Akut Lenfoblastik Lösemi, Hemşirelik bakım planı

KAYNAKLAR

1. http://thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=akut_lenfoblastik erişim tarihi:14.11.2018
2. Uzunhan Aksu T, Karakuş Z, Çocukluk Çağı Akut Lenfoblastik Lösemisi, Çocuk Dergisi, 2012,12(1):6-15
3. Karadakovan A, Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017,1.cilt,(7):29,593
4. Türk Hematoloji Derneği, Akut Lösemiler Tanı ve Tedavi Klavuzu, Efil Yayınevi, Mart 2011,(3):29
5. Gümüş Babacan A, Şıpkın S, Keskin G, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012;3(1):13-21

Bildiri No: S-139

PANKREAS KANSERİ BİR BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMINDA ROY ADAPTASYON MODELİ'NİN (RAM) KULLANIMI: OLGU SUNUMU

¹Gökhan Sezgin, ²Funda Sofulu, ²Elif Ünsal Avdal

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Pankreas kanseri dünyada en sık görülen 12. malignitedir. Kötü prognoza sahip olması nedeniyle malignitelere bağlı ölümlerde ise 7. en sık nedendir. İnsidansı 12.3/100.000 olarak bildirilmektedir. Yaşla birlikte artar ve en çok 50-70'li yaşlar arasında ortaya çıkar.

Sigara, endüstriyel kimyasallara ve zehirli maddelere maruz kalma, fazla miktarda yağ ve et tüketimi pankreas kanseriyle ilişkilendirilir. Diabetes mellitus, kronik pankreatit ve kalıtsal pankreatitte pankreas kanseri ile ilişkilendirilir

Klinik bulguların özelliği lezyonun lokasyonu, fonksiyon gösterip göstermemesi, insülin salgılayan pankreas adacık hücrelerinin dahil olup olmamasına bağlıdır. Pankreasın hem adenom hem de karsinomları adacık hücreleri hiperinsülim sendromundan sorumludur. Bu bulgular belirsizdir ve hastalar hastalığın son dönemine kadar sağlık bakımı arayışına girmeyebilirler. İlk tanı konulduğunda hastaların %80-85'inde ilerlemiş, cerrahi olarak çıkarılamayan tümörler vardır.

Kanser kronik bir hastalıktır ve hastalığa uyum önemlidir. Kanserli hastanın bakımı geniş bir öykü sorgulaması ve özenli bir hemşirelik bakımını gerektirmektedir. Bu yüzden kanser hastaları bütüncül olarak ele alınmalı ve bakımı buna göre yapılmalıdır. Roy Adaptasyon Modeli, hastaları bütüncül olarak ele alıp, hasta-hastalık-uyum temeline dayanır.

Roy Adaptasyon Model

Hemşire kuramcılarında Sister Callista Roy tarafından 1964 yılında oluşturulmaya başlanmış ve Roy 1968'de kendi modelini uygulamaya koymuştur. Roy'un Adaptasyon Modeli, insanın adaptasyonu(uyum) üzerinde odaklanmıştır. Bu modele göre insan, sürekli değişen çevresel uyarılarla etkileşimde bulunarak, çevresine uyum gösteren bir sistemdir.

Roy, insanı etkileyen çevresel uyarıları üç bölümde sınıflandırır: odak (fokal) uyarı, etkileyen (kontekstual) uyarı ve olası (rezidüel) uyarı olarak sınıflandırmaktadır kullanır.

Model hemşire bireylerin dört gereksinimini karşılayarak uyumuna yardım eder. Bu uyum alanları fizyolojik gereksinimler, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı, karşılıklı bağlılık alanıdır. Fizyolojik alan, sistemin fiziksel bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme, koruma, sıvı-elektrolit dengesi, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir. Benlik kavramı alanı, bireyin kişisel görüşünü yansıtan davranışlar, bireyin ruhsal, spiritüel bütünlüğünü ele alarak bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğerlerinin kendisine yönelik algılarını

içerir. Rol fonksiyon alanı anne, baba olma gibi toplum tarafından bireyden beklenen rolleri içerir. Karşılıklı bağıllık alanı ise bireyler ile ilişki geliştirme, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği içerir.

Roy, dört uyum alanındaki davranışsal yanıtları uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırır. Roy, hemşireliğin amacını, dört uyum alanında uyumlu yanıtların geliştirilmesi olarak tanımlamıştır. Hemşirelik girişimleri çevresel uyarılara müdahale ederek odak ve/veya etkileyen uyarılarının etkisinin artırılması, azaltılması veya kaldırılmasını içerir.

Hemşirelik girişimlerinin etkinliği, girişimden sonra gözlenen davranışların değerlendirilmesiyle sağlanır. Birey uyumlu davranış geliştirdi ise hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirdi ise girişim etkisiz kabul edilip yeni girişimler planlanır.

OLGU SUNUMU

Pankreas Kanseri bir bireyin RAM'a göre demografik ve klinik bilgileri:

Sosyo-Demografik Özellikler		Öykü					
Şikayetleri		Fiziksel Alan		Benlik Algısı Alanı	Rol Performans Alanı	Karşılıklı Etkileşim Alanı	
		Beslenme	Aktivite	Benlik Algısı	Rol Performansı	Sosyal İlişki Biçimi	
<ul style="list-style-type: none"> • 65 yaşında kadın hasta • Sosyal güvencesi var • Evli, 2 çocuk annesi • Emekli öğretmen 		<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 ayda 15 kilo verdiğini belirtti. Bulantısı olduğu için yemek yemek istemediğini, iştahsız olduğunu belirtiyor. 		<ul style="list-style-type: none"> • Günlük rutin aktivitelerini yerine getirebildiğini belirten hasta çabuk yorulduğunu bu yüzden yürüyüş, spor vb. aktiviteleri yapamadığını söyledi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son dönemlerde 15 kilo verdiğini ve KT nedeniyle saçlarının döküldüğünü söyleyen hasta eski halini özlediğini söylüyor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalığından dolayı ev işlerini yerine getiremediğini, eşi, çocukları ve torunlarıyla yeteri kadar ilgilenemediğini belirtti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal ilişkilerinde sıkıntı yaşamadığını belirtti.
<p>Sebeatsız yere 15 kilo vermesi üzerine doktora başvurulan hastaya yapılan tetkikler sonucu GÖRH tanısı konulmuş. Hastanın kilo vermeye devam etmesi ve bulantı, kusma şikayetinin de olması üzerine tekrar doktora başvuruyor. Yapılan tetkikler sonucu Pankreas malin neoplazmi tanısı alıyor.</p>		<p>Fizik Muayene</p> <p>Genel durumu iyi. TA: 105/65mmHg NB: 85/dk Ateş: 37 °C Solunum: 18/dk BKİ: 23,43 kg/m² Görme normal, işitme normal, hissetme normal, kapiller dolun hız: 2 sn, KT nedeniyle kendini yorgun hissettiğini belirten hastanın yorgunluk derecesi 10 üzerinden 4. Hasta KT sonrası ağzında mukozit olduğunu ve diyare olduğunu söyledi.</p>		<p>Lab. Bulguları</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALT: 55 U/L ↑ • İmmatör Granulosit: %7.5 ↑ • Nötrofil: %42.7 • Trombosit: 134 10³/ul ↓ • Hemoglobin: 11.7 g/dl ↓ 			

Hastaya; kanama riski, enfeksiyon riski, yorgunluk, bulantı, sıvı volüm eksikliği riski, sıvı elektrolit dengesizliği riski, beden imgesinde rahatsızlık, rol performansında etkisizlik, oral müköz mebranda bozulma riski ve düşme riski hemşirelik tanıları konulmuş olup, roy'un adaptasyon modeli'ne göre bulantı, yorgunluk, beden imgesinde rahatsızlık, rol performansında etkisizlik ve anksiyete tanıları ele alınmıştır.

Tablo 1: Pankreas Kanseri bir bireyin RAM'nin fizyolojik alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
	Odak	Etkileyen	Olası				
Yataktan çıkmak istemiyor, günlük aktivitelerini yerine getirirken yorulduğunu ifade ediyor.	Pankreas Kanseri	•Kemoterapi	Hareket etmek istememesi	Yorgunluk	•Hastanın yorgunluk puanının 0-1 puan arasında olması	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın yorgunluğu değerlendirildi. •Hastanın günlük yaşam aktiviteleri değerlendirildi. •Yorgunluğunun nedeni açıklandı. •Hastanın dinlenmesi sağlandı, durumuna uygun aktivite programı yapıldı. •Hastanın laboratuvar bulguları takip edildi. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta yorgunluğunu '3' puan olarak değerlendirdi. Hb:11.7 g/dL Htc:34.7 % L (35-47)
Yemek <u>yemek</u> istememesi, iştahının azaldığını belirtmesi	Pankreas kanseri	•Kemoterapi	Hastalık tanısı ve tanının yarattığı anksiyete	Bulantı	•Hastanın bulantısının olmaması	<ul style="list-style-type: none"> •Hastaya bulantısının nedeni açıklandı. •Hastaya KT öncesi ve sonrasında 1-2 saat bir şey yememesinin bulantısını azaltabileceği söylendi. •Hasta KT uygulamasından 1-2 saat önce ve 1-24 saat sonra katı gıdalar yerine sıvı gıdalar tercih etmesi için yönlendirildi. •Az az ve sık sık yemek yemesi önerildi. •Yağlı, şekerli ve kızartma türü yiyeceklerden uzak durması, bulantı azaltıcı içecek olarak; elma suyu, kızılcık suyu, ayran, yiyecek olarak; elma, patates püresi, yoğurt gibi içecek ve yiyecekler tüketmesi önerildi. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta önerileri uyguladığını söyledi, <u>KT'den</u> 2 saat önce yemek yediğini belirtti. KT sonrası bulantısının azaldığını belirtti.

Tablo 2: Pankreas Kanseri bir bireyin RAM'nin rol fonksiyon ve karşılıklı etkileşim alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
Geleceğe dair kaygılarının olduğunu söylemesi, engel olmaya çalışsa da içinde anlamsız bir sıkıntının olduğunu ifade etmesi.	Odak	Etkileyen	Olası	Anksiyete	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın anksiyete düzeyini 2-3 puan olarak ifade etmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın anksiyete düzeyi belirlendi. Empatik yaklaşım sergilendi. Hislerini ifade etmesi ve tanılaması istendi. Sevdikleri ile yeterli zaman geçirmesi sağlandı, kaygılarını paylaşması istendi. Hastanın merak ettiği konulara açıklık getirildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta anksiyete değerinin 5'ten 3'e düştüğünü, duygularını içinde yaşatmaktansa dış vurduğunda rahatladığını ifade etti.
Ev işlerindeki sorumluluklarını yerine getiremediğini; eşi, çocukları ve torunları ile yeterli vakit geçiremediğini ifade etmesi	Pankreas Kanseri	<ul style="list-style-type: none"> Kemoterapi 	Geleceğin belirsizliğine dair stres	Rol Performansında Etkisizlik	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın hastalığının aile ve sosyal yaşantısını minimum düzeyde etkilemesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalık süresince sosyal yaşamında ve ailedeki rollerinde yaşadığı değişiklikler değerlendirildi. Rol performansı ile ilgili düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlandı. Rol performansındaki değişimler uyumlu bir şekilde düzenlenmeye yönlendirildi. Rollerini ve aktivitelerini alışmış olduğu şekilde sürdürmesi için desteklendi. Motivasyonun insan sağlığı üzerine etkisinden konuşuldu. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta yaşamında meydana gelen değişiklikleri olumlu bildirimlerle ifade etti.

Tablo 3: Pankreas Kanseri bir bireyin RAM'nin benlik kavram alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

Davranışın Değerlendirilmesi	Uyaranların Değerlendirilmesi			Hemşirelik Tanısı	Hedef	Girişimler	Değerlendirme
	Odak	Etkileyen	Olası				
Hasta eski görüntüsünde olmak istemesi, saçlarının eski halini özlemesi	Pankreas Kanseri	•Kemoterapi	Çevresindekilerin onu beğenmeyeceği düşüncesi	Beden İmgesinde Rahatsızlık	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlıklı baş etme mekanizmalarını öğrenerek uygulaması 	<ul style="list-style-type: none"> •Kendi görüntüsü, hastalığı ve tedavisi ile ilgili düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirildi. •Değiştirmekten hoşlanabileceği alanlar üzerine odaklandı. Örneğin, oje sürmesi, boynuna fular takması, peruk takması, vb. • Olumsuz eleştiri ya da geri bildirimde bulunmaktan kaçınıldı. •Kendisi gibi bireylerle karşılıklı temasa geçmesi sağlandı. •Bu durumun geçici olduğu anlatıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta beden görünümünü kabullendiğini; bu durumun geçici olduğunu söyledi. •Peruk kullanmaya başladı.

TARTIŞMA: Roy' un Adaptasyon Modeli kavramların farklı ve çok çeşitli olması bakımından anlaşılabilirliği zor olan hemşirelik modellerinden biridir. Model hemşirenin bireyi çok geniş bir bakış açısı ile ele alarak değerlendirmesine olanak sağlamakla birlikte bakım verici hemşireye planlama ve uygulamadan önce vaka yöneticisi tarafından ayrıntılı bir şekilde eğitim verilmesi gerekmektedir.

Roy adaptasyon modelini, hemşirelik sürecini davranış, uyaran, hemşirelik tanısı, amaç, girişimler ve değerlendirme olmak üzere altı basmakta planlar ve uygular. Uyum Roy' un modelinin temelidir. Hemşirelik bakımı hastanın uyumuna odaklanmıştır.

SONUÇ: Bu olgu sunumunda Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre pankreas kanserli bir hastasının hemşirelik bakımına yer verilmiştir. Hastalık 4 alanda ele alınıp, tanılar konulmuştur. Fizyolojik alanda, bulantı, s yorgunluk; benlik kavramı alanında, beden imgesinde rahatsızlık; rol fonksiyonu ve karşılıklı etkileşim alanında ise rol performansında etkisizlik hemşirelik tanıları konularak belirlenen hedefler doğrultusunda girişimler uygulanmıştır. Girişimlerin sonucunda hasta yeni tanısına adapte olabilmiş ve başa çıkma mekanizmaları geliştirmiştir. Bu doğrultuda RAM'ın kanser hastalarına kullanılmasının uygun olduğu söylenebilir.

KAYNAKÇA

1. Roy C (2009). The Roy Adaptation Model. 3rd ed. New Jersey Upper SaddleRiver: Pearson Prentice Hall Health, 35–50.
2. Kacaroglu Vicdan A., Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Modifiye Radikal Mastektomi Olmuş Bir Bayanın, Roy'un Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı:3.2010
3. Molu B., İskemik İnme Geçiren Bireyin Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakımı, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2017 (1-2-3), 167-177
4. Barış N., Gülseven Karabacak G., Ecevit Alpar Ş., Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31 (2) :130-139, 2015
5. Eti Aslan N., Yıldız Fındık Ü., Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları, İçinde : Eti Aslan F. (Ed), Karadakovan A. (Ed), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 745-768). Adana, Nobel Kitabevi (2013)
6. Çatal E., Dicle A., <Teori -Araştırma> Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği, DEUHYO ED 2014,7 (1), 33-45

ET VE ET ÜRÜNLERİ YERKEN DİKKAT: ANTRAX

¹Yağmur Artan, ²Aynur Türeyen

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Şarbon, primer olarak otçul hayvanları etkileyen bir hastalıktır. Hastalık insanlara enfekte hayvandan direk ya da dolaylı olarak (enfekte hayvan ürünleri) bulaşmaktadır. 1863 yılında Fransız Casimir-Joseph Davaine ve 1876'da Alman Robert Koch tarafından tanımlanmıştır (1). 1881'de Louis Pasteur tarafından aşısı bulunan ilk bakteriyel bulaşıcı hastalıktır. Salgınlara yapabilmekte, biyolojik silah olarak kullanılabilir. Etkenin adı, oluşturduğu cilt lezyonlarının siyah, kömüre benzer rengi nedeni ile eski Yunanca'da kömür anlamına gelen "anthrakis" sözcüğünden doğmuştur (2).Çiftlik hayvanlarının kontrolü insidansın azaltılması için önemlidir. İnsandan insana bulaş konusunda belirtilen bir vaka bulunmamaktadır. Fakat ortak iğne kullanan uyuşturucu bağımlılarında şarbon vakaları bildirilmiştir (3,4). Ana etken gram pozitif bir bakteri olan Bacillus anthracis'tir. İnkübasyon süresi genellikle 1 ile 7 gün arasındadır fakat 60 güne kadar sürebilir (4,5,6). Sporlar dış ortamlara, kuruluğa, soğuğa, ultraviyole ışınlarına, yüksek ve düşük pH derecelerine ve kimyasal dezenfektanlara oldukça dayanıklıdır. 140 derecede 30 dakikada, 180 derecede 2 dakikada inaktive olurlar (2,5,6).

İnsanda hastalık oluşturan şarbon 2 şekilde sınıflandırılır. Mesleğin, hastalığa maruziyetin nedeni olduğunu belirten birinci sınıflandırma; çiftçi, veteriner, kasap gibi kişilerde görülen endüstriyel kaynaklı olmayan şarbon ve kemik, yün, deri gibi hayvan ürünleriyle uğraşan kişilerde görülen endüstriyel kaynaklı şarbon. İkinci sınıflandırma da ise hastalığın bulaş yolu baz alınmaktadır. Kutanöz şarbon; sporların deriye yara ya da sıyrıktan girmesiyle oluşmaktadır. Gastrointestinal şarbon; enfekte yiyeceklerin, özellikle enfekte hayvanın etinin yenmesiyle oluşmaktadır. Pulmoner şarbon ise; havadaki sporların solunmasıyla oluşmaktadır. Kutanöz şarbon, insanda görülen tüm şarbon vakalarının %95 ten fazlasını oluşturmaktadır (3,4,5,7).

Endüstriyel kaynaklı olmayan şarbon, enfekte hayvan ölülerinin elle manipülasyonu sonucu oluşur ve çoğunlukla kutanöz form şarbon belirtileri gösterir. Kutanöz form şarbon böcek ısırıklarıyla, intestinal form şarbon ise enfekte etin yenmesiyle bulaşmaktadır (5).

Endüstriyel kaynaklı şarbon, hayvansal ürünlerin işlendiği sanayi bölgelerinde yaygındır. Sporlarla bulaşmış yün, post, kıl gibi hayvansal ürünlerin işlenmesi sırasında cilt teması ile cilt şarbonu, daha sık ve önemli olarak da sporların solunumuyla alınması sonucu akciğer şarbonu şeklinde görülür (2).

Kutanöz şarbon; sporların subepidermal dokuya derideki sıyrık ya da kesikten girmesiyle oluşmaktadır. İnkübasyon süresi; 9 saatten 2 haftaya kadar sürebilir, çoğunlukla 2-7 gündür. İlk olarak küçük bir papülle başlar, daha sonra papülün etrafı halka şeklinde veziküllerle çevrilir, sınırları belirli ödem oluşmaya başlar. Lezyon ağrılı değildir. Bölgesel ağrılı lenfadenit görülebilir. 5 ila 7. günde vezikül patlayınca ortası çökük, karakteristik siyah bir ülser oluşur. Yüz, boyun ve göğüs ön duvarında

gelişen lezyonlarda ödem fazladır, yayılma eğilimindedir ve toksemi, yüksek ateş, şok gibi şiddetli belirtiler görülebilir. 10. günden sonra eskar çözülmeye başlar ve bu süreç yaklaşık 6 hafta sürer (2,5,8).

Gastrointestinal şarbonda belirtiler, enfekte iyi pişmemiş etin yenmesinden 2 ila 5 gün sonra ortaya çıkar (9). İki klinik form bulunmaktadır. İntestinal şarbonda semptomlar; bulantı, kusma, ateş, abdominal ağrı, kanlı diyare, hematemez, şiddetli asit. Orofarengeal şarbonda ise boğaz ağrısı, disfaji, ateş, boyunda bölgesel lenfadenopati ve toksemi görülen klinik belirtileridir (5,8,9).

Pulmoner şarbonda; başlangıç semptomları spesifik değildir. Bu yüzden hastanın geçmiş öyküsü, şarbon tanısında önem taşımaktadır. Şarbonun en ölümcül formudur. Enfeksiyon, genellikle sporların solunmasıyla birlikte ilk haftada gelişmeye başlar fakat bu süreç 2 aya kadar uzayabilir (8). İlk birkaç günde halsizlik, yorgunluk ve ılımlı ateş ile başlar. Bu semptomları baş ağrısı, kas ağrısı, üşüme, öksürük ve göğüs ağrısı izler. Başarılı tedavi edilmeyen olgularda ılımlı evreyi dispne, siyanoz ve oryantasyon bozukluğu takip eder (5,8,9).

Enjeksiyon şarbonu ise; Kuzey Avrupa'da eroin kullanıcılarında tanımlanmıştır. B. Anthracis'in subcutan ya da mürküler inokülasyonu sonucu görülür. Yumuşak dokuda şişlik ya da ödem en sık görülen belirtileridir. Bazı hastalarda ciltte eritem, ağrı, vezikül ya da nekrotik alan görülür fakat kutanöz şarbondaki klasik eskar dokusu genellikle yoktur. Bazı hastalarda sistemik olarak ateş ve/veya bulantı, kusma, abdominal ağrı gibi gastrointestinal belirtiler görülür (7,8).

Korunma

Hayvanlarda ve insanlarda korunmanın temel prensibi çiftlik hayvanlarının kontrol altına alınmasıdır. Şarbon kadavralarının güvenli şekilde imha edilmesi ve riskli sürülerin aşılınması gerekmektedir (7,10). Hastalık çıkan, bulaşma kaynakları olan yerler (mera, ahır vs.) kapatılır ve hayvanlar oralardan uzak tutulur. Gerekli dezenfeksiyon yapılır. Türkiye'de Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Etlik Hayvan Hastalıkları Araştırma Enstitüsü tarafından üretilen Max-Sterne aşısı 2-6 aylık hayvanlara subkutan uygulanmasıyla 6-12 ay bağışıklık elde edilmektedir (10).

Şarbon aşısı, yaşları 18 ila 65 arasında olan, şarbon bakterisine maruz kalabilecek aşağıdaki kişiler için önerilir;

- B. Anthracis ile çalışan belirli laboratuvar çalışanları
- Muhtemel olarak enfekte olan hayvanlar ile el teması olanlar
- Bazı askeri personel (Savunma Bakanlığı tarafından belirlenmiş)

Bu kişilere 3 doz aşı yapılmalıdır: ilk doz olası etkilenme riski tespit edildiğinde, kalan dozlar ilk dozdan 1ve 6 ay sonra. Altıncı aydaki dozdan sonra, kişi korunuyor kabul edilir ve şarbonda maruz kalma riski olan bölgelerde çalışabilir. Bağışıklığın sürmesi için 12. ve 18. aylarda, daha sonra da yıllık olarak rapel dozları önerilir (9,11).

Enfeksiyon Kontrolü

Şarbonun insandan insana geçişi gösterilemediğinden standart izolasyon önlemlerinin dışında özel uygulamalara gerek yoktur. Sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına profilaktik antibiyotik ve aşılamaya gerekmemektedir.

Şarbon olgularının izlendiği hastanelerde hastaların vücut sıvıları ile kontamine olmuş yüzeylerin dezenfeksiyonunda hastane enfeksiyon kontrolünde kullanılan pek çok kimyasal madde (hipoklorid gibi) kullanılabilir (2,5).

Hastalık semptomları başlamadan önce ya da başladıktan hemen sonra başlanan antibiyotik tedavisi genellikle iyileşmeyle sonuçlanmaktadır. Kontamine et yediği düşünülen hastalara maruziyet sonrası antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. Kutanöz bulaşta ise genellikle antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir. Fakat cildin hemen yıkanması ve enfeksiyonun erken belirtileri yönünden izlenmesi gerekmektedir (7).

KAYNAKLAR

1. Morens DM. Characterizing a “New” Disease: Epizootic and Epidemic Anthrax, 1769–1780, *American Journal of Public Health* 2003; 93(6):886-893.
2. Elçin Öİ. Potansiyel Tehlike: Şarbon. *STED*, 2001;10(10):366-370.
3. Beaumont G. Anthrax in a Scottish intravenous drug user. *J Forensic Leg Med.* 2010 Nov;17(8):443-5.
4. Anthrax cases among injecting drug users, Germany, 22 June 2012 https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/120622_TER_Anthrax_IDU_Germany.pdf Erişim Tarihi:16.09.2018
5. Turnbull PCB. Guidelines for the Surveillance and Control of Anthrax in Humans and Animals 3th edition. Erişim: <http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax/WHO EMC ZDI 98 6/en/> Erişim tarihi:16.09.2018
6. Shadomy SV, Smith TL. Anthrax. *JAVMA* 2008;233(1):63-72.
7. Antrax. Erişim: <http://www.cfsph.iastate.edu/Factsheets/pdfs/anthrax.pdf> Erişim Tarihi: 16.09.2018
8. Guide to Understanding Anthrax, Center for Diseases Control and Prevention. Erişim: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/evergreen-pdfs/anthrax-evergreen-content-english.pdf> Erişim Tarihi:28.09.2018
9. Fowler RA, Shafazand S. Anthrax Bioterrorism: Prevention, Diagnosis and Management Strategies. *Journal of Bioterrorism and Biodefense* 2011;2(2):107.
10. <http://www.mikrobiyoloji.org/genelpdf/944107110.pdf>
12. Şarbon aşısı, bilmemiz gerekenler. Erişim: http://www.immunize.org/vis/turkish_anthrax.pdf Erişim Tarihi:28.09.2018

SEÇKİN SÖZEL BİLDİRİLER

TÜRKİYE’DE EVDE HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ: KALİTATİF BİR ARAŞTIRMA

**Rahşan Çevik Akyl¹, Ayşegül Kahraman¹, Hakan Akdam², Neşe Erdem¹, Rüyeyda Yüksel¹,
Yavuz Yeniçerioglu²**

¹ Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Aydın

² Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aydın

GİRİŞ: Son dönem böbrek hastalığında uygulanan tedavi yöntemlerinden birisi ev hemodiyalizdir (haftada 3 kez, 8 saat, gece veya gündüz, kendi evlerinde) (Karkar, Hegbrant & Strippoli, 2015; Trinh & Chan, 2017; Walker, Howard & Morton, 2017; Vestman vd., 2014). Merkez hemodiyalizine kıyasla en az sekiz saatlik evde hemodiyaliz tedavisi ile hastaların, hastaneye daha az başvuru yaptığı, daha serbest diyet uyguladığı, aktif çalışma yaşamına sahip olduğu ve fiziksel yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmektedir (Watanabe, Ohno, Inoue, Takane, Okada & Suzuki, 2014).

AMAÇ: Bu çalışmada, evde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden olgu bilim (fenomenoloji) araştırma deseni ile yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklemeden yararlanılmıştır. Araştırma örneklemini 9 hasta oluşturmuştur. Katılımcıların 3’ü kadın 6’ sı erkek olup yaş ortalaması 48.88±13.74’ tür (en az: 24, en çok: 69). Hastaların evde hemodiyaliz tedavisi alma süreleri ortalama 3 yıldır. Verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler "derinlemesine bireysel görüşme" yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara yöneltilen görüşme soruları katılımcılardan izin alınarak ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Görüşme süresi ortalama 40-60 dakika sürmüştür.

Araştırma için gerekli etik onay Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Ses kayıtları araştırma ekibi tarafından metne aktarılmış ve microsoft word ortamında 64 sayfalık bir ham veri dokümanı oluşturulmuştur. Verilerin çözümlenmesi, tümevarımsal içerik analizi yöntemi ile elle yapılmış ve 7 alt tema, 3 ana tema oluşturulmuştur.

BULGULAR: Araştırmada elde edilen veriler, ev hemodiyalizine ilişkin ilk deneyimler, ev hemodiyalizine ilişkin olumlu deneyimler ve ev hemodiyalizine ilişkin olumsuz deneyimler olmak üzere üç ana tema altında toplanmıştır.

Tema 1: Ev Hemodiyalizine İlişkin İlk Deneyimler

Araştırmaya katılan hastalar, ev hemodiyalizine ilişkin ilk deneyimlerini tedaviye uyum süreci açısından değerlendirmişlerdir.

Tema 2: Ev Hemodiyalizine İlişkin Olumlu Deneyimler

Katılımcılar, ev hemodiyalizine başladıktan sonraki süreçte alt tema olarak belirlenen fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden olumlu değişiklikler yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tema 3: Ev Hemodiyalizine İlişkin Olumsuz Deneyimler

Araştırmada katılımcıların ev hemodiyaliz tedavisine yönelik fiziksel, psikolojik ve sosyal olumsuzluklar algıladıkları bulunmuştur.

TARTIŞMA: Evde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada önemli sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada ilk olarak, hastaların evde hemodiyaliz tedavisine karar verme ve öğrenme aşamasında bilinmeyene karşı korku yaşadıkları ancak kısa bir süre sonra bu duruma kolay uyum sağladıkları ortaya çıkmıştır. Hastaların bir çok konuda özellikle de kendilerine iğne yerleştirilmesi sırasında kaygı yaşadıkları, 5 hafta sonunda da bu kaygıların azaldığı belirtilmektedir (Hanson vd., 2017; Trinh & Chan 2017; Walker vd., 2015; Vestman vd., 2014).

Uyum dönemi ile birlikte, katılımcıların ev hemodiyalizine başladıktan kısa bir süre sonra olumlu fiziksel farklılıklar yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde, hastaların evde hemodiyaliz tedavisine başladıktan bir ay sonra olumlu fiziksel ve mental değişiklikler yaşadıkları belirtilmektedir (Xi, Singh, Harwood & et al., 2013; Vestman vd., 2014).

Evde hemodiyaliz uygulayan hastaların sosyal ilişkilerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (Walker et al., 2015; Wise vd., 2010). Çünkü onlar sosyalleşme durumlarına göre diyaliz tedavilerini istedikleri zaman gündüz veya gece yapabilmeye olanağına sahiptirler. Bu nedenle aile üyelerine ve arkadaşlarına daha fazla zaman ayırabilmektedirler (Wise vd., 2010). Çalışmada da, hastaların ev hemodiyalizi ile birlikte sosyal yaşama daha fazla vakit ayırdıkları ve bundan çok memnun oldukları tespit edilmiştir.

Evde hemodiyaliz uygulanan hasta ve bakıcıların algılarının değerlendirildiği nitel bir sistemik derlemede ev hemodiyalizinin özgürlük, esneklik, iyilik hali ve ilişkileri güçlendiren bir fırsat olduğu saptanmıştır (Walker et al., 2015). Çünkü ev diyalizinde bir merkeze gitmek veya orada beklemek zorunda değildirler, tedavi zamanlarını kendileri belirlediğinden, günlük yaşama daha kolay uyum sağlayabilmektedirler (NICE, 2002). Hastaların tedavilerini yönetmesi (saat, zaman, kan akım hızı, ultrafiltrasyon hızı vb) onları hasta rolünden uzaklaştırmakta ve otonomi kazanmalarını sağlamaktadır (Xi vd., 2013; Vestman vd., 2014).

Bunun yanında evde diyaliz cihazının bulunmasının hastalığın sürekli hatırlatıcısı olabileceği belirtilmektedir (NICE 2002; Wong et al., 2014). Çalışmada da literatürle uyumlu benzer kaygılar saptanmıştır.

SONUÇ: Çalışmada hastaların evde diyaliz makinesini görmelerini “hastalıkla yüzleşmek” olarak algılamalarına rağmen yine de “özgürlük ve umut” kavramlarını ön plana çıkardıkları görülmüştür.

TEDAVİ SONRASI YAŞANAN KANSER İLİŞKİLİ YORGUNLUĞUN HASTALAR TARAFINDAN ALGILANMASI

Özge Sebilci¹, Yasemin Tokem²

1 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

2 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı; kanser ilişkili yorgunluğun hastaların kendisinde oluşturduğu algı, içsel yaşamları ve deneyimlerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma nitel paradigma desenlerinden “olgubilim (fenomenoloji) deseni” olarak tasarlandı. 01 Ekim 2015- 29 Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde (AEAH) Tıbbi Onkoloji ve Palyatif Bakım servisinde tedavi alan, yatış süresi bir haftayı geçmeyen, kanser tanısı konulan ve bu tanının kendilerine konulduğunu bilen, 18 yaş üzeri, algılanan yorgunluk puanı dört ve üzerinde olan, kemoterapi ve/veya radyoterapi almış/almakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 12 katılımcı çalışmaya dâhil edildi. Amaçlı örneklem yöntemiyle seçilen 38-76 yaş arası, 12 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşmeler yapıldı. Maxqda (2018) programının deneme versiyonlarından yararlanarak tematik analiz yöntemiyle analiz edildi.

Araştırmanın uygulanabilirliği açısından İKÇÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alındı. Araştırmanın adı belirtilen birimlerde yapılabilmesi için İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği kanalıyla İKÇÜ AEAH’nden yazılı kurum izni, araştırma kapsamındaki hastalardan ise sözlü onam alındı.

BULGULAR: Bu çalışmada kanser tanısı almış bireylerin, tedavi sonrası yaşadıkları kanser ilişkili yorgunluğa yönelik algıları; (1) kanser ilişkili yorgunluğun subjektif tanımı, (2) kanser ilişkili yorgunluğun özellikleri (kanser ilişkili yorgunluğun diğer yorgunluktan farkı, yorgunluğun başlangıcı, yorgunluğun süresi, sıklığı ve zamanı, yorgunluğun şiddeti, yorgunluğu arttıran ve azaltan faktörler, ağrı ve yorgunluk ilişkisi), (3) kanser ilişkili yorgunluğun yaşam üzerine etkileri ve baş etme (yorgunluğun günlük hayata etkileri, yorgunluğun sosyal hayata etkileri, yorgunluğun ruhsal etkileri, yorgunluğun etkileri ile baş etme), (4) kanser ilişkili yorgunlukta destek sistemleri (çevrenin desteği, sağlık profesyonelleriyle yorgunluk semptomunu paylaşma) olmak üzere 4 temada incelenmiştir.

Kanser İlişkili Yorgunluğun Subjektif Tanımı

Kanser hastalarının yaşadıkları subjektif yorgunluk deneyimini kendi yaşamışlıkları ile anlatmaları istenerek kanser ilişkili yorgunluk subjektif olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda katılımcılar yorgunluğu tanımlarken tüm vücutlarında hissettiklerini, bu yorgunluğun fonksiyonel kayba neden olduğunu ve durumun ıstırap verici olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların yorgunluğu anlatırken sırasıyla en sık “halsizlik”, “bitkinlik” ve “güçsüzlük” gibi kelimeleri

kullandıkları görülmektedir. Kanser ilişkili yorgunluk hakkında hasta deneyimlerini gözden geçiren ve nitel araştırma sentezi yapan bir çalışmada katılımcıların yorgunluğu tanımlarken sırasıyla en çok “enerjisiz”, “zayıf” ve “tükenmiş” kelimelerini kullandıkları rapor edilmiştir.

Kanser İlişkili Yorgunluğun Diğer Yorgunluktan Farkı

Katılımcıların tamamı hasta olduktan sonra deneyimledikleri yorgunluğun hasta olmadan önce yaşadıkları yorgunluktan çok farklı olduğunu ifade etmişlerdir. Farklı olmasının nedenini ise yaşadıkları yorgunluğun, artan ve/veya optimal aktiviteye bağlı olmaksızın sürekli bir şekilde hissedilmesi ve dinlenme, uyuma gibi normalde yorgunluğu azaltacak aktiviteler ile geçmemesi şeklinde ifade etmişlerdir.

Yorgunluğun Başlangıcı

Araştırmaya katılan katılımcıların yorgunluğun başlangıcı hakkında görüşleri farklılık göstermektedir. Bu sebeple yorgunluğun başlangıcı kategorisi tedavi sonrası başlayan yorgunluk, belirsiz başlangıçlı yorgunluk, tanı almadan başlayan yorgunluk, tanı aldıktan sonra başlayan yorgunluk olmak üzere dört alt kategoride incelenmiştir.

Yorgunluğun Süresi, Zamanı ve Sıklığı

Çalışmamızda katılımcılardan bazıları yorgunluğu belirli bir zaman diliminde şiddetli olarak yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak bildirdikleri süre, zaman ve sıklık periyodik olarak farklı olduğu ve bir bütünlük olmadığı görülmüştür. Bazı katılımcılar sabah saatlerinde iyi hissederken bazı katılımcılar akşam saatlerinde daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Özellikle kemoterapi tedavisinden sonra yorgunluğu daha fazla hissettiklerini bildiren katılımcılar da mevcuttur.

Yorgunluğun Şiddeti

Katılımcılar kanser ilişkili yorgunluğun şiddetinden bahsederken “aşırı derecede çok yorgun”, “bütün kemiklerin ağrması sızlaması gibi” ve “hepten pert durumda olma” gibi tanımlamalar yapmışlardır.

Yorgunluğu Artıran ve Azaltan Faktörler

Çalışmamızda katılımcılar iştahın azalması, aktivite, radyoterapi ve kemoterapi gibi faktörlerin yorgunluğun artışına neden olduğunu, dinlenme, uyku, masaj, düşünmeme, beslenme, sevdiği kişi ile vakit geçirmek ve hastalıktan tamamen kurtulmak gibi faktörlerin ise yorgunluk hissinde azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir.

Ağrı ve Yorgunluk İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların yarı yapılandırılmış formda yer alan yorgunlukla ilgili sorulara cevap verirken çoğunlukla ağrı hissinden bahsettikleri gözlemlenmiştir. Çoğu katılımcının ağrı ve

yorgunluğu güçlü şekilde bağdaştırması ve ‘ağrı varsa yorgunlukta vardır’ şeklindeki görüşleri dikkat çekicidir.

Kanser İlişkili Yorgunluğun Yaşam Üzerine Etkileri ve Baş Etme

Kanser ilişkili yorgunluğun yaşam üzerine etkileri ve baş etme teması; (1) yorgunluğun günlük hayata etkileri, (2) yorgunluğun sosyal hayata etkileri, (3) yorgunluğun ruhsal etkileri, (4) yorgunluğun etkileri ile baş etme olmak üzere dört alt kategoride incelenmiştir (Şekil 4).

Yorgunluğun Günlük Hayata Etkileri

Katılımcıların tamamı yorgunluğun günlük hayatlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar çalışma, alışveriş, araba kullanma, ev işleri (çamaşır asma, yemek yapma) ve çocuk bakımı gibi günlük rutinleri gerçekleştiremediklerini dile getirirken, bazı katılımcılar öz bakım gereksinimlerini kendi kendilerine karşılamakta zorlandıklarını ve bu durumun kendilerini kötü hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Yorgunluğun Sosyal Hayata Etkileri

Katılımcılar yorgunluğun sosyal hayatlarını da etkilediğini, sosyal hayata karşı isteksizlik duyduklarını ve ister istemez kısıtlama yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar iletişim kurmak istemediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar yorgunluk sebebiyle sosyal anlamda plan yapmakta, çevreye uyum sağlamak ve ayak uydurmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Yorgunluğun Ruhsal Etkileri

Yorgunluğun kendilerini ruhsal açıdan etkilediğini dile getiren katılımcıların çoğunlukla moral bozukluğu, işe yaramaz hissetme, umutsuzluk, kızgınlık hissi gibi durumları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun dışında katılımcılar kendilerini sağlıklı ve/veya hasta kişilerle kıyasladıklarını, psikolojilerinin bozulduğunu, stres ve sinir yaptıklarını, kendilerini eksik hissettiklerini, üzüntü duyduklarını, kendilerini kötü hissettiklerini, ölüm korkusu yaşadıklarını, depresif olduklarını, zaman zaman saldırganlaşma eğiliminde olduklarını, öz güven kaybı yaşadıklarını, hayal kırıklığına uğradıklarını ve hayatı sorgulamaya başladıklarını ifade etmişlerdir.

Yorgunluğun Etkileri İle Baş Etme

Katılımcıların çoğunun yorgunluğun ruhsal etkileri ile baş etmede olumlu düşünme ve başka konuya yoğunlaşmak gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları, bir kısmının ise baş etmek için hiçbir şey yapmadığı görülmüştür. Çalışmamızda katılımcılardan bazıları olumlu düşünme, dikkati başka yöne çekme, spiritüel destek ve sosyal destek sistemini güçlü tutmak gibi baş etme yöntemleri kullandıkları görülmektedir.

Kanser İlişkili Yorgunlukta Destek Sistemleri

Kanser ilişkili yorgunlukta destek sistemleri teması (1) çevrenin desteği ve (2) sağlık profesyonelleri ile yorgunluk semptomunu paylaşma olmak üzere iki alt kategoride incelenmiştir.

Çevrenin Desteği

Katılımcılar sosyal desteğin psikolojik olarak rahatlatarak manevi açıdan yorgunluklarını azalttığını bu sebeple motivasyonlarının yükseldiğini, yorgunluk hissinde azalmaya neden olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık Personeli ile Yorgunluk Semptomunu Paylaşma Durumu

Araştırmaya dâhil olan katılımcılardan 3 tanesi yorgunluğunu sağlık ekibi ile paylaşmadığını, 9 tanesi ise yaşadıkları yorgunluğu sağlık ekibine ilettiklerini ifade etmişlerdir. Tüm katılımcıların görüşleri incelendiğinde yorgunluk tedavisi hakkında farkındalık eksikliğinin var olduğu ve yorgunluğun hastalığın olağan bir süreci olduğu düşüncesi görülmektedir.

SONUÇ: Temel amacın, tedavi sonrası yaşanan kanser ilişkili yorgunluk hakkında genellenebilir bilgi üretmekten ziyade bu fenomene ilişkin derin bir anlayış kazanmak olduğu bu araştırmada kuşkusuz anlamlı ve özgün bazı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda tedavi sonrası kanser ilişkili yorgunluk algısı dört tema altında incelenmiştir. Bu temalar; *Kanser İlişkili Yorgunluğun Subjektif Tanımı*, *Kanser İlişkili Yorgunluğun Özellikleri*, *Kanser İlişkili Yorgunluğun Yaşam Üzerine Etkileri ve Baş Etme* ve *Kanser İlişkili Yorgunlukta Destek Sistemleridir*.

KAYNAKÇA

1. Ekfors H, Petersson K. A qualitative study of the experiences during radiotherapy of Swedish patients suffering from lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2004; 31 (2): 329–334.
2. Stone P, Ream E, Richardson A, Thomas H, et al. Cancer-related fatigue—a difference of opinion? Results of a multicentre survey of healthcare professionals, patients and caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 2003;12 (1): 20–27.
3. Lindqvist O, Widmark A, Rasmussen, B. Meaning of the phenomenon of fatigue as narrated by 4 patients with cancer in palliative care. *Cancer Nursing*, 2004; 27 (3);237–243.
4. Can G, Kanser Hastasında Yorgunluk. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2006; 3 (2): 10-17.
5. Stasi R, Abriani L, Beccaglia P, Terzoli E, Amadori S. Cancer-related fatigue: evolving concepts in evaluation and treatment. *Cancer* 2003; 98:1786-801.
6. Berger, Ann M., et al. "Cancer-related fatigue, version 2.2015." *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 13.8 (2015): 1012-1039.
7. Prue G, Rankin J, Allen J, et al. Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *Eur J Cancer*. 2006;42(7):846–863.
8. Horneber, Markus, et al. "Cancer-related fatigue: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment." *Deutsches Ärzteblatt International* 109.9 (2012): 161.
9. Saligan, Leorey N., et al. "The biology of cancer-related fatigue: a review of the literature." *Supportive Care in Cancer* 23.8 (2015): 2461-2478.

DENEYSEL DİYABET MODELİNDE ALLİSİNİN YARA İYİLEŞMESİNE ETKİSİ

İsmail Toygar¹, Aynur Türeyen¹, Derya Demir², Şevki Çetinkalp³

¹ Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir

² Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir

³ Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Diyabetik ayak bireyin yaşam kalitesini, beden imajını, performansını, bireyin ailesinin ve toplumun sosyal-ekonomik yapısını, özetle yaşamı olumsuz etkilemektedir. Diyabetli bireylerin hastaneye yatış nedenleri arasında %20 ile diyabetik ayak önemli bir yere sahiptir (American Diabetes Association 2014; World Health Organization 2018). Çünkü diyabetli bireylerin %34'ü yaşamlarının bir döneminde ayak problemleri yaşamaktadırlar (Costa, Loiola & Luz 2017). Travma dışı nedenlerle gerçekleştirilen alt ekstremitte amputasyonlarının %80'inden fazlası diyabete bağlıdır (Armstrong, Boulton & Bus 2017; Driver, Fabbi, Lavery & Gibbons 2010). Özetle diyabetik ayak bireylerde iş gücü kaybı, sakatlık, organ kaybı ve psikososyal travma nedenidir. Bu nedenle bütün koruyucu ayak bakımı girişimlerine rağmen diyabetik ayak geliştiğinde yara bakımı ve prognozu iyileştirici girişimler çok gerekli ve önemli olmaktadır.

Diyabetik ayak bakımında günümüzde çok sayıda farklı bakım ürünü bulunmasına rağmen amputasyonların %50 oranında azaltılması hedefine ulaşamamaktadır (Lavery, Peters & Armstrong 2018; Lavery, Peters, Williams, Murdoch, Hudson & Lavery 2008). Diyabetli bireylerde en sık kullanılan pansuman materyalleri serum fizyolojik ve hidrokolloid örtülerdir; fakat araştırmalar sonucunda bu bakım materyallerinin diyabetik ayak ile baş etmede yetersiz olduğu bildirilmektedir (Game vd. 2016; Tatsioni, Balk, O'Donnell & Lau 2007; Dumville, Deshpande, O'Meara ve Speak 2013). Bu bağlamda diyabetik ayak bakımı için yeni farklı arayış çalışmaları devam etmekte, her gün bu alanda yeni bir araştırmaya rastlanmaktadır. Bunların arasında transparan örtüler, bal içeren örtüler, büyüme faktörleri, negatif basınç uygulaması, ozon terapisi, hiperbarik oksijen tedavisi ve yeni araştırmalar (oleuropein, hypericum perforatum, kaya tuzu, graniol, hirudinidae) sayılabilir (Samancıoğlu vd. 2016; Gökçe 2015; Ersoy 2017; Yazdanpanah, Nasiri & Adarvishi 2015).

Allisin sarımsakta bulunan bir fosfor bileşenidir. Literatürde allisinin güçlü bir antioksidan ve antibakteriyel olduğuna dair çalışmalar yer almaktadır. Fakat allisinin yara iyileşmesi üzerine etkisi değerlendirilmemiştir (Ramona vd. 2016; Gruhlke, Nicco, Batteux, Slusarenko 2016).

AMAÇ: Bu çalışmada, diyabetik ayak bakımında; maliyet etkinlik sağlayan, yara iyileşmesini hızlandıran, yaraların kapanma süresini kısaltan bir bakım materyali geliştirmek amacı ile Allisinin yara iyileşmesi üzerine etkisi incelenmiştir

GEREÇ VE YÖNTEM

1.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma diyabetik yaraların ilerlemesini yavaşlatma, durdurma ve iyileşmesinin sağlanması amacıyla planlanmış in vivo düzeyde randomize kontrollü bir çalışmadır. Araştırma Ege Üniversitesi Laboratuvar Hayvanları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde ve Ege Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'nun 2017-73 numaralı etik izni ile 5 Şubat 2018-5 Mart 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada 200-300 gram ağırlığında, 6-8 haftalık 50 adet (25 adet dişi, 25 adet erkek) wistar albino türü sıçan kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılacak hayvan sayısı power analizi ile belirlenmiştir. İstatistiksel güç analizi için, 1. Tip Hata Alfa:0.05, çalışmanın gücü 0.80 (power) ve gruplar arasında yüksek bir farkın olduğu anlamlı olarak kabul edilerek etki büyüklüğü 0.55 (Cohen's kriterleri kullanılarak) alındığında araştırma için gerekli olan minimum örneklem sayısı 45 (gruplarda eşit sayıda 9 sıçan olmak üzere) olarak belirlenmiştir. Ölümlere bağlı gerçekleşebilecek veri kaybı ihtimali göze alınarak her grupta %10 daha fazla sıçan kullanılmış olup çalışmanın örneklemi toplamda 50 (gruplarda eşit sayıda 10 sıçan olmak üzere) sıçandan oluşmuştur.

Sıçanların gruplara ayrılmasında block randomizasyon kullanılmıştır. Sıçanlar öncelikli olarak 30 diyabet, 20 non-diyabet olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Sıçanlar indüklenip yaralar oluşturulduktan sonra diyabetik sıçanlar kendi içerisinde 3 gruba, non-diyabetik sıçanlar kendi içerisinde 2 gruba ayrılmıştır. Her bir grupta 5 erkek, 5 dişi yer almıştır.

1.3. Diyabet Modelinin oluşturulması

Araştırmada diyabet modelinin oluşturulmasında kimyasal modellerden Streptozosin (STZ) ile indükleme kullanılmıştır. Uygulamadan önce STZ, pH 4 sodyum sitrat ile tamponlanmıştır. Sıçanlar 50 mg/kg STZ ile indüklenmiştir. İndükleme sonrası 24., 48. ve 72. saatlerde plazma glikoz düzeyleri ölçülmüş ve 300 mg/dL üzerinde olanlar diyabetik kabul edilmiştir. Plazma glikoz düzeyi 300 mg/dL üzerine yükselmeyen 4 adet sıçan çalışmadan çıkarılmıştır. Çıkarılan sıçanlar yerine 4 yeni sıçan aynı protokol ile indüklenmiştir. Çalışma sürecin boyunca plazma glikoz düzeyi takip edilmiş ve 300 mg/dL altına düşmediği saptanmıştır.

1.4. Yaraların Oluşturulması ve Pansuman işlemi

Sıçanlar indüklendikten ve diyabet modeli tayin edildikten sonra, sıçanlar 75 mg/kg Ketamin ve 10 mg/kg xylazine ile anestezi altına alınmıştır. Sıçanların sırtı traşlanıp baticon ile dezenfekte edilmiştir. Daha sonra 10 mm biyopsi punch kullanılarak pannikulus karnosus kasını da içeren tam doku alımı ile 3 adet eksizyonel yara oluşturulmuştur.

Yaralar oluşturulduktan ve sıçanlar randomize bir şekilde gruplara ayrıldıktan sonra diyabetik gruplardan birincisine Allisin ile (DM-Allisin), ikincisine %0.9 serum fizyolojik ile (DM-SF) ve

diyabetik olmayan gruplardan ise birincisine Allisin ile (NonDM-Allisin) pansuman gerçekleştirilmiştir. Diyabetik (DM-Kontrol) ve Diyabetik olmayan (NonDM-Kontrol) birer gruba ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

1.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; tanımlayıcı, makroskobik ve mikroskobik verilerdir. Tanımlayıcı veriler diyabet modelinin oluşturulması ile ilgili plazma glikoz düzeyi ve kilo kontrolünden oluşmaktadır. Makroskobik verilerde yara alanı ölçümleri yer almaktadır. Mikroskobik verileri ise yara alanından alınan biyopsiler Hematoksilen-Eozin (H-E) boyama ile ışık mikroskobik düzeyde incelenmesi ile elde edilmiştir. Mikroskobik düzeyde inceleme semi-kandidatif şekilde gerçekleşmiştir. 0. gün biyopsisi her üç yaradan da alınan tam doku katmanlarından oluşmaktadır. 7., 14., ve 21. günlerdeki biyopsiler ise oluşturulan üç yaradan alınmıştır. Mikroskobik değerlendirmede nötrofil, mononükleer hücre, intraepitelyal ödem, dermal ödem, fibroblast proliferasyonu, kollajen, anjiyogenezis, epitelizasyon, deri ekleri (kıl folekülleri) ve yağ dokusu düzeyleri incelenmiştir. Mikroskobik incelemeyi gerçekleştiren araştırmacı körülenmiştir.

1.6. Verilerin Analizi

Çalışmaya ait tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulmuştur. Verilerin analizleri normal dağılım varsayımlarının sağlandığı durumlarda parametrik testlerle, sağlanmadığı durumlarda ise nonparametrik testlerle değerlendirmeler yapılmıştır. Parametrik testlerin sonuçları ortalama ve standart sapma değerleri ile nonparametrik testlerin sonuçları ise medyan, minimum ve maksimum değerleri ile sunulmuştur. Çoklu bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uygunluk varsayımları sağlanmadığı için Kruskal Wallis analizi ile değerlendirmeler yapılmış, ikili karşılaştırmalarda (post hoc) Dunn testi uygulanmıştır. Bağımlı çoklu grup karşılaştırmaları için Friedman testi uygulanarak anlamlılığın sağlandığı ikilileri tespit edebilmek için Dunn testi uygulanmıştır. Yara değişimleri hesaplanırken temel alınan zamana göre yüzdelik farklar hesaplanarak yara alanlarındaki büyüme ve küçülme yüzdeleri belirlenmiştir. Tüm istatistik analizlerinde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 25 dişi 25 erkek sıçan ile başlanıldı. Çalışmada 1 erkek sıçan hipoglisemi 2 dişi ve 1 erkek sıçan ise hiperglisemi nedeni ile kaybedilmiştir.

Diyabetik gruplarda plazma glikoz düzeyleri incelendiğinde 0., 7., 14. ve 21. günlerde en yüksek plazma glikoz düzeyinin 551 mg/dL, en düşük plazma glikoz düzeyinin 307 mg/dL olduğu saptanmıştır. Non-diyabetik gruplarda ise en yüksek plazma glikoz düzeyinin 182 mg/dL, en düşük plazma glikoz düzeyinin 139 mg/dL olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın 0. gününde ortalama vücut ağırlıklarının DM-Allisin grubu için 256.90 ± 29.83 , DM-SF grubu için 266.56 ± 23.07 , DM-Kontrol grubu için 258.67 ± 22.57 , Non-DM-Allisin grubu için 254.40 ± 21.20 ve NonDM-Kontrol grubu için 256.20 ± 30.32 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($F=3.11$, $p=.839$). Diyabetik grupta çalışma döneminde %5.02, Non-Diyabetik gruplarda %4.47 kilo kaybı olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın makroskobik bulgularında yara alanları 0., 7., 14. ve 21. günlerde ölçülmüş ve fotoğraflanmıştır.

Yara alanları incelendiğinde çalışmanın başlangıcında en yüksek yara alanı ortalaması 1.21 cm^2 ile DM-Allisin grubunda, en düşük yara alanı ortalaması 0.95 cm^2 NonDM-Kontrol grubunda olduğu görülmüştür. 0. gün yara alanları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=.118$). Çalışmanın sonunda en düşük yara alanı 0.01 cm^2 ile DM-Allisin grubunda iken, en yüksek yara alanı ortalaması 0.09 cm^2 ile NonDM-Kontrol grubundadır.

Gruplar arasında rölatif etki incelendiğinde, DM-Allisin grubunun tahminlenen marjinal etki yönünden diğer gruplardan daha etkin sonuçlar gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmanın 7. gününde DM-Allisin grubu ile DM-SF grubu arasında ($p<.001$), DM-Allisin grubu ile DM-Kontrol grubu arasında ($p<.001$), NonDM-Allisin grubu ile NonDM-Kontrol grubu arasında ($p=.008$) ise istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. DM-SF grubu ile DM-Kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=1.000$).

Araştırmanın 14. gününde DM-Allisin grubu ile DM-SF grubu arasında ($p=.001$), DM-Allisin grubu ile DM-Kontrol grubu arasında ($p=.007$), NonDM-Allisin grubu ile NonDM-Kontrol grubu arasında ($p=.041$) istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

Mikroskobik incelemelerde Allisin uygulanan gruplarda 7. günde nötrofil düzeyinin daha düşük olduğu, mononükleer hücre, fibroblast, kollajen, anjiyogenezis ve yağ dokusu yoğunluklarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Epitelizasyon, dermal ve epidermal ödem için 7. günde gruplar arasında farklılık gözlenmemiştir. Çalışmanın 7. gününde gruplarda tam epitelizasyon gözlemlenmez iken, tüm gruplarda yüksek düzeyde ödem saptanmıştır.

Çalışmada 14. gün mikroskobik incelemelerinde Allisin uygulanan gruplarda anjiyogenezis, fibroblast ve mononükleer hücre yoğunluğu azalırken, kollajen, kıl folikülleri ve yağ dokusunda diğer gruplara oranla daha yüksek düzeyde bir artış saptanmıştır.

Çalışmanın 21. gününde kollajen, kıl folikülleri ve yağ dokusu düzeylerinin en yüksek olduğu gruplar Allisin uygulanan gruplardır. Epitelizasyon yönünden gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA: Çalışmanın başlangıcında (0. gün) yara alanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=.118$) ancak 7. ve 14. günlerinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.001$). Literatürde Allisinin yüksek düzeyde antibakteriyel ve antioksidan aktivite gösterdiği bildirilmektedir (Chung 2006; Ankri ve Mirelman 1999). Allisinin bu özelliğinin yara iyileşmesini hızlandırmış olabileceği düşünülmektedir.

Yara alanında uzun süre yüksek düzeyde nötrofil varlığı, ortamdaki oksidatif stresi arttırmaktadır (Gough vd. 1997). Allisin uygulanan gruplarda diğer gruplara oranla ortamdaki nötrofil

yoğunluğunun daha az olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; Allisinin yara alanında ödemi azaltarak dolaşım ve granülasyon dokusu oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Yara alanında oluşan ödemin, dolaşımı ve granülasyon dokusunun oluşmasını engellediği bildirilmektedir (Hunt, Hopf ve Hussain 2000). Allisin uygulanan gruplarda 14. ve 21. günlerde ödem yoğunluğunun daha düşük düzeylerde seyrettiği saptanmıştır.

Fibroblastlar yara iyileşmesinde birçok dokuya öncü olarak görev yapmaktadır. Diyabetik ortamda fibroblast proliferasyonunun azaldığı bildirilmektedir (Hehenberger vd. 1999). Çalışmanın 7. gününde diyabetik gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında Allisin uygulanan gruplarda fibroblast proliferasyonunun daha yoğun düzeyde olduğu saptanmıştır.

İnsülin kollajen üretimini arttırmaktadır (Aydeniz, Şendur ve Güney 2003). Bu nedenle diyabetli bireylerde kollajen üretiminde azalma gözlemlenmektedir. Allisin uygulanan gruplarda 7., 14. ve 21. günlerde kollajen üretiminin diğer gruplardan daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anjiyogenezis granülasyon dokusunun besin ve oksijen ihtiyacının giderilmesi için önemli bir yere sahiptir (Tonnesen, Feng & Clark 2000). Allisin uygulanan gruplarda 7. ve 14. günlerde anjiyogenezisin diğer gruplardan daha yoğun olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Allisinin anjiyogenezisi hızlandırarak daha hızlı iyileşmesini sağladığını düşündürmektedir.

Kıl folikülleri hem yara iyileşmesinin bir göstergesi hem de yara iyileşmesini hızlandıran bir faktördür (Jahoda & Raynolds 2001). Allisin uygulanan gruplarda 14. ve 21. günlerde kıl folikülü yoğunluğunun diğer gruplara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.

Allisinin yukarıda belirtilen farklı yollarla yara iyileşmesinde etkin olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Sonuç olarak Allisinin diyabetik sıçanlarda yara iyileşmesinin farklı noktalarında gösterdiği etkiler ile yara iyileşmesini hızlandırdığı saptanmıştır. Bu sonuç Allisin ile ilgili ileri çalışmalar ve insan deneyleri için umut verici nitelik taşımaktadır. Konu ile ilgili ileri çalışmalar ve klinik insan çalışmaları yapılması önerilmektedir.

ALANA KATKI: Bu çalışma toplumda önemli bir sorun olan diyabetik ayak bakımında yeni bir bakım materyali geliştirilmesi konusunda in vivo düzeyde olumlu sonuçlar sunmaktadır. Allisinin ilerleyen çalışmalar doğrultusunda diyabetik ayak bakımında maliyet etkin bir materyal olarak hastaların kullanımına sunulması konusunda olumlu ön sonuçlar sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), 81-90.
2. Ancri S, Mirelman, D. (1999). Antimicrobial properties of allicin from garlic. *Microbes and infection*, 1(2), 125-129.
3. Armstrong, D. G., Boulton, A. J., & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375.
4. Aydeniz., A., Şendur, Ö., Güney, E. (2003). Diabetes mellitus ve kas-iskelet sistemi değişiklikleri. *Türkiye Tıp Dergisi*, 10, 89-92.

5. Chung, L. Y. (2006). The antioxidant properties of garlic compounds: allyl cysteine, alliin, allicin, and allyl disulfide. *Journal of medicinal food*, 9(2), 205-213.
6. Costa, R. H. R., de Loiola Cisneros, & L., Luz, A. R. (2017). Diabetic Foot. In *Vascular Diseases for the Non-Specialist*, Springer International Publishing, 151-165.
7. Driver, V. R., Fabbi, M., Lavery, L. A., & Gibbons, G. (2010). The costs of diabetic foot: the economic case for the limb salvage team. *Journal of vascular surgery*, 52(3), 17S-22S.
8. Dumville, J. C., Deshpande, S., O'Meara, S., & Speak, K. (2012). Hydrocolloid dressings for healing diabetic foot ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
9. Ersoy S. Diyabetik Ayak Bakımında İn Vivo Çalışma: Gülyağından Elde Edilen Geraniol Pansumanının Diyabetik Yara İyileşmesine Etkisi. (2017). Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
10. Game, F. L., Apelqvist, J., Attinger, C., Hartemann, A., Hinchliffe, R. J., Löndahl, M., ... & International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). (2016). IWGDF guidance on use of interventions to enhance the healing of chronic ulcers of the foot in diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 32, 75-83.
11. Gough, A., Clapperton, M., Rolando, N., Foster, A. V., Philpott-Howard, J., & Edmonds, M. E. (1997). Randomised placebo-controlled trial of granulocyte-colony stimulating factor in diabetic foot infection. *The Lancet*, 350(9081), 855-859.
12. Gökçe S. Diyabetik ayak için deneysel bir çalışma: diyabetik sıçanlarda hypericum perforatum-klinoptilolit- hidrokolloid örtünün yara iyileşmesine etkisi. (2015). Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
13. Gruhlke, M. C., Nicco, C., Batteux, F., & Slusarenko, A. J. (2016). The effects of allicin, a reactive sulfur species from garlic, on a selection of mammalian cell lines. *Antioxidants*, 6(1), 1.
14. Hehenberger, K., Hansson, A., Heilborn, J. D., Abdel-Halim, S. M., Östenson, C. G., & Brismar, K. (1999). Impaired proliferation and increased L-lactate production of dermal fibroblasts in the GK-rat, a spontaneous model of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Wound Repair and Regeneration*, 7(1), 65-71.
15. Hunt, T. K., Hopf, H., Hussain, Z. (2000). Physiology of wound healing. *Adv Skin Wound Care* May;13, 6-11.
16. Jahoda, C. A., & Reynolds, A. J. (2001). Hair follicle dermal sheath cells: unsung participants in wound healing. *The Lancet*, 358(9291), 1445-1448.
17. Lavery, L. A., Peters, E. J., & Armstrong, D. G. (2008). What are the most effective interventions in preventing diabetic foot ulcers?. *International wound journal*, 5(3), 425-433.
18. Lavery, L. A., Peters, E. J., Williams, J. R., Murdoch, D. P., Hudson, A., & Lavery, D. C. (2008). Reevaluating the way we classify the diabetic foot: restructuring the diabetic foot risk classification system of the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes care*, 31(1), 154-156.
19. Ramona, M., Maria, S. S., Fazel, D. S., Jonaidi, N. N., Morteza, J., Marjan, I., & Mohammad, A. S. (2016). Antifungal and antibacterial activities of allicin: A review. *Trends in food science & technology*.
20. Samancıoğlu, S., Esen, A., Ercan, G., Mansoub, N. H., Vatansever, S., İnce, İ. (2016). A new dressing material in diabetic wounds: Wound healing activity of oleuropein-rich olive leaf extract in diabetic rats. *Gaziantep Med J*, 22(1), 14-21.
21. Tatsioni, A., Balk, E., O'Donnell, T., & Lau, J. (2007). Usual care in the management of chronic wounds: A review of the recent literature. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(4), 617-624.
22. Tonnesen, M. G., Feng, X., & Clark, R. A. (2000, December). Angiogenesis in wound healing. In *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings* (Vol. 5, No. 1, pp. 40-46). Elsevier.
23. World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. World Health Organization. Erişim Tarihi: 30.10.2018, Erişim: <http://www.who.int/iris/handle/10665/204871>.
24. Yazdanpanah, L., Nasiri, M., & Adarvishi, S. (2015). Literature review on the management of diabetic foot ulcer. *World journal of diabetes*, 6(1), 37-53.

SCALE DEVELOPMENT STUDY: HEDONISTIC EATING SCALE

Derya Atik¹, Adile Neşe², Ulviye Özcan Yüce¹

¹Osmaniye Korkut Ata University, School of Health, Nursing Division, Osmaniye, Turkey.

²Gaziantep University, Vocational School of Health Services, Gaziantep, Turkey.

INTRODUCTION AND METHOD: When the literature was examined, even though scales that measure eating habits in various fields were found¹⁻³, a measurement tool specifically designed to determine the general level of hedonistic eating habits couldn't be found. For this reason, we decided to develop the "Hedonistic Eating Scale (HES)".

The study was performed in order to develop the "Hedonistic Eating Scale (HES)" for the determination of the hedonistic eating habit levels of individuals with obesity. The study was performed with a methodological design. In the study 270 individuals the sample of the study. After the necessary permissions and approvals were taken, the study was started in the relevant hospital. Data evaluation was performed using the SPSS (Statistical Package for Social Science) version 21.0 program.

Data collection tool

Data for the study was collected using the "Hedonistic Eating Scale (HES)". The "Hedonistic Eating Scale (HES)" was developed in order to measure the hedonistic eating habit levels of individuals with obesity. In the development process of the Hedonistic Eating Scale first scale questions were prepared. Then, an item pool study was performed for the Hedonistic Eating Scale. Forty item pools were created. The questions prepared were presented to the opinions of a Turkish language expert. The Hedonistic Eating Scale is a 5 way likert type scale. Scaling is done by scoring 1= I Don't agree at all, 2= I don't agree, 3=Indecisive, 4=I agree, and 5= I totally agree. The negative items on the scale are the items 7.,8.,11.,16.,18.,27.,29.,33.,38.,and 39. Negative terms are scored as 1=5, 2= 4, 3=3, 4=2, 5=1. While calculating scale scores, the scale total score is taken and the scale score is obtained by dividing this score by the number of items. Hedonistic eating habit increases with increasing scale scores. Statistical analyses performed for validity and reliability were given in Table 1.

Table 1. Validity and Reliability Study Methods

Validity Study	Method
Context Validity	Context Validity ratio (Lawshe tekniği)
<i>Structural validity</i>	<i>Exploratory factor analysis</i>
Reliability Study	
<i>Internal consistency</i> reliability	Item Analysis, Cronbach Alpha, Spearman-Brown, Guttman
Time constancy analysis:	The test retest reliability (Pearson's <i>correlation coefficient</i>)

RESULTS

Context Validity: The views of 10 experts were taken for the context validity of the scale. In the evaluation of the answers taken from the experts, the Context Validity Rates (CVR) for each item

was calculated through the Lawshe technique. After the calculation, the scope validity ratio of no matter remained below 0.62.

Structure validity: The KMO value of the scale was found to be 0.936 and its Barlett test results was found to be 4216.885 ($p < 0.000$). In *exploratory factor analysis*, the eigenvalue was taken as 1.00, and one sub component was determined. The total variance explained was found to be 68.02. When the first results of the *exploratory* factor analysis were examined, the factor load values of 18 items were found to be beneath 0.40. The other 22 items were collected in one component (m1, m2, m3, m5, m6, m7 m8, m9, m10, m11, m14, m16, m17, m19, m27, m27 m28, m30, m31, m33, m38, m39). As a result of the analysis, the Hedonistic Eating Scale, which consists of one component and 22 items, was formed (Table 2).

Table 2. Factor Loads Of The Hedonistic Eating Scale (n:270)

Item No	1. component	Item No	1. component
I. 1	,830	I. 21	*
I. 2	,812	I. 22	*
I. 3	,842	I. 23	*
I. 4	*	I. 24	,782
I. 5	,837	I. 25	*
I. 6	,832	I. 26	*
I. 7	,907	I. 27	,501
I. 8	,874	I. 28	,520
I. 9	,860	I. 29	*
I. 10	,834	I. 30	,757
I. 11	,861	I. 31	,822
I. 12	*	I. 32	*
I. 13	*	I. 33	,808
I. 14	,691	I. 34	*
I. 15	*	I. 35	*
I. 16	,432	I. 36	*
I. 17	,456	I. 37	*
I. 18	*	I. 38	,422
I. 19	,478	I. 39	,412
I. 20	*	I. 40	*

The factor loads of the items in the one component varied between 0.412 and 0.907 (Table 3).

Item analysis, Cronbach Alpha, Spearman-Brown, Guttman Internal Consistency Coefficients: When the item total score correlations of the 22 items were examined for the reliability study of the Hedonistic Eating Scale, the correlation coefficients of 22 items were seen to vary between $r=0.698$ and $r=0.866$, and the items were found to have a positive and statistically advanced relationship ($p < 0.001$). The remaining seven items (m16, m17, m19, m27, m28, m38, m39) were found to have correlation coefficients beneath 0.25 despite statistically meaningful reliability coefficients, and were

removed from the scale. The Cronbach Alpha internal consistency coefficient of the scale was found to be 0.968. The Spearman-Brown and Guttman internal consistency coefficients of the scale, found by splitting the scale into two halves, were found to be 0.953 and 0.948 respectively.

Time Constancy Analysis: For the test retest reliability analysis of the Hedonistic Eating Scale was applied to 30 obese individuals with an interval of 20 days. Between two measurements, a positive, strong, and statistically advanced relationship between the scores of the two measurements was found ($r:0.943$; $p<0.001$).

CONCLUSION: As a result, the final scale, 15 items, measures the level of hedonistic eating habits. All items are rated normally. The score from the scale is between 15-75. The higher the score, the higher the level of hedonistic eating habits. The Hedonistic Eating Scale, which was just added to literature, is a valid and reliable tool that can be used to evaluate the level of hedonistic eating habits in individuals with obesity. We think that studies being performed to use and test this scale in wider sample groups and in samples with different chronic illness may contribute significantly to literature.

REFERENCES

1. Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*. 2009; 52(2): 430-436.
2. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2- year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite* 2012; 59: 782-789.
3. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The Emotional Eating Scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disord*. 1995; 18(1):79-90.

İKİNCİL İNME KORUNMA PROGRAMININ ATRİYAL FİBRİLASYONU OLAN HASTALARDA ETKİNLİĞİ

Fatma İltuş¹, Ayfer Karadakovan²

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: Tekrarlayıcı inme olgularının %80-88,1'inin beslenme danışmanlığı, egzersiz, kan şekeri ve kan basıncı kontrolü, sigara içiminin azaltılması, antitrombotik tedavi ve statin tedavilerinin içeren kapsamlı birincil ve ikincil koruma programlarıyla önlenebileceği bildirilmektedir.

Tekrarlayan inme riski, özellikle inme sonrası ilk aylarda yüksektir ve bu riski belirleyen en önemli faktör inme etiyojisidir. Bu nedenle inme etiyojisi erken dönemde belirlenmeli ve koruyucu tedaviye geçilmelidir.

Değiştirilebilir (kontrol altına alınabilir) risk faktörleri: yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilen kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, dislipidemi, sigara, obezite vb faktörlerdir. Hipertansiyon gerek iskemik gerek hemorajik inmede önemli bir risk faktörüdür. İnme riskini gençlerde (50 yaş) 4 kata kadar artırmaktadır. Atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği, doğumsal anomaliler, protez kapak gibi kardiyovasküler durumlar inme riskini önemli ölçüde artırmaktadır.

Çalışma ikincil inme koruma programı ön çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya tüm inme nedenlerine bağlı inme geçiren bireyler dahil edilmiştir. Atriyal fibrilasyonun genellikle kan basıncı yüksekliği, kalp kapağı sorunları, romatizmal kalp hastalığı ve diyabete bağlı gelişen, hastane yatış sayısında artış ve kalp yetmezliğine yol açan bir durum olması sonucu hastalarda yönetilmesi gereken çok sayıda kronik hastalık bulunmaktadır. AF'ye bağlı sistemik emboli veya birden çok vasküler alanda geçirilmiş inme nedeniyle bu hastaların diğer nedenlerle inme geçiren hastalara oranla işlevsel durumlarının kötü, yatağa bağımlılık ve mortalite oranlarının ve inme tekrarlama riskinin daha yüksek olması, kullanılan ilaç sayısının çokluğu ve ilaca uyum düzeyi arttıkça daha yüksek koruma sağlaması nedeniyle bu hasta grubu öncelikli olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı, "Amaca Ulaşma Kuramı"na dayalı ikincil inme korunma programının hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesidir. Bu çalışma ile ilk kez inme geçiren atriyal fibrilasyonlu bireylerin inme, risk faktörleri ve değiştirilmesi, atriyal fibrilasyon, yaşam biçimi değişiklikleri, ilaç kullanımı, komplikasyonların önlenmesi, tedaviye uyum konularında bilgi ve farkındalıkları artırılarak kendi sağlıklarının iyileştirilmesi konusunda aktif rol almaları, tekrarlayıcı inme olgularının sayısının azaltılması ve sonuçta yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini, bir eğitim araştırma hastanesinin nöroloji kliniklerinde Mart 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören atriyal fibrilasyon ve inme tanısı almış hastalar; örneklemini belirtilen evren içinden, araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya

katılmayı kabul eden 17 girişim, 18 kontrol grubu olmak üzere toplam 35 inneli hasta oluşturmuştur. Çalışma prospektif, öntest-sontest ve kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Yaş, cinsiyet ve inme türüne göre, basit rastgele düzende randomizasyon yapılmıştır. Çalışmada ilk izlemde girişim grubuna taburculuk öncesi bireyselleştirilmiş ikincil inme korunma eğitimi ve eğitim kitapçığı verilmiş, kontrol grubuna taburculuk öncesi standart bakıma ek olarak yalnızca eğitim kitapçığı verilmiştir. Hastalar 90. günde kontrole çağırılarak son izlem verileri toplanmış, kontrol grubuna ikincil inme korunma eğitimi verilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Hasta Tanılama Formu, Modifiye Rankin Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, İnme Etki Yaşam Kalitesi Ölçeği 3.0 kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmanın ilk izleminde AF oranı %30,4 olarak saptanmıştır. Çalışmada AF tanısı almış olan hastalarda erkek/ kadın oranı %41,2/58,8 ve genel yaş ortalaması ise 70,4'tür. Çalışmada yer alan AF'li hastaların INR düzeylerinin terapötik aralıkta bulunma oranı ortalamasının girişim grubunda %48 (min.10-max.87) ve kontrol grubunda %43,1 (min.0-max.90) olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde AFTER çalışmasında da hedef INR düzeylerine %41.3 oranında ulaşılabildiği bildirilmiştir. Terapötik aralıkta kalma oranı %70'in üzerinde olan hasta oranı %5,7'dir. Terapötik aralıkta geçirilen INR oranının %70 üzerine çıkarılması için yalnızca bu alana özel girişimlere ve daha sık takiplere gereksinim olduğu düşünülebilir. Çalışma süresince varfarin tedavisi alan hastalardan girişim grubunda 4, kontrol grubunda 5 hastanın ilacı yeni oral antikoagülan grubundan bir ilaçla değiştirilmiştir. İlk izlemde AF'li hasta grubunda yeni oral antikoagülan tedavisi alan hastaların oranı %11,4 iken bu değişimle %31'e ulaşmıştır. Girişim grubunda bulunan AF'li hastalarda 1 inme tekrarı, kontrol grubunda bulunan AF'li hastalarda 3 inme tekrarı, 2 minör kanama ve 1 ölüm olduğu bildirilmiştir. Çalışmada ikincil inme korunma programına dahil edilen tüm hastalar içinde AF'li hastaların oranı %30 olmasına karşın inme tekrarlarının %50'sinin AF'li hasta grubunda gerçekleştiği saptanmıştır.

SONUÇ: Eğitim sonucunda sağlıklı yaşam biçimi değişikliği ve inme risk faktörlerinin kontrolünde etkin sonuçlara ulaşıldığı; yaşam kalitesi, ilaç uyumu ve inme tekrarları açısından istenen sonuçlara ulaşamadığı ve bu alanlarla ilgili geliştirmelere gereksinim duyulduğu saptanmıştır. Terapötik aralıkta geçirilen INR oranının %70 üzerine çıkarılması için yalnızca bu alana özel girişimlere ve daha sık takiplere gereksinim olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, İkincil İnme Korunma, Atriyal Fibrilasyon

KAYNAKLAR

1. Adams HPJ, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE. Classification of subtype of acute ischemic stroke- TOAST Classification. *Stroke*, 1993;24(1):35-41.
2. Akın S. İnmede ikincil korunma. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics* 2015;1(1):1-12.
3. Balkan S, Topçuoğlu MA. İnme ve hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri J Neur* 2004;2(1):41-7.
4. Ergin M, Dundar ZD, Aslay S, Emet M. Updated Management of atrial fibrillation. *Eurasian J Emerg Med* [Internet]. 2015;14(3):138-41. Available from: <http://www.eajem.com/eng/makale/3344/241/Full-Text>
5. Farrel P, Raptosh R. Çeviri:Çınar Fİ. Bireylerin ve ailelerin eğitimi. İçinde: Mauk KL. Çev Ed. Özdemir L, Sütçü Çiçek H. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara:Nobel Kitabevi,2014; s:176-99.
6. Hackam DG, Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke a quantitative modeling study. *Stroke*, 2007;38:1881-5.
7. King IM. A Theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: A Wiley Medical Publication; 1981.
8. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması” *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:271-80
9. Kozan Ö, Görenek B, Kutluk K, Diz Küçükkaya R, Özdemir M, Tükek T. AF’ye bağlı inmeden korumada antikoagülasyon: Sık sorulan sorulara multidisipliner yanıtlar uzlaşı raporu. 2013
- 10.Küresel Atriyal Fibrilasyon Hasta Merkezi Web Sitesi (Internet).Atriyal fibrilasyon ve inme nedir? (Güncellenme tarihi:22.11.2013, Erişim tarihi: 16.03.2016). Available from: <https://www.signagainststroke.com/tr/atrial-fibrillation-and-stroke/>
- 11.O’Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Siu LC, Purnima R, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. *Lancet* 2010; Vol. 376: 112-23.
- 12.Ovbiagele B, Saver JL, Fredieu A, Suzuki S, Selco S, Rajajee V, McNair N, Razinia T, Kidwell CS.In-Hospital Initiation of Secondary Stroke Prevention Therapies Yields High Rates of Adherence at Follow-up- PROTECT. *Stroke*. 2004;35:2879-83.
- 13.Özmaden-Hantal A, Doğu B, Büyükavcı R, Kuran B.İNME Etki Ölçeği 3,0: Türk toplumundaki inmeli bireylerde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 2014;60:106-16.
- 14.Togay-Işıkay C. Akut inmeye yaklaşım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2003;3(4):225-35.
- 15.Tülek Z. Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z, Ed. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın, 2013;s.274-322.
- 16.Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015 [document on the Internet]. [accessed 23May 2016]. Available from: <http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2016/04/İNME-Tanı-ve-Tedavi-Kılavuzu.pdf>
- 17.Vural B. Acar ÖT, Topsever P, Filiz M. Modifiye Morisky ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Journal of Turkish Family Physician* 2012;3(4):17-20.

THE EFFECTS OF A NURSE-LED EDUCATION AND COUNSELING PROGRAM ON DYSPNEA, HEALTH STATUS AND CARE DEPENDENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Aylin Helvaci¹, Zehra Gok Metin¹, Leyla Ozdemir¹, Pinar Ergun²

¹Hacettepe University Nursing Faculty, Department of Internal Medicine Nursing, Ankara

²Ataturk Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital, Ankara

INTRODUCTION: COPD is responsible for early mortality and significant healthcare costs and is the third most common cause of deaths worldwide as well as in Turkey due to its high symptom burden (1, 2). Several COPD symptoms, in particular, dyspnea and fatigue, limit the patients' daily activities and increase their dependence on family members over time (3-5).

The existing pharmacological approaches against COPD can only manage the symptoms and do not offer a complete cure. In addition to pharmacological treatments, pulmonary rehabilitation programs (PR) are commonly used to manage symptoms, improve progression and increase the quality of life. The nurses in PR programs play a very important role in educating and counseling the patients. Previous PR programs in COPD have reported an increase in functional capacity, decrease in symptom burden, reduced care dependency, and improvement in the quality of life (6-11). Within this context, this study designed a program comprising of patient education and counseling that would be useful to alleviate the severity of dyspnea and improve health status and care dependency in patients with COPD.

METHOD: This study had a quasi-experimental design. The study was approved by the Non-Interventional Clinical Trials Ethics Committee of a University in Turkey. Patients from a single center located in Ankara were screened consecutively for eligibility. Eligible participants included those who had no severe cognitive impairment, psychiatric diagnosis or communication problems, were literate, older than 40 years, were diagnosed with COPD according to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) criteria, had no hospitalization due to acute exacerbation in the last year, and had volunteered to participate to the study. The sample size of the study was defined as 30 participants based on the difference between the CAT scores (baseline–12th week), with a power 95% and alpha values 0.05.

Implementation of COPD-ECP

COPD-ECP was developed based on the recommendations of the Turkish Thorax Society and existing literature and delivered to all the patients by the principal investigator (PI) (6, 7, 12). Home visits were conducted once a week for four weeks. Phone-interviews were conducted once a week during the last four weeks of the study. After a four-week break, the patients were visited at their homes for the final assessment (Figure 1).

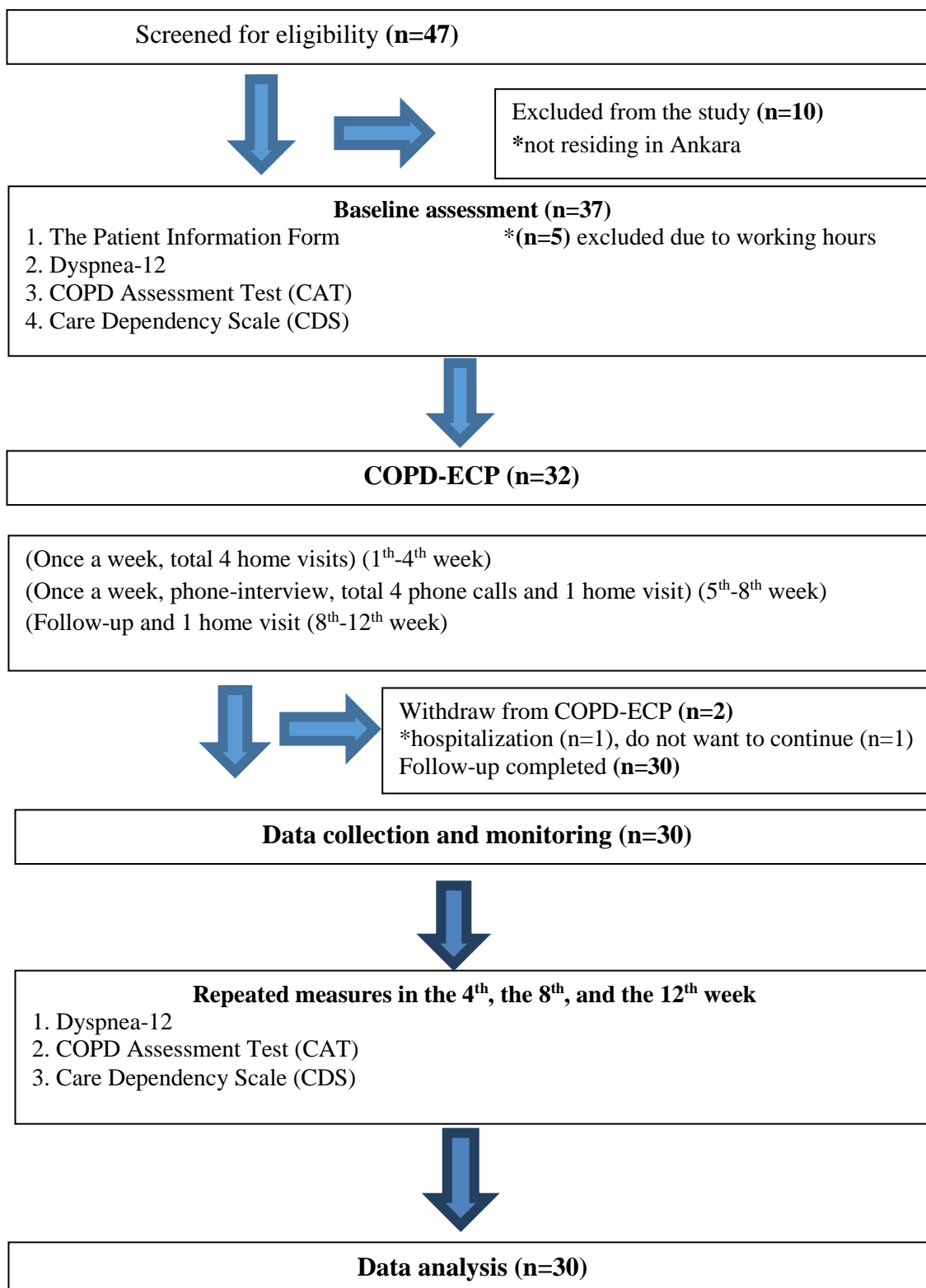


Figure 1. The Flow Diagram of The Study

Measurements

The Patient Information Form consisted of 10 questions regarding age, gender, smoking status, time of COPD diagnosis, FEV1, FVC and FEV1/FVC values, stage of COPD, O₂ support at home, and drug regimens (8,13-15).

The Dyspnea–12 Scale measures the severity of breathlessness and consists of 12 items. The items 1 to 7 are summed up to create the physical domain score and items 8 to 12 are used to calculate the emotional domain score. The total score ranged from 0 to 36, with lower scores indicating a reduction in the severity of dyspnea. In the original study using this scale, the Cronbach alpha and the interclass correlation coefficient (ICC) value was 0.90 (15), while that value in Turkey is 0.97 (16).

COPD Assessment Test (CAT) consists of eight items and measures the impact of COPD symptoms on the health status of the patients. The sum of the scores ranges from 0 to 40, with lower scores indicating better health status. In the original study using the scale, the Cronbach alpha value was 0.88 and the item-to-total correlations ranged from 0.52 to 0.77 (17). The Cronbach's alpha value for Turkish patients was reported to be 0.91 (18).

Care Dependency Scale (CDS) consists of 17 items. The sum of the scores ranges from 17 to 85, with higher scores indicating lower dependence. In the original study using the scale, Cronbach's alpha value was 0.97 and inter-rater reliability (Kappa) value ranged from 0.40–0.64 (19). Cronbach's alpha value was reported as 0.97 for the Turkish version of the scale (20).

Data collection procedure

Before starting the intervention, the Patient Information Form, the Dyspnea–12 Scale, the CAT, and the CDS were utilized during the first interview with the patients at the outpatient clinic. The Dyspnea-12, CAT and CDS measurements were repeated during the home visits at the end of the 4th week, 8th week and 12th week of the study.

Data analysis

All data were analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0. The mean, standard deviation, the median, minimum and maximum ranges were used for descriptive characteristics. Friedman's test was used to compare the outcomes of scale scores and the Bonferroni test was performed to define the measurement causing the difference. P values < 0.05 were considered statistically significant.

FINDINGS: The mean age of the participants was 66.9 ±8.8 years, and the cohort had a higher proportion of men (56.7%). The median duration of COPD diagnosis was four years, and the median FEV1/FVC value was 78.5. According to the GOLD criteria, 56.7% of the patients had stage 3 COPD. More than a third of the patients (36.7%) reported using oxygen support at their homes (Table 1).

Table 1. Demographic and Disease-related Characteristics of The Participants (n=30)

Characteristic		
Age (year)		66.9±8.8*
Gender	Frequency (n)	Percent (%)
Male	17	56.7
Female	13	43.3
Smoking status		
Never smoked	8	26.7
Ex-smoker	13	43.3
Smoker	9	30.0
Median (min-max)		
Pack years		30.5 (10.0 -40.0)**
Diagnose time of COPD		4.0 (0.0-21.0)**
FEV1 (% of predicted)		43.0 (20.0-84.0)**
FVC (% of predicted)		49.5 (24.0-80.0)**
FEV1/FVC		78.5 (39.0-106.0)**
GOLD stage	Frequency (n)	Percent (%)
Stage I	1	3.3
Stage II	9	30.0
Stage III	17	56.7
Stage IV	3	10.0
O₂ support at home		
Yes	11	36.7
No	19	63.3
Medications		
Anticholinergics	27	90.0
Beta-2 agonists	25	83.3
Antibiotics	4	13.3
Corticosteroid	2	6.7
Methylxanthines	2	6.7

*X ± SD (mean ± standard deviation) for the data normal distribution, ** Median (minimum-maximum) values for the data not showing normal distribution.

The median scores of the physical domain were 10 points at baseline, and 7,5 and 4 points at the 4th, 8th and 12th week, respectively (Table 2). The Dyspnea-12 scores were thus significantly lower at the 8th and 12th weeks compared to the baseline assessment (p<0.05).

The median CAT scores were 20.5 points at the baseline, and 16, 14 and 10 points at the 4th, 8th and 12th week respectively. At the end of the monitoring period, the post-intervention CAT scores (all time points) were significantly lower compared to the baseline assessment (p<0.05; Table 2).

The min-max range of CDS was 82 points at the baseline, and 84, 85 and 85 points for the 4th, 8th and 12th week, respectively (Table 2). The CDS scores thus decreased significantly at the 12th week compared to the baseline assessment (p<0.05).

Table 2. Comparison of the Dyspnea-12, CAT and CDS Scores of Patients (n=30)

Scales	Measurement Time	Median (min-max)	Test Statistic*	p-value	***Difference (Bonferroni test)
Dyspnea-12	Baseline	18.0 (1.0-33.0)	85.332	<0.001**	1-3,4
	4 th week	13.5 (0.0-28.0)			
	8 th week	8.5 (0.0-23.0)			
	12 th week	7.5 (0.0-22.0)			
CAT scores	Baseline	20.5 (9.0-35.0)	73.567	<0.001**	1-2,3,4
	4 th week	16.0 (4.0-32.0)			
	8 th week	14.0 (3.0-29.0)			
	12 th week	10.0 (3.0-24.0)			
CDS scores	Baseline	82.0 (60.0-85.0)	40.896	<0.001***	1-4
	4 th week	84.0 (72.0-85.0)			
	8 th week	85.0 (73.0-85.0)			
	12 th week	85.0 (77.0-85.0)			

*Friedman's is the test statistic value, ** p< .05 , *** 1=Baseline, 2= 4th week, 3= 8th week, 4= 12th week

DISCUSSION: Dyspnea is one of the main symptoms of COPD and needs to be managed effectively with a multi-dimensional approach. Numerous studies have explored the effects of PR programs in COPD. A nurse-led study conducted by Oh et al. on COPD patients using an eight-week PR program via home visits and phone interviews reported a significant decrease in dyspnea scores (21). At the end of the 12-week COPD-ECP in our study, a 10.5-point decrease in Dyspnea-12 scores was seen. We surmise that this significant decrease in Dyspnea-12 scores is correlated to the regular home visits, which do not cause any discomfort to the patients, additional phone interviews, and repeated counseling through an educational booklet.

Previous reports using PR programs in patients with COPD reported a considerable improvement in the health status of patients. Kon et al. (2013) carried out a PR program and reported a significant three-point decrease in CAT scores (13). Another trial was conducted by Billington et al. (2015) to support self-management in the patients reported a significant 3.1-point decrease in CAT scores (14). Consistent with these reports, our 12-week COPD-ECP conducted via home visits and phone interviews also significantly reduced CAT scores in patients with COPD. This may be a result of alleviated dyspnea symptoms, and repeated counseling according to patients' needs that reinforced the guidelines for effective COPD management.

Dyspnea significantly deteriorates the patients' health and increases care dependency. We came across only one study that evaluated the effects of education and counseling program on care dependency in patients with COPD. A similar study using PR program was conducted by Jansens et al. (2016) on COPD patients and reported a significant four-point decrease in CDS scores. Consistent with this report, a three-point reduction in CDS scores was observed in our study (22). This is likely due to

the alleviation of the symptoms of dyspnea in COPD patients, which in turn improves their daily activities and lowers dependency.

CONCLUSIONS: Our findings indicated that a nurse-led COPD-ECP significantly reduced the severity of dyspnea, and improved the health status and care dependency of the patients. The efficacy of the program on common COPD symptoms such as fatigue, anxiety, depression, sleep disturbance, and exercise capacity should be further explored through well-designed randomized clinical trials.

REFERENCES

1. GOLD, Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2018 Report. <http://goldcopd.org/gold-reports/> 2018 (accessed 28 March 2018).
2. Lee SH, Hwang ED, Lim JE, Moon S, Kang YA, Jung JY, et al. The risk factors and characteristics of COPD among nonsmokers in Korea: an analysis of KNHANES IV and V. *Lung*. 2016;194(3):353-61.
3. Sinha T, Nalli SK, Toppo A. A study of clinical profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2017;4(4):1000-4.
4. Miravittles M, Worth H, Cataluña JJS, Price D, De Benedetto F, Roche N, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respiratory research*. 2014;15(1):119-29.
5. Marvel J, Yu T-C, Wood R, Higgins VS, Make BJ. Health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease by symptom level. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*. 2016;3(3):643-52.
6. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2013;188(8):e13-e64.
7. Janssen D, Wilke S, Smid D, Franssen F, Augustin I, Wouters E, et al. Relationship between pulmonary rehabilitation and care dependency in COPD. *Thorax*. 2016;0(0):1-2.
8. Wadell K, Webb KA, Preston ME, Amornputtisathaporn N, Samis L, Patelli J, et al. Impact of pulmonary rehabilitation on the major dimensions of dyspnea in COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013;10(4):425-35.
9. Moriyama M, Takeshita Y, Haruta Y, Hattori N, Ezenwaka CE. Effects of a 6-Month Nurse-Led Self-Management Program on Comprehensive Pulmonary Rehabilitation for Patients with COPD Receiving Home Oxygen Therapy. *Rehabilitation Nursing*. 2015;40(1):40-51.
10. Baker E, Fatoye F. Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2017;71:125-38.
11. Lahham A, McDonald CF, Mahal A, Lee AL, Hill CJ, Burge AT, et al. Home-based pulmonary rehabilitation for people with COPD: A qualitative study reporting the patient perspective. *Chronic respiratory disease*. 2017;0(0):1-8.
12. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2013;188(8):e13-e64.

13. Kon SS, Clark AL, Dilaver D, Canavan JL, Patel MS, Polkey MI, et al. Response of the COPD Assessment Test to pulmonary rehabilitation in unselected chronic respiratory disease. *Respirology*. 2013;18(6):974-7.
14. Billington J, Coster S, Murrells T, Norman I. Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone intervention to support Self-Management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Randomized Feasibility Study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2015;12(4):395-403.
15. Yorke J, Swigris J, Russell A-M, Moosavi SH, Kwong GNM, Longshaw M, et al. Dyspnea-12 is a valid and reliable measure of breathlessness in patients with interstitial lung disease. *Chest*. 2011;139(1):159-64.
16. Gok Metin, Z., Helvacı A. Validity and Reliability of Turkish Version of the Dyspnea-12 Scale. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 2018; 5(2):102-115
17. Jones P, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W, Leidy NK. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*. 2009;34(3):648-54.
18. Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Demirci NY, Kırkıl G, Atış SN, et al. Reliability and validity of Turkish version of COPD assessment test, *Tuberculosis and thorax*. 2012; 60: 314-20.
19. Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen T. Construct validity of the nursing care dependency scale. *Journal of clinical Nursing*. 1999;8(4):380-8.
20. Yönt G, Akın Korhan E, Khorshid L, Eşer İ, Dijkstra A. Reliability and validity of Turkish version of Care Dependency Scale. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;Özel sayı(13):71.
21. Oh E-G. The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. *International journal of nursing studies*. 2003;40(8):873-9.
22. Janssen D, Wilke S, Smid D, Franssen F, Augustin I, Wouters E, Spruit M. Relationship between pulmonary rehabilitation and care dependency in COPD. *Thorax*, 2016;0: 1-2.

ŞANLIURFA BÖLGESİNDE İSOT BİBER (ISI OT) İLE İLGİLİ VERİLEN BESLENME EĞİTİM PROGRAMININ GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLARA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Tuğba Menekli

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

GİRİŞ: Halk arasında isot (ısı otu), bilim çevrelerinde ise "capsicum anitum" adıyla bilinen kırmızı acı biber, sevilerek tüketilen ve kültürü yapılan bir bitkidir. Şanlıurfa'da yetiştirilen acı biber türünün kurutulmuş öğütülmesiyle elde edilen baharattır. İso kelimesi Türkçe kökenli olup, "ısı" (sıcak) ve "ot" kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. İsoyun uygun kullanımında sağlığa pek çok yararları olduğu belirtilmektedir, aşırı ve sağlıksız tüketimi ise mide bulantısı mide yanması şikayetlerini arttırmaktadır. Ülkemizin Güney Doğu bölgesinde özellikle Şanlıurfa ilinde, başlıca gıda ürünlerinden biri olan isot (ısı otu) biberin bilinçsiz kullanılması Gastrointestinal sistemi (GİS) olumsuz etkileyerek, GİS semptomlarını artırıp yaşam kalitesini düşürmektedir.

AMAÇ: Araştırma, gastroenteroloji kliniğinde tedavi gören hastalara verilen beslenme eğitim programının gastrointestinal semptomlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, Mayıs-Ekim 2017 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Uygulama ve Araştırma hastanesi gastroenteroloji kliniğinde deneysel ve randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ) ile bire bir yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. GSDÖ'de bireyin son bir haftada gastrointestinal sorunlar yönünden kendini nasıl hissettiği değerlendirilir, 5 alt boyutu olan ölçek Reflü (2 soru), hazımsızlık (4 soru), diyare (3 soru), konstipasyon (3 soru) ve karın ağrısı (3 soru) olmak üzere toplam 15 soruyu içermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/ vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere 8 alt boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Çalışmanın ilk aşamasında araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan çalışma grubundaki 60 hasta basit randomizasyon yöntemiyle eğitim ve kontrol grubuna ayrıldı. Randomizasyon, hastaların yatak numaralarına göre yapılarak; yatak numarasının sonu tek sayı ile biten hastalar eğitim grubuna, çift sayı ile biten hastalar kontrol grubuna alındı. Bu yöntem ile 30 hasta eğitim, 30 hasta kontrol grubuna seçildi. Eğitim grubuna ilk görüşmede araştırmacı tarafından veri toplama araçları uygulandıktan sonra, yine araştırmacı tarafından hazırlanan renkli eğitim kitapçığı yardımı ile eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna, veri toplama araçları uygulandıktan sonra eğitim verilmemiş ancak ikinci görüşmeden sonra bu hastalara da eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir. İkinci görüşmeler üç ay sonra yapılmıştır. Verilerin analizi, SPSS

18 programı kullanılarak, Ki-kare, Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri, Pearson Korelasyon analiz teknikleri ile yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için; ölçek sahiplerinden ölçek kullanım izni, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve hastalardan yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR: Yaş ortalaması 37.61 ± 11.2 olan hastaların, bir günde ortalama isot kullanım sıklığı 250-500 gramdır ve %61.3'ü reflü hastasıdır. Eğitim grubu hastalarında yapılan eğitim, GİS semptomlarında ve yaşam kalitesinde olumlu değişim yarattı ($p < 0.05$). Birinci ve ikinci görüşmeye göre kontrol grubunda GİS semptomlarında ve yaşam kalitesinde ise anlamlı fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Eğitim grubu hastaların GSDÖ'nden aldıkları ön test toplam puan ortalaması 50.0 ± 1.03 olup, orta düzeyde semptom şiddetine sahip oldukları görülmüştür. Eğitim grubu hastaların GSDÖ'nden aldıkları son test toplam puan ortalaması 39.67 ± 5.05 olup, düşük düzeyde semptom şiddetine sahip oldukları görülmüştür. Kontrol grubu ön test-son test GSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Eğitim grubu, son test değerlendirmesinde GSDÖ alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, diyare, konstipasyon ve GSDÖ toplam puanıyla SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). Kontrol grubu GSDÖ'nden aldıkları toplam puan ortalaması 54.5 ± 1.92 olup, orta düzeyde semptom şiddetine sahip oldukları saptanmıştır. Kontrol grubu GSDÖ alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, diyare ve GSDÖ toplam puanıyla SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p > 0.05$), konstipasyon alt boyut puanıyla SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). Eğitim grubunun GSDÖ'nden aldıkları toplam son test puan ortalaması 40.03 ± 0.32 , kontrol grubunun ise 60.78 ± 2.64 olduğu saptanmıştır. Eğitim grubunun son test SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması 74.57 ± 11.41 , kontrol grubunun ise 55.91 ± 12.06 olduğu saptanmıştır. Eğitim grubunun İso tüketimi ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve GSDÖ ortalama puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Literatüre baktığımız da «red pepper-kapsain» ile ilgili beslenme eğitiminin gis semptomlarını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmuştur özellikle «isot» kullanımı ile ilgili ülkemiz de daha önce yapılmış bir çalışma yoktur. Çok miktar da ve bilinçsizce (yemeklerin yanında değil-sadece isotu yemek olarak tüketmenin) kullanılan isotun özellikle reflü ve ülser yakınmalarını arttırdığına dair yapılmış bazı çalışmalar vardır. Araştırmanın bulguları da bilinçsiz isot tüketiminin GİS semptomları şikayetini arttırdığını göstermiştir. Beslenme eğitimi ile birlikte hastaların günlük isot tüketimine dikkat etmesi ve miktarını azaltması ile öğünler de yemeklerle birlikte tüketmesi GİS şikayetlerini azaltmıştır. Ayrıca hasat zamanı temiz koşullarda yapılmış olan isotun kullanılmasının da mide şikayetlerini azaltacağından hastaların bilinçli tüketici olmasına dikkat çekilmesi beslenme eğitiminden sonra şikayetlerinin azalmasına yardımcı olmuştur. İso ile ilgili olarak verilen beslenme eğitiminin GİS semptomlarını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. GİS hastalığı olan bireylerin semptomlarını azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla Güneydoğu

bölgesinde çok kullanılan İsoT ile ilgili beslenme eğitim programlarının planlanması gereklidir. Öncelikle GIS şikayetleri olan kişiler başta olmak üzere tüm hastalara ve hatta birincil koruma kapsamında halka eğitim programları düzenlenmelidir. Sosyal medya ya da yöresel kanallar da bilinçli beslenme şekli anlatılmalıdır. Örneklem sayısı artırılarak daha fazla hasta ile eğitimler yapılmalıdır. İl ve ilçeler de kurumlar da eğitim hemşirelerinin özellikle bölgenin sosyo-kültürel durumları da göz önünde bulundurularak kişiye özel eğitimler planlaması yapılmalıdır. Belediyeler ve kuruluşlardan destek alınarak toplumsal projeler yapılabilir.

Anahtar kelimeler: *Gastrointestinal semptomlar, Yaşam Kalitesi, İsoT, Beslenme eğitimi, Şanlıurfa*

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ YAPILAN HASTALARA MÜZİK EŞLİĞİNDE UYGULANAN İNHALER AROMATERAPİNİN VİTAL BULGULARA VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Gülsüm Gülsen¹, Özlem Ovayolu², Nimet Ovayolu²

1 Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gaziantep

2 Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

GİRİŞ: Endoskopi, gastrointestinal kanalın mukozal patolojilerinin teşhisinde en hassas yöntem olması yanında, tedavisinde de sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bugün için laparotomi yapmadan gastrointestinal kanala ait bir polip veya safra yollarındaki taşı çıkarmak, kanayan vasküler lezyonlara müdahale, yabancı cisimlerin çıkarılması, safra ve pankreas kanalına stent takma ve darlıkların dilatasyonu endoskopi ile yapılan tedavilerden sadece bazılarıdır (Kırbaş, 2009). Ancak işlemi zor ve stresli olarak gören ve olumsuz deneyimler nedeniyle korkan hastalar ile memnuniyetin ve işlem kalitesinin düşmesi, sedatif ilaçların kullanımında artma ve kardiyopulmoner komplikasyonların daha sık görülmesi olasıdır (Ünal vd, 2011, Tezel vd, 1997). Bu nedenle endoskopi öncesi uygulanacak farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile hastaların korkularının minimize edilmesi, hastaların ve uygulayıcı ekibin işleme uyumunun artırılması işlemi daha verimli bir hale getirebilir. Uygulanacak nonfarmakolojik yöntemler arasında terapötik iletişim, aromaterapi, düşünme yöntemleri, müzikterapi, terapötik dokunma ve dikkati başka yöne çekme sayılabilir (Gebbeslen, Rohde, 1990, Uçan, Ovayolu & Savaş, 2007, Norred, 2001). Bu yöntemlerden biri olan müzikterapi, tarih boyunca çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanılmıştır. Müzik ile tedavinin anksiyete, ağrı, yorgunluk, oksijen tüketimi, korku, stres, kan basıncı, uykusuzluk üzerinde olumlu etkiler yaratan tamamlayıcı bir yöntem olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır (Somakçı, 2009, Wu, Huang, Lee, Wang & Shih, 2017, Kemper). Aromaterapinin; kan basıncı, bulantı, kusma, depresyon, anksiyete, stres, uyku, yorgunluk, kaşıntı ve ağrı gibi birçok durumda olumlu etkilerinin bulunduğu bildirilmektedir (Barati, Nasiri, Akbari& Sharifzadeh, 2016, Nikjou vd, 2016). Ancak yapılan literatür taramasında üst gastrointestinal endoskopi uygulanan hastalarda müzik ve inhaler aromaterapinin birlikte kullanımının hastaların vital bulgularına ve hasta memnuniyetine etkisini irdeleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastalarda müzik eşliğinde uygulanan inhaler aromaterapinin hasta memnuniyetine nabız, oksijen saturasyonu ve kan basıncı üzerine etkisini test ederek, literatüre katkıda bulunmak ve bu yöntemlerin özellikle birlikte uygulanabilirliğine ışık tutmak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma, üst GİS endoskopisi uygulanan hastalarda, işlem öncesi ve sırası müzik eşliğinde uygulanan inhaler aromaterapinin hastaların kan basıncı, nabız ve oksijen

satürasyonuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmış girişimsel, ön-test ve son-test modeli ile yapılmış randomize kontrollü bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni: Bu araştırmanın evrenini 9 Eylül 2016 - 4 Ocak 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı Endoskopi Ünitesine üst GİS endoskopisi yaptırmak üzere başvuran tüm hastalar oluşturdu.

Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örnekleme güç analizi ile belirlendi. Hastalar basit rastgele örneklem yöntemine göre; müzik, inhaler aromaterapi, müzik eşliğinde inhaler aromaterapi ve kontrol grubu şeklinde dört gruba ayrıldı ve toplam 120 hasta ile çalışma tamamlandı. Üst gastrointestinal endoskopi işleminin kısa sürmesi ve işlemin uygulanacağı hastaların aynı yerde beklemesi nedeniyle, randomizasyon rastgele sayılar tablosu kullanılarak günler üzerinden sağlandı.

Veri Toplama Araçları: Veriler sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, endoskopi işlemi sonrası uygulanan müzikterapi ve aromaterapi ile ilgili görüşlerin değerlendirildiği form, endoskopi işlemi sonrası işlem ile ilgili memnuniyet sorularını içeren soru formu ve işlem öncesi, sırası ve sonrası vital bulguların kaydedildiği vital bulgu takip formu ile toplandı.

Müzikterapi Uygulaması: Müzikterapi grubunda olan hastalara işlem öncesi kulaklık ile on dakika boyunca Klasik Türk Müziği makamlarından rast makamı (enstrumetal) dinletildikten sonra kan basıncı, oksijen satürasyonu ve nabız hızı ölçülerek kayıt altına alındı. İşlem sırasında hastaya verilen sol lateral pozisyon nedeniyle kulaklık kullanılmadı ve hoparlörden müzik dinletilmeye devam edildi. İşlem sırasında oksijen satürasyonu ve nabız hızı ölçüldü. Yaklaşık beş dakika süren endoskopi işlemi bittikten sonra hasta dinlenme odasına alındı. İşlem sonrasında kan basıncı, oksijen satürasyonu ve nabız hızı ölçülerek kayıt edildi, memnuniyet ölçeği soru formu dolduruldu.

Aromaterapi Uygulaması: Aromaterapi uygulaması için; lavanta, papatya ve portakal çiçeği yağları bir firmadan temin edildikten sonra 6:2:0.5 (6 ml, 2ml, 0.5 ml) oranlarında damlalıklı ve ışık geçirmeyen bir cam şişede karıştırıldı. Bu yağ karışımından bir spanca üç damla damlatılarak spanç, hastanın 10 cm uzağında olacak şekilde omzuna yapıştırıldı. İşlem öncesi beş dakika boyunca hastaya inhalasyon yoluyla aromaterapi uygulandı. İşlem sırasında hastayla beraber işlem odasına gidildi. İşlemin başlamasından bitimine kadar aromaterapi uygulamasına devam edildi ve hastanın oksijen satürasyonu ve nabız ölçüldü. İşlem bittikten sonra hasta dinlenme odasına alındı. Kan basıncı, oksijen satürasyonu ve nabız hızı ölçüldü ve soru formu dolduruldu.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı. Hastalara ise; araştırmanın amacı ve formların içeriği ile ilgili açıklamalarda bulunulup, katılımları için yazılı ve sözlü izin alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler; ki-kare, student t, paired t, one way anova, kruskall Wallis, Mann Whitney U ve iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikler açısından öğrenim durumu hariç homojen bir dağılım gösterdiği belirlendi ($p > 0.05$).

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Endoskopi İşlemi ile İlgili Deneyimlerine İlişkin Bulgular: Endoskopi işleminden memnuniyet durumları incelendiğinde; kontrol grubundakilerin %50'sinin, aromaterapi grubundakilerin %90'nın, müzikterapi grubundakilerin %86.7'sinin ve müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grupdakilerin %96.7'sinin “endoskopi işleminden memnun” olduğu belirlendi.

Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Endoskopi İşlemi ile İlgili Deneyimlerine İlişkin Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Kontrol n(%)	Aromater. n(%)	Müzikterapi n(%)	Müzik ve aromater. n(%)	X ² p
Endoskopi işlemi tekrar yaptırmak zorunda kalırsanız yaptırır mısınız?					
Evet					
Hayır	16(53.3)	25(83.3)	23(76.7)	28(93.3)	14.534
	14(46.7)	5(16.7)	7(23.3)	2(6.7)	0.002
İşlem sırasında kendinizi güvende hissettiniz mi?					
Evet	13(43.3)	24(80.0)	29(96.7)	27(90.0)	29.200
Hayır	17(56.7)	6(20.0)	1(3.3)	3(10.0)	0.000
İşlem beklediğinizden uzun sürdü mü?					
Evet					
Hayır	20(66.7)	11(36.7)	7(23.3)	8(26.7)	14.806
	10(33.3)	19(63.3)	23(76.7)	22(73.3)	0.002
İşlemden memnun kaldınız mı?					
Evet	15(50.0)	27(90.0)	26(86.7)	29(96.7)	25.549
Hayır	15(50.0)	3(10.0)	4(3.3)	1(3.3)	0.000
İşlemden korktunuz mu?					
Evet	25(83.3)	20(66.7)	10(33.3)	16(53.3)	16.660
Hayır	5(16.7)	10(33.3)	20(66.7)	14(46.7)	0.001
Bir dahaki işlemde müzik dinlemek ister misiniz?					
Evet	-	-	26(86.7)	-	-
Hayır			4(13.3)		
Bir dahaki işlemde aromaterapi uygulanmasını ister misiniz?					
Evet		28(93.3)			
Hayır	-	2(6.7)	-	-	-
Bir dahaki işlemde müzik eşliğinde aromaterapi uygulanmasını ister misiniz?					
Evet		-	-	24(80.0)	-
Hayır				6(20.0)	

Nabız ve Oksijen Satürasyonu Değerlerinin İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrası Gruplara Göre Değişimi: Kontrol grubundaki hastaların işlem öncesi 84.6 ± 12.1 olan nabız ortalamasının, işlem sırasında 105.0 ± 16.9 'a yükseldiği ve işlem sonrasında 93.5 ± 11.7 'a düştüğü belirlendi. Satürasyon değeri ortalamasının işlem öncesinde 97.6 ± 1.2 , işlem sırasında 95.5 ± 3.2 ve işlem sonrasında 98.0 ± 1.0 olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grubun işlem öncesi 81.8 ± 14.3 olan nabız ortalamasının, işlem sırasında 96.4 ± 25.5 'a yükseldiği ve işlem sonrasında 92.4 ± 13.7 olduğu, satürasyon değerlerinin ise işlem öncesi 97.4 ± 1.9 işlem sırası 97.1 ± 1.9 ve işlem sonrası 97.7 ± 1.5 olduğu belirlendi.

Tablo 3. Nabız ve oksijen satürasyonu değerlerinin işlem öncesi, sırası ve sonrası gruplara göre değişimi

Gruplar	Zaman	Nabız $\bar{X} \pm SD$		Satürasyon $\bar{X} \pm SD$	
Kontrol	İşlem öncesi	84.6 ± 12.1		97.6 ± 1.2	
	İşlem sırası	105.0 ± 16.9		95.5 ± 3.2	
	İşlem sonrası	93.5 ± 11.7		98.0 ± 1.0	
İnhaler aromaterapi	İşlem öncesi	87.5 ± 11.0		97.7 ± 1.2	
	İşlem sırası	107.3 ± 17.0		98.0 ± 0.6	
	İşlem sonrası	94.6 ± 12.5		98.2 ± 0.9	
Müzik	İşlem öncesi	82.6 ± 11.5		97.8 ± 1.3	
	İşlem sırası	94.8 ± 15.7		96.8 ± 3.5	
	İşlem sonrası	88.3 ± 8.5		98.4 ± 0.8	
İnhaler aromaterapi ve müzik	İşlem öncesi	81.8 ± 14.3		97.4 ± 1.9	
	İşlem sırası	96.4 ± 25.5		97.1 ± 1.9	
	İşlem sonrası	92.4 ± 13.7		97.7 ± 1.5	
Test		KO	F	KO	F
	Zaman	8412.84	73.952	45.753	15.807
	Zaman+Grup	190.321	1.673	11.049	3.817
	Grup	1207.51	2.783	13.032	2.846
	p		0.000		0.000
		0.128		0.001	
		0.044		0.041	

Grupların Sistolik ve Diastolik Kan Basıncının İşlem Öncesi ve İşlem Sonrası Değişimi: Kontrol grubunun işlem öncesi 104.6 ± 13.5 olan sistolik kan basıncı ortalamasının işlem sonrasında 124.3 ± 17.1 , diastolik kan basıncının ise işlem öncesi 64.3 ± 9.3 ve işlem sonrası 79.0 ± 11.5 olduğu; işlem öncesi ve işlem sonrası sistolik kan basıncı fark ortalamasının -19.6 ± 15.4 , diastolik kan basıncı ortalamasının ise -14.6 ± 10.7 olduğu tespit edildi ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grubun işlem öncesi 116.0 ± 14.5 olan sistolik kan basıncı ortalamasının, işlem sonrasında 119.6 ± 19.2 olduğu, diastolik kan basıncının işlem öncesi 71.6 ± 10.1 , işlem sonrası 73.3 ± 11.8 olarak bulunduğu, işlem öncesi ve işlem sonrası sistolik kan basıncı fark ortalamasının -3.6 ± 14.7 , diastolik kan basıncı ortalamasının ise -1.6 ± 10.8 olduğu belirlendi.

Tablo 4. Sistolik ve diastolik kan basıncının işlem öncesi ve sonrası değişimi

Özellikler	Kontrol X±SD	Aromaterapi X±SD	Müzik X±SD	Aromaterapi ve müzik X±SD
Önce sistolik KB	104.6±13.5	115.6±15.9	119.0±15.8	116.0±14.5
Sonra sistolik KB	124.3±17.1	120.6±15.7	123.0±16.6	119.6±19.2
Önce-sonra fark t/p	-19.6±15.4 -6.985/0.00	-5.0±9.3 -2.921/0.007	-4.0±11.0 -1.989/0.056	-3.6±14.7 -1.363/0.183
Önce diastolik KB	64.3±9.3	71.6±10.1	75.3±14.0	71.6±10.1
Sonra diastolik KB	79.0±11.5	75.0±11.0	80.3±15.6	73.3±11.8
Önce-sonra fark t/p	-14.6±10.7 -7.478±0.00	-3.3±10.9 -1.670/0.106	-5.0±12.2 -2.236/0.033	-1.6±10.8 -0.841/0.407

TARTIŞMA: Üst GİS endoskopisi öncesi, sırası ve sonrasında stres nedeniyle hastalarda epinefrin, norepinefrin ve kortizol düzeylerinde artış ile birlikte taşikardi ve kan basıncında artış gözlenebilir. İşlem öncesinde ve sırasında yaşanan stres ve korku komplikasyon görülme yüzdesini de arttırabilir (Yanık vd, 2007). İşlem başarısının artması, sedasyon için kullanılan ilaçlara yönelimin azalması ve dolayısıyla komplikasyon görülme sıklığının azaltılabilmesi amacıyla nonfarmakolojik yöntemlere başvurulmaktadır.

Bekiroğlu ve arkadaşları, hipertansiyon hastalarında klasik Türk müziğinin kan basıncı ve anksiyete düzeyine etkisini incelediği çalışmasında sistolik kan basıncında ve anksiyete düzeyinde anlamlı bir düşme saptamıştır (Bekiroğlu, 2011). Horuz ve Kurçer'in yaptıkları çalışmalarında Rast, Saba ve Hüseyini makamı dinletilen hastaların sistolik kan basıncında anlamlı bir düşme sağlandığı belirtilmiştir (Horuz, Kurçer Erdogan, 2017). Song ve arkadaşlarının yaptıkları meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre biyopsi alınan hastalarda müziğin, sistolik ve diastolik kan basıncını, nabız hızını ve anksiyete düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir (Song vd, 2017). Bizim çalışmamızda da müzik terapi uyguladığımız gruptaki hastaların işlem sırasındaki nabız hızı kontrol grubuyla kıyaslandığında daha az yükselme gösterdi. Aynı şekilde oksijen saturasyonunda işlem sırasında bir düşme oluşmadı. İşlem sonrasında işlem öncesine göre kan basıncı, sadece kontrol grubunda belirgin şekilde yükseldi. Literatürde bu çalışmalardan farklı çıkan sonuçlar da mevcuttur. Uçan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üst GİS endoskopisi uygulanan hastalara dinletilen Klasik Türk müziğinin hastaların nabız hızını, oksijen saturasyonunu ve kan basıncını etkilemediğini ancak hasta memnuniyetinde anlamlı bir artış olduğunu saptamıştır (Uçan, 2005). Çoban'ın çalışmasında da ERCP işlemi sırasında hastalara müzik

dinletirilmiş ve müziğin oksijen saturasyonu, nabız ve kan basıncına bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Çoban, 2014).

Kim ve Kwon; lavanta, papatya ve neroli yağları ile yaptıkları inhaler aromaterapinin sistolik kan basıncı ve nabız hızını düşürdüğü (Kim, Kwon, 2010), Salamati ve arkadaşları açık kalp ameliyatı sonrası yoğun bakımda takip edilen postoperatif dönemdeki hastalara uygulanan lavanta inhalasyonunun kan basıncı ve nabız hızını etkilediğini (Salamati Mashouf, Mojab, 2017), Hwang, lavanta esansiyel yağı ile yapılan inhaler aromaterapinin kan basıncını önemli ölçüde düşürdüğünü bildirmişlerdir (Hwang, 2006). Bu sonuçlardan farklı şekilde uygulanan aromaterapinin vital bulgular üzerinde etki etmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Cho ve arkadaşları perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda, lavanta, papatya ve neroli yağı inhalasyonunun kan basıncında anlamlı bir fark yaratmadığını bildirmişlerdir (Cho, Min, Hur & Lee, 2013). Bizim çalışmamızda ise kontrol, müzikterapi, aromaterapi ve müzik eşliğinde uygulanan aromaterapi gruplarında işlem öncesine göre işlem sırasında nabız değerlerinin arttığı fakat en az artışın müzik grubu ile müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grupta, en çok artışın ise kontrol grubunda olduğu görüldü ($p<0.05$). Benzer şekilde işlem sırasında işlem öncesine göre sadece kontrol grubunda oksijen saturasyonunun düştüğü, sistolik ve diastolik kan basıncının da kontrol grubunda işlem öncesine göre işlem sonrasında belirgin şekilde yükseldiği, en az artışın müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grupta olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar, “müzik eşliğinde aromaterapi uygulamasının vital bulgulara etkisi vardır” hipotezimizi doğrular niteliktedir.

Müzikterapi, aromaterapi ve müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan gruplardaki hastaların çoğunluğu müzik ve inhaler aromaterapiden memnun kaldıklarını, işlem sırasında kendilerini güvende hissettiklerini ve işlemin beklediklerinden kısa sürdüğünü belirtmişlerdir. Benzer şekilde endoskopi işleminden memnuniyet de bu üç grupta yüksek olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlası ise işlem sırasında kendilerini güvende hissetmediklerini ve işlemin beklediklerinden uzun sürdüğünü belirtmiştir. Nagata ve arkadaşları da bilgisayarlı tomografi işlemi sırasında uyguladıkları müzikterapi ve aromaterapiyi hastaların bir dahaki işlemde tekrar tercih ettiklerini bildirmişlerdir (Nagata vd, 2014). Ovayolu ve arkadaşları da kolonoskopi sırasında dinletilen Klasik Türk Müziğinin sedatif ilaç dozunu, anksiyete, ağrı ve memnuniyetsizliği azalttığını belirtmişlerdir (Ovayolu vd, 2006). Bu çalışmalar ve bizim çalışmamız göstermektedir ki, endoskopi gibi işlemler sırasında hastalara uygulanan müzikterapi ve aromaterapi, hasta memnuniyetinde önemli bir etkidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Kontrol, müzikterapi, aromaterapi ve müzik eşliğinde uygulanan aromaterapi gruplarında işlem öncesine göre işlem sırasında nabız değerlerinin arttığı fakat en az artışın müzik grubu ile müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grupta, en çok artışın ise kontrol grubunda olduğu görüldü.

İşlem sırasında sadece kontrol grubunda oksijen saturasyonunun düştüğü, sistolik ve diastolik kan basıncının belirgin şekilde yükseldiği, en az artışın ise müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan grupta olduğu tespit edildi.

Müzikterapi, aromaterapi ve müzik eşliğinde aromaterapi uygulanan gruptaki hastaların çoğunluğunun müzik ve inhaler aromaterapiden memnun kaldıkları, işlem sırasında kendilerini güvende hissettikleri, işlemin beklediklerinden kısa sürdüğü ve endoskopi işleminden memnuniyetin de bu üç grupta yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlasının ise işlem sırasında kendilerini güvende hissetmedikleri ve işlemin beklediklerinden uzun sürdüğü saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda; üst GİS endoskopisi işlemi sırasında hastaların vital bulgularını ve oksijen saturasyonunu olumlu etilemek ve memnuniyetini arttırmak için müzikterapi, inhaler aromaterapi ve özellikle müzikle birlikte inhaler aromaterapi uygulaması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kırbaş G, Üstündağ G, Özden A. Üst ve alt gastrointestinal sistemin endoskopik incelenmesi, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 13/2, 2009, 110-115.
2. Ünal Hü, Korkmaz M, Özüçürümez G, Sarıtafi S, Selçuk H, Gönen H, Yılmaz U. Endoskopi öncesi anksiyete derecesinin hasta toleransı ve sedatif dozu üzerine etkisi, *Endoskopi Dergisi*, 2011; 19(2): 47-51.
3. Tezel A, Şahin T, Koşar Y, Oğuz D, Arda K, Şahin B, Cumhuriyet T. Endoskopik işlemlere bağlı özofagus perforasyonları (Üç olgu nedeniyle), *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 1997, 8(1): 112-116.
4. Gebbensleben B, Rohde H. Anxiety before gastrointestinal endoscopy- a significant problem, *Dtsch Med Wochenschr.* 1990 Oct 12;115(41): 1539-1544.
5. Uçan Ö, Ovayolu N, Savaş C. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi işlemi dinletilen müziğin hastaların bazı değerlerine ve işlemin başarısına etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10(3): 16-25
6. Norred CL. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring- healing therapies, *AORN J.* 2000, 72(5): 838-840.
7. Somakçı P. Türklerde müzikle tedavi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2003, 15(2): 131-140.
8. Wu PY, Huang ML, Lee WP, Wang C, Shih WM. Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy, *Complement Ther Med.* 2017 Jun; 32: 56-60.
9. Kemper KJ, Danhauer SC. Music as Therapy, *Southern Medical Journal*, March 2005,98(3):283-88.
10. Barati F, Nasiri A, Akbari N, Sharifzadeh G. The effect of aromatherapy on anxiety patients, *Nephrourol Mon.* 2016, 8(5): e38347.
11. Nikjou R, Kazemzadeh R, Rostamnegan M, Moshfegi S, Karimollahi M, Salehi H. The effect of lavender aromatherapy on the pain severity of primary dysmenorrhea: a triple-blind randomized clinical trial. *Ann Med Health Sci Res.* 2016 Jul-Aug; 6(4): 211-215.
12. Yanık M, Erdenen F, Müderrisoğlu C, Bektaş H, Sander E, Dik İ. Üst GİS endoskopisi ve premedikasyonun oksijen saturasyonu ve klinik parametrelere etkisi, *İstanbul Tıp Derg* 2007;3;1-7
13. Bekiroğlu T. Klasik Türk müziğinin hipertansiyon hastalarının kan basınçlarına ve anksiyete düzeylerine etkisi, *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 97 sayfa, 2011, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr.Nimet Ovayolu). Horuz D, Kurcer MA, Erdoğan Z. The effect of music therapy on anxiety and various physical findings in patients with COPD in a pulmonology service, *Holist Nurs Pract.* 2017 Nov/Dec; 31(6): 378-383.
14. Song M, Li N, Zhang X, Shang Y, Yan L, Chu J, Sun R, Xu Y. Music for reducing the anxiety and pain of patients undergoing the biopsy: a meta analysis, *Journal of Advanced Nursing.* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13509/pdf>. November 2017

15. Uçan Ö. Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin Hastanın Nabzına, Kan Basıncına, Oksijen Satürasyonuna, Memnuniyetine Etkisi, yüksek lisans tezi, 2005, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, 99 sayfa, Gaziantep.
16. Çoban I. ERCP işlemi sırasında dinletilen müziğin yaşam bulgularına ve kaygıya etkisi, 2014, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 41 sayfa, Malatya.
17. Kim M, Kwon YJ. Effects of aroma inhalation on blood pressure, pulse, visual analog scale, and Mcnair scale in nursing students practicing intravenous injection at the first time, *International Journal of Advanced Science and Technology*, Vol. 23,54 October 21-32, 2010
18. Salamati A, Mashouf S, Mojab F. Effect of lavender essential oil on vital signs in open Heart Surgery ICU, *Iran Journal of Pharmaceutical Research*, 2017:404-409.
19. Hwang JH. The effects of the inhalation method using essential oils on blood pressure and stress responses of clients with essential hypertension. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2006; 36: 1123–34.
20. Cho MY, Min ES, Hur MH, Lee MS. Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs and sleep quality of percutaneous coronary intervention patients in intensive care units, *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013:6 (pubmed)
21. Nagata K, Lida N, Kanazawa H, Fujiwara M, Mogi T, Mitsushima T, Lefor AT, Sugimoto H. Effect of listening to music and essential oil inhalation on patients undergoing screening CT colonography: a randomized controlled trial, *European Journal of Radiology*, December 2014, 83(12): 2172-76.
22. Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Pehlivan Y, Büyükhatipoğlu H, Savaş C, Gülşen MT. Listening to Turkish classical music decreases patients anxiety, pain, dissatisfaction and the dose of sedative and analgesic drugs during colonoscopy: A prospective randomized controlled trial, *World J Gastroenterol*. 2006. 14; 12(46): 7532-36.

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ ÇALIŞMASI

Berna Cafer¹, Yasemin Tokem², Filiz Özel³

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

³ Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kastamonu

GİRİŞ: Romatoid artrit kronik, uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren, yan etkileri olan ve bireyin günlük yaşamını kısıtlayan bir hastalık olup, özbakım yetersizliğine neden olabilir. Bu hastaların özbakım davranışlarının uygun ve etkin bir şekilde uygulanması hastayı olumlu etkileyebilir. Özbakım davranışlarını yerine getirmek; hastanın sorumluluğu olmakla birlikte; bunun etkin bir şekilde yerine getirilmesine destek olunması sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Bu nedenle romatoid artrit bireylerin özbakım davranışlarını ne kadar ve ne düzeyde yerine getirebildiğinin tanınması ve gerekli durumlarda özbakım davranışlarının desteklenmesi önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde özellikle romatoid artritli hastaların özbakım ve günlük yaşam gereksinimlerini ne kadarını yerine getirebildiklerine dair veriler yetersizdir (Tokem ve ark, 2008). Bunun için gerekli olan özbakım davranışlarını değerlendirecek ölçeklerin geliştirilmesi ve hastalarda kullanılması önemlidir.

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı; Self-Care Behaviour Scale (SCBC)' nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda öz bakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığının sınılanmasıdır. Romatoid artrit dışında birçok kronik hastalık üzerine özbakım davranışları ölçekleri oluşturulmuş ve hastalar üzerinde test edilmiştir. Romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini saptamak için ölçek geliştirmek, geliştirilen ölçekleri ülkemizde kullanılabilir hale getirmek ve hastalarda uygulamak gerekmektedir. Romatoid artrit üzerine bu çalışmayla birlikte bu alandaki boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma 1 Mayıs - 30 Ağustos 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 119 romatoid artritli bireyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma dâhiline 6 aydan fazla romatoid artrit açısında izlenen, çalışmaya katılmaya rıza gösteren, 18 yaşından büyük, işitsel ve zihinsel herhangi engeli olmayan ve Türkçe konuşabilen bireyler alınmıştır. Bu kriterlere uymayan ve gebe olan bireyler araştırma dahiline alınmamıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak Özbakım Davranışları Ölçeği'nin (ÖBDÖ) ve Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) kullanılmıştır. Dil geçerliliği için ölçeğin Türkçeden İngilizceye ve geri çevirisi yapılmıştır. Çevirisi yapılan ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşü alınarak ölçeğin son hali verilmiş ve bu form hastalara uygulanmıştır.

BULGULAR: Ölçeğin orijinal değerlerine sadık kalınarak iç tutarlık analizi için Cronbach Alpha değeri **0,675** bulunmuştur. Aynı zamanda uzman görüşleri sonucunda ilk 3 madde ters puanlanarak elde

edilen Cronbach Alpha değeri **0.558** saptanmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliği tespiti için Test-tekrar test uygulaması için araştırmaya katılmayı, telefonunu verilmesini ve kendine ulaşılmasını kabul eden ve arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya ulaşılmıştır. Uzman görüşü sonucu tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Elde edilen sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (r:0.74 p:0.00). Araştırma dahilinde ÖBDÖ puanı ile cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim durumları ve gelir durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA: Özbakım Davranışları Ölçeği'nin Türk romatoid artritli bireylerde Cronbach Alpha değeri 0,657 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin orta düzeyde güvenilir olduğunun göstergesidir (Alpar, 2016).

Ancak uzman görüşleri doğrultusunda ÖBDÖ'nün Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları esnasında 1.madde (Sıcak su havuzuna girme) , 2.madde (Vücudunun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) ters puanlanması yapılarak tekrar Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Bunun sebebi; uzman görüşleri doğrultusunda ilk 3 maddenin romatoid artrit hastalık seyrinde olumsuz etkiye neden olabileceği idi. Bu da uzman görüşleri ile paralellik göstermektedir. Tekrar puanlanan Cronbach Alpha değeri 0,558 bulunmuştur. Bulunan bu değer orta düzey de güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesidir.

Nadrian ve ark. (2010) orijinal ölçeğin (SCBS) geçerlilik güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışma sonucunda Cronbach Alpha değeri 0,68 bulunmuştur (Morowatisharifabad ve ark, 2010).

Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ'nün SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “güvenilir bir araçtır” hipotezi (H2) kabul edilmiştir.

Özbakım Davranışları Ölçeği'nin yarı test güvenilirlik yapılmıştır. Birinci partın (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partın (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur. Literatürde eğer bir ölçek mükemmel derecede güvenilir ise iki yarıdaki maddelerin toplanmasından elde edilen iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 1 ya da 1'e çok yakın olacağı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda Spearman-Brown katsayısı 0,653 bulunmuştur ve bu değer 1'e yaklaşması nedeniyle iki değişken arasındaki (1 ve 2. Part arasında) iyi bir korelasyon olduğu şeklinde yorumlanabilir (Alpar 2016).

Özbakım Davranışları Ölçeği'ne yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ'nün SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “geçerli bir araçtır” hipotezi (H1) kabul edilmiştir.

SONUÇ: Self-Care Behaviour Scale'in yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Türk toplumu için orta düzeyde güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu saptanmakla birlikte; ölçekte yer alan maddelerin hastaların özbakımları ile ilgili yanlış anlamalara sebep olabileceği ve bu nedenle özbakım

davranışlarını daha geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebilecek Türkçe bir ölçeğin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tan M. Eklem Ve Bağ Doku Hastalıkları Ve Bakım. In: Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul. Kayhan Matbaacılık, 2013: S 503
2. Demirel, A., & Kırnay, M.(2010) Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar Traditional And Up-To-Date Treatment İn Rheumatoid Arthritis.19(1) 74-84
3. Lipsky Pe. Romatoid Artrit. İçinde: Soy M (Çeviri Editörü). Fauci As, Langford Ca (Editörler). Harrison Romatoloji, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 85-103.
4. <http://www.saglik.gov.tr/eklenti/5112,saglik-istatistik-yilligi-2013pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: Haziran 2017)
5. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: Haziran 2017)
6. Akbıyık, A., Koçak, G., & Oksel, E. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi-Self-Care Behaviours Analysis of Patients With Chronic Heart Failure.
7. Öztürk, C., & Karataş, H. (2008). Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı Ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Journal of Anatolia Nursing And Health Sciences, 11(2).
8. Tokem Y, Durmaz A, Argon G. Romatoid Artritli Bireylerin Özbakım Aktivitelerinde Yetersizlik Düzeylerinin İncelenmesi 1-3 Kasım 2004 Romatoloji Kongresi Bildiri Kitabı s:17-18.
9. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlilik-Güvenirlilik. (4.Baskı). Ankara. Detay Yayıncılık 2016: 513-557
10. Morowatisharifabad, M. A., Nadrian, H., Mazloomi-Mahmoodabad, S. S., Soleimani-Salehabadi, H., & Asgarshahi, M. (2010). Utilising The Precede Model To Predict Factors Related to Self-Care Behaviours in Patients with Rheumatoid Arthritis in Yazd (Iran). Journal of Nursing And Healthcare of Chronic Illness, 2(1), 32-40

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA HEMŞİRE DESTEĞİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

¹Duygu Akbaş, ²Elif Ünsal Avdal, ²Berna Nilgün Özgürsoy Uran

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

GİRİŞ: İnflamatuar Bağırsak Hastalıkları (İBH) kronik remisyon ve alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. İBH genellikle ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta olup hastalığın etiyojisi hala tam olarak bilinmemektedir (1,2).

İnflamatuar bağırsak hastalığının, sadece kolonun aralıksız tutulumu olan ÜK ve ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini aralıklı olarak tutan CH olmak üzere iki çeşidi vardır (1,4). Ülseratif kolit tutulum yeri açısından rektum ve kolon ile sınırlı, inflamasyonun mukoza ile sınırlı ve sürekli olduğu genelde rektal kanama semptomu veren bir barsak hastalığıdır (1,2). CH ise en sık olarak ileo-çekal bölgede ve sonra kolonda meydana gelmektedir. Ülseratif kolitin aksine CH’nda inflamasyon aralıktır ve atlanan lezyonlar şeklinde görülür. Semptomlar hastalığın tutulum yaptığı yere göre değişmekle birlikte en çok görülen semptom karın ağrısıdır (1,2).

İnflamatuar bağırsak hastalığının tedavi ve bakımında temel amaç, hastalığın tam ve kalıcı remisyonunu sağlamaktır. Hedeflenen remisyon dönemi için, kullanılacak farmakolojik tedavi seçiminde, inflamasyonlu bölgenin yeri, o bölgenin yoğunluğu ve hastalık aktivasyon süresi gibi faktörler ele alınarak oral, subkutan veya parenteral ilaç şekillerinden uygun olan birinin seçimine sağlık profesyonelleri tarafından karar verilir. Bu kararın içerisinde hemşirenin de yer alması beklenmektedir (1,3,4). İlaç tedavisinde genelde uygulanan ilaç grupları; 5-aminosalisilik asit(5-ASA), glikokortikoidler ve immünoşüpresanlardır. Son birkaç yılda biyolojik ajanların kullanılmaya başlanmasıyla birlikte de İBH tedavisinde ilerleme sağlanmış ve hemşire desteğine daha fazla ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır (2,4,5).

Tedavinin temel hedeflerinden remisyon süresini uzun dönemli kılmak ve ilaç yan etkilerinin hastada oluşturacağı rahatsızlığı en aza indirmek için multidisipliner bir ekip anlayışı gerekmektedir (6,7,8).

Ülkemizde İBH hemşireliği yeni uzmanlaşmaya başlamış olmakla birlikte bu hastaların ilaç yönetimlerinin takibi konusunda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın, ülkemizdeki İBH hastaları için iyi düzenlenmiş bir hemşirelik danışmanlığı sağlamakla birlikte, ilaç yönetimleri konusunda da hastalara destek olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı: Amaç İBH olan bireylerde hemşire desteğinin ilaç uyumuna etkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 11 Eylül 2017 - 01 Ocak 2018 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı birimlerinde yatan ve İBH polikliniğine başvuran İBH tanısı almış bireyler oluşturmuştur. Bu evren içinde n:30 İBH tanılı birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, “İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Hasta Bilgi Formu “İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış Hastalarda İlaç Uyum Bilgisi Değerlendirme Formu ”, “İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tıbbi Yönetim Bilgi Kitapçığı kullanılmıştır.

Veri Toplama Yöntemi

Çalışma grubundaki bireylere pre-test olarak hasta bilgi formu ve ilaç uyum bilgi değerlendirme formu ve İBH Tıbbi Eğitim Kitapçığında yer alan bilgiler araştırmacı tarafından verilmiştir, post test olarak hasta ilaç uyum değerlendirme formu tekrar uygulanmış ve alınan puanlar araştırmacı tarafından analiz edilmiştir.

Verilerin Analizi

Tezin yürütülmesi için enstitünün bağlı olduğu üniversitenin lisanslı olan SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23 programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan bireylerin; %46.67 si kadın,%53.33’ü erkektir. İBH’li bireylerin %66.67’sinin evli, %30’unun bekar ve %3.3’ünün boşanmış olduğu, %3.3 ünün okur-yazar, %26.67’sinin ilköğretim, %36.67’sinin ortaöğretim ve %33.33’ünün yüksek öğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışanlar arasında en fazla %25’lik ortalamayla memur olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılanlar arasında ekonomik düzeylere bakıldığında %70’nin gelir gidere denk şeklinde ifade ettiği ve %26.67 kişinin de gelir giderden az olarak ekonomik durumunu belirttiği saptanmıştır. %86.67’sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %13.33’ünün olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan İBH’li bireylerin %90’ı normal hayatında değişiklik olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan İBH’li bireylerin, ilk testten aldıkları en düşük puan 10 iken en yüksek puan 80 olarak görülmektedir. Son testte ise alınan puanların 40 ile 100 arasında değiştiği saptanmaktadır. Ayrıca ilk testte alınan puanların ortalaması 49.67 olmasına rağmen son testten alınan puanların ortalaması 72.67 elde edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: İnflamatuar bağırsak hastalığı tanısı almış bireylerde ilaç uyum bilgi düzeyinin incelenmesi (pre-test-post-test)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	Asymp. Sig. (2-tailed)
Toplam puan (pre-test)	30	10	80	49.67	19.91	0,071
Toplam puan (post-test)	30	40	100	72.67	15.07	0,128

TARTIŞMA: Çalışmamızdaki verileri değerlendirdiğimizde, çalışmaya katılan İBH'li bireylerin, eğitim öncesi puan ortalamalarının $x=49,67$ eğitim sonrası puan ortalamalarının $x=72,67$ olduğunu saptadık (Tablo 1) (p değeri = $0,128 > 0,05$) (p değeri = $0,071 > 0,05$). Çitçi'nin (9) yaptığı, kronik kalp yetmezliği (KKY) olan hastalarda hasta eğitiminin değerlendirildiği, tek gruplu yarı deneysel çalışmanın verileri de bizim verilerimizle örtüşmektedir. Çitçi (9) KKY sağlık davranışları, eğitim öncesi puan ortalamalarıyla, eğitim sonrası puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır ($p=0,000 < 0,05$) (9).

Nurit ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, tedavi ile ilgili eğitim alan hastaların eğitimden memnun ve tedavi almaya istekli olduklarını saptamışlardır (10). Bu çalışmalara dayanarak ve kendi çalışma sonucumuza göre de eğitim sonrası puan ortalamalarının artışının sebebi, öncelikle hastaların doğru tanılanması yapıldıktan sonra, hazırlanan eğitim kitapçığı, videolar, slayt gösterileri ile planlanan bireysel eğitimler olabilir (9,10).

Yapılan bazı çalışmalarda yaşlı hastalarda tedaviye uyumun genç hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Bu durum yaşlı hastaların, daha fazla kronik hastalıklara sahip olmasından dolayı ilaç kullanımının artış göstermesi nedeniyle olabilir. Ancak biz çalışmamızda tedaviye uyum ile yaş arasında anlamlı bir fark saptamadık (Tablo 1).

Literatür taraması sonucunda Türkiye'de İBH hemşire desteği ve ilaç uyumu üzerine yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde İBH hemşireliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışmalara erişilmesi verilerimizi karşılaştırma aşamasında araştırmanın sınırlılığı olmuştur.

SONUÇ: Çalışmamızda, hemşire desteği alan İBH'li bireylerin ilaç uyumuna etkisinin yüksek olduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. O'connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Detre P, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. 2013;7(9):744-64.
2. Molodecky NA SI, Rabi DM. Increasing incidence and prevalence of the infl ammatory bowel diseases with time, based on systematic review.. Gastroenterology 2012;142(1):46-54

3. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. 2011;60(5):571-607.
4. Friedman SL, McQuaid KR, Greendell JH. (Eds) Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. Çev.Eds: Sivri B, Gönen Ö. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. Öncü Basımevi, İstanbul; 2007, s: 108-129.
5. Pithadia AB, Jain SJPR. Treatment of inflammatory bowel disease (IBD).2011;63(3):629-
6. Biber Tanrısever M., Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2009
7. Golik M, Kurek M, Poteralska A, Bieniek E, Marynka A, Pabich G, et al. Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. 2014;9(4):179.
8. Özgürsoy Uran B., Yıldırım Y., Yeni Bir Uzmanlık Alanı: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Hemşireliği ; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(2): 27-33
9. Çiftçi B., Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi Doktora Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi. Erzurum-2018
10. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention Project to promote patient medication education. JCN, 2009, 18: 2530-2536.
11. Curtin RB, Svarstad BL, Andress D, Keller T. Differences in older versus younger haemodialysis patients' noncompliance with oral medications. GeriatrNephrol Urol 1997;7(1):35-44.