

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES



4-5-6 EKİM 2019

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ KONGRE KÜLTÜR MERKEZİ

**1. Uluslararası
Palyatif Bakım Kongresi
(I. International Palliative Care Congress)**

TAM METİN VE ÖZET BİLDİRİ KİTABI

2

4-6 Ekim 2019, MALATYA

DÜZENLEYEN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Türk Yoğun Bakım Derneği

4-5-6 EKİM 2019

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ KONGRE KÜLTÜR MERKEZİ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Editörler:

Rukuye AYLAZ

Emriye Hilal YAYAN

Zeliha CENGİZ

Gül DURAL

Neslihan SÖYLEMEZ

ISBN: 978-605-7853-20-2

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

İÇİNDEKİLER

KURULLAR	5-10
TAKDİM	11
KONGRE BAŞKANINDAN DAVET	12
BİLİMSEL PROGRAM	13-40
TAM METİN BİLDİRİLER	41-1270
ÖZET BİLDİRİLER	1271-1638

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

KURULLAR

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Ahmet KIZILAY
İnönü Üniversitesi Rektörü

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

1. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi Başkanı

KONGRE EŞ BAŞKANI

Prof. Dr. Hülya SUNGURTEKİN
Prof. Dr. Dilek MEMİŞ

BİLİMSEL SEKRETERYA

5

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
zeliha.cengiz@inonu.edu.tr

Dr. Öğr. Üyesi Erman YILDIZ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
erman.yildiz@inonu.edu.tr

Araş. Gör. Seher ÇEVİK AKTURA
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
seher.cevik@inonu.edu.tr

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Hüseyin İlksen TOPRAK

Prof. Dr. Birgül YELKEN

Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR

Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Doç. Dr. Ayşe Belin ÖZER

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN

Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba MENEKLİ

Öğr. Gör. Hatice OLTULUOĞLU

Arş. Gör. Dr. Hilal YILDIRIM

Arş. Gör. Ebru GÜL

Arş. Gör. Fatma KESKİN

Arş. Gör. Gülsen KILINÇ

Arş. Gör. Abdurrezzak GÜLTEKİN

Arş. Gör. Gürkan ÖZDEN

Arş. Gör. Gülçin NACAR

Arş. Gör. Seher ÇEVİK AKTURA

Arş. Gör. Maksude YILDIRIM

Arş. Gör. Ayşe SÜLÜN

Arş. Gör. Yeliz Suna DAĞ

Arş. Gör. Neslihan SÖYLEMEZ

Arş. Gör. Gül DURAL

Arş. Gör. Mehmet Emin Düken

BİLİMSEL KURUL

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Prof. Dr. Zühal ALTAY

Doç. Dr. Burcu TALU

Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZDEMİR

AİLE SAĞLIĞI VE EVDE BAKIM

Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ

Prof. Dr. Ayfer TEZEL

Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA

Prof. Dr. Behice ERCİ

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Prof. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu AŞILAR

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Doç. Dr. Gülendaml KARADAĞ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kayhan TETİK

Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR

Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan AKTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Serap KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Belgin YILDIRIM

Dr. Öğr. Üyesi Kıvan ÇEVİK

Arş. Gör. Dr. Hilal YILDIRIM

GERONTOLOJİ

Prof. Dr. Naile BİLGİLİ

Prof. Dr. Yeter KİTİŞ

Prof. Dr. Selma ÖNCEL

Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

Prof. Dr. Dilek KILIÇ

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ

Doç. Dr. Handan ZİNCİR

Doç. Dr. Fatma Başalan İZ

Doç. Dr. Gülelgün TÜRK

Uzm. Dr. Funda DATLI YAKARYILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Sinan ASLAN

Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŞIK

Dr. Öğr. Üyesi Fatoş UNCU

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem LAFÇI

Dr. Öğr. Üyesi İlknur DOLU

GÖĞÜS

Prof. Dr. Süleyman Savaş HACIEVLİYAGİL

Prof. Dr. Zeynep Ayfer AYTEMUR

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Doç. Dr. Özkan YETKİN

Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

Dr. Öğr. Üyesi Seda PEHLİVAN

ONKOLOJİ

Prof. Dr. Tülin BEDÜK

Prof. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Doç. Dr. Özlem OVAYOLU

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba MENEKLİ

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Burçin UYUMLU

Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Derya TÜLÜCE

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Prof. Dr. Serdal GÜNGÖR
Prof. Dr. Mehmet Cengiz YAKINCI
Prof. Dr. Yılmaz TABEL
Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
Doç. Dr. Arzu AKYAY
Doç. Dr. Ramazan ÖZDEMİR
Doç. Dr. Ayfer AYDIN
Doç. Dr. Hülya KARATAŞ
Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU
Doç. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR
Dr. Öğr. Üyesi Bedriye AK
Dr. Öğr. Üyesi Ulviye GÜNAY
Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Şen CELASİN
Dr. Öğr. Üyesi Fatma KURUDİREK
Dr. Öğr. Üyesi Nazan GÜRASLAN BAŞ
Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN

NÖROLOJİ

Prof. Dr. Yüksel KABLAN
Prof. Dr. Sibel ALTINAYAR
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU
Prof. Dr. Sultan TAŞÇI
Prof. Dr. Öznur Usta YEŞİLBALKAN
Doç. Dr. Serap ÖZER
Doç. Dr. Yasemin Yıldırım USTA
Doç. Dr. Sibel SEVİNÇ
Dr. Öğr. Üyesi Sevgin SAMANCIOĞLU
BAĞLAMA
Dr. Öğr. Üyesi Hamdiye Arda SÜRÜCÜ
Öğr. Gör. Deniz Uğur CENGİZ

PSİKIYATRİ

Prof. Dr. Sevim BUZLU
Prof. Dr. Ayşegül BİLGE

Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU
Doç. Dr. Döndü CUHADAR
Doç. Dr. Arzu YILDIRIM
Doç. Dr. Leyla Baysan ARABACI
Dr. Öğr. Funda BUDAK
Dr. Öğr. Üyesi Maral KARGIN
Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ
Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT
Dr. Öğr. Üyesi Erman YILDIZ

YOĞUN BAKIM

Prof. Dr. Necati GÖKMEN
Prof. Dr. Meltem UYAR
Prof. Dr. Mahmut DURMUŞ
Doç. Dr. Recep BENTLİ
Prof. Dr. İsmail CİNEL
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN
Prof. Dr. Hülya SUNGURTEKİN
Prof. Dr. Dilek MEMİŞ
Prof. Dr. Hüseyin İlksen TOPRAK
Prof. Dr. Nurçin GÜLHAŞ
Prof. Dr. Hilal AYOĞLU
Prof. Dr. Birgül YELKEN
Prof. Dr. Asiye Durmaz AKYOL
Doç. Dr. Esra Akın KORHAN
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN
Doç. Dr. Ayşe Belin ÖZER

CERRAHİ

Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR
Prof. Dr. Emine İYİĞÜN
Prof. Dr. Selami Çağatay ÖNAL
Prof. Dr. Burak IŞIK
Prof. Dr. Arzu TUNA
Doç. Dr. Meral ÖZKAN
Dr. Öğr. Üyesi Rahşan ÇAM
Dr. Öğr. Üyesi Koray KUTLUTÜRK

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Dr. Öğr. Üyesi Serdar SARITAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAZEYBEK

Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ

HOSBİS BAKIM

Prof. Dr. AyiŖe KARADAĞ

Prof. Dr. Reva Balcı AKPINAR

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

Prof. Dr. Hatice MERT

Prof. Dr. Yurdağul YAĞMUR

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Prof. Dr. Merdiye ŖENDİR

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar

Doç. Dr. Beyhan Bağ

Marjana Bernot, RN, BSc

Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

Prof. Dr. Yasemin Kuzeyli YILDIRIM

Doç. Dr. Papatya KARAKURT

Doç. Dr. Gülay İpek ÇOBAN

Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

Doc.Dr hab. Marta Muszalik

Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAKAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ER

Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR

Assistant Professor Dr. Hamdia Mirkhan Ahmed

Assistant Professor Dr. Stylianos Katsaragakis

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

YABANCI KONUŞMACILAR

Assistant Professor Dr. Hamdia Mirkhan Ahmed

Hawler Medical University

Kurdistan Region / IRAQ

Doc.Dr hab. Marta Muszalik

Nicolaus Copernicus University

POLAND

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar

Yakın Doğu Üniversitesi

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

Assistant Professor Dr. Stylianos Katsaragakis

National and Kapodistrian University of Athens

GREECE

Doç. Dr. Beyhan Bağ

Big Vor Ort Bundesweite Intensiv Pflege Gesellschaft. Hannover

GERMANY

Marjana Bernot, RN, BSc

Palliative Care at the Institute for Oncology Ljubljana

SLOVENIA

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

TAKDİM

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ev sahipliğinde ve Türk Yoğun Bakım Derneği iş birliğinde düzenlenen I. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi'nin amacı palyatif bakım alanında çalışan hekimlerin, hemşirelerin, diyetisyenlerin, aile hekimlerinin, eczacıların ve manevi bakım uzmanlarının, palyatif bakım konusundaki farkındalıklarını artırmak, yeni gelişmeleri değerlendirmek ve kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda bilgi ve becerilerini en üst düzeye çıkarmaktır.

Bu amaç doğrultusunda; gerçekleşecek oturumlarda dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım, hospis bakım ve evde bakım örneklerinden ve uygulamalarından bahsedilerek iki gün boyunca yurt içinden ve yurtdışından gelen katılımcılar ile geniş kapsamlı olarak tartışılacaktır.

Bu kongrede alanlarında uzman 6 farklı ülkeden misafir olarak gelen bilim insanı ve ülkemizden 33 bilim insanını dinleme fırsatımız olacaktır.

Üniversitemiz palyatif bakım ve hospis bakıma oldukça önem vermektedir. Bu konuların Türkiye'de ki önemini tartışmak amacıyla 12 Temmuz 2019 tarihinde Türk Kızılay'ı iş birliğinde Ağır Hasta Bakım Çalıştayına ev sahipliği yapmıştır.

Kongremize katılan Malatya protokolüne, saygıdeğer akademisyenlerimize, dünyanın ve ülkemizin çeşitli yerlerinden teşrif eden siz saygıdeğer konuklarımıza, İnönü Üniversitesi adına yaklaşık bir yıldır bu kongre için verdikleri büyük özveri ve emekten dolayı Hemşirelik Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Rukuye Aylaz'a ve düzenleme kuruluna ve Türk Yoğun Bakım Derneği Başkanına ve üyelerine en içten teşekkür, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Ahmet KIZILAY

Rektör

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

KONGRE BAŞKANINDAN DAVET

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ev sahipliğinde ve Türk Yoğun Bakım Derneği işbirliğinde düzenlenecek olan I. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi 4-6 Ekim 2019 tarihleri arasında Malatya Turgut Özal Kongre Kültür Merkezi, Malatya’da gerçekleştirilecektir. Türkiye’den ve Dünya’nın birçok ülkesinden bilim insanlarının katılımını hedefleyen kongremiz, uluslararası akademik bir kongredir. Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu tanıma göre, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailesinde, ağrının ve diğer problemlerin, erken dönemde belirlenmesi, fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerin karşılanmasına yönelik bir yaklaşımdır. Palyatif bakıma olan ihtiyaç, dünyada son yıllarda teknolojik gelişmeler ve yaşam beklentisindeki artışa bağlı olarak artmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, tedavisi zor ya da mümkün olmayan hastalıklarda kişilerin acılarını hafifletmeye yönelik tıbbi ve destekleyici tedavileri içeren bir bakım sistemi olarak sağlık sistemi içerisindeki yerini almıştır. Palyatif bakımın temel amacı ağrı ve diğer semptomların giderilmesi, psikososyal ve spiritüel gereksinimin karşılanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Palyatif bakıma erişim bir insan hakkıdır. Hastalığın erken evrelerinde başlanan palyatif bakımın yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırdığı gösterilmiştir. Palyatif bakım aileyi de içine alan ve ailenin yas sürecinde de devam eden kapsamlı bir bakım sistemidir. Palyatif Bakım hizmeti, doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet ve manevi bakım uzmanından oluşan multidisipliner ekip tarafından verilmektedir. Hastane ortamında yatarak tedavi gerektiren akut semptomların varlığında ilgili uzmanlık alanları ile konsülte edilerek semptomların kontrolü ve hastanın en hızlı şekilde günlük hayatına dönmesi hedeflenmektedir. Bu hedefler doğrultusunda bu kongrenin amacı, “Kişinin hayatına yıllar eklemek, değil, yıllarına hayat eklemek” için palyatif bakım alanında çalışan hekimlerin, hemşirelerin, diyetisyenlerin, aile hekimlerinin, eczacıların, manevi bakım uzmanlarının, sosyal çalışmacıların ve gönüllülerin palyatif bakım konusundaki farkındalıklarını artırmak, kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda bilgi ve becerilerini en üst düzeye çıkarmak, bu alanda ki yenilikler ve gelişmeler konusunda kazanımlar sağlamaktır. Alana ilgi duyan bilim insanlarını, araştırmacıları ve bu alanda çalışanları kongremizde görmekten onur duyarız.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

BİLİMSEL PROGRAM

4 Ekim 2019 – CUMA

	BÜYÜK SALON		
08.00-09:00	KAYIT		
09.00-09.45	AÇILIŞ KONUŞMALARI		
09.45-10.30	PANEL - Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakımın Yapılanması <u>Panel Başkanları:</u> Prof.Dr. Sevim BUZLU, Prof. Dr. Hülya SUNGURTEKİN - Palyatif bakımın yapısını anlamak: Prof.Dr. Dilek MEMİŞ - Küresel Palyatif Bakım Politika ve Stratejisindeki Gelişmeler: Fırsatlar ve Zorluklar: Prof.Dr. Birgül YELKEN		
10.30-11.00	Kahve Arası		
11.00-12.15	PANEL - Ulusal ve Uluslararası Palyatif Bakım Uygulamaları <u>Panel Başkanları:</u> Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM, Prof.Dr. Ayişe KARADAĞ - Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları: Prof.Dr. Hülya SUNGURTEKİN - Palyatif Bakım Irak Örneği: Asst.Prof. Hamdia Mirkhan AHMED - Palyatif Bakım Yunanistan Örneği: Stylianos KATSARAGAKİS - Dünyada Palyatif Bakım Örnekleri-Slovenya: Prof.Ph.D.Marjana BERNOT		
12.15-13.00	Öğle Yemeği		
13.00-14.00	BÜYÜK SALON		
	PANEL - Dünyada ve Türkiye’de Hospis Bakım <u>Panel Başkanları:</u> Doç.Dr. Kadriye KAHVECİ, Doç.Dr. Ayfer AYDIN - Türkiye’de İdeal Hospis Nasıl Olmalı?: Uzm. Hemşire Hurişah AKSAKAL - Dünyada Hospis Örnekleri-Polonya: Ph.D. Marta MUZSALIK		
14.00-15.10	PANEL - Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakımın Yapılanması <u>Panel Başkanları:</u> Prof.Dr. Yurdağül YAĞMUR, Doç.Dr. Recep BENTLİ -Deliryumlu Hastaya Yaklaşım: Prof.Dr. Ayşegül BİLGE - Evde Bakım Hizmetlerinde Hasta ve Hasta Yakını Eğitiminde Hemşirenin Rolü: Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR - Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler, Organizasyon Nasıl Olmalı?: Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM - Evde Bakım Verilen Hastada Enfeksiyonu Kontrolü: Prof.Dr. Nurhan BAYRAKTAR		
14.00-15.00	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON
	Sözel Bildiri Oturumu 1 <u>Oturum Başkanları:</u> Prof.Dr. Ümran Dal Yılmaz Doç.Dr. Burcu Talu	Sözel Bildiri Oturumu 1 <u>Oturum Başkanları:</u> Doç. Dr. Nermin Gürhan Arş. Grv. Gülçin Nacar	Sözel Bildiri Oturumu 1 <u>Oturum Başkanları:</u> Dr. Öğr. Grv. Fatma Karasu Arş. Grv. Ebru Gül

4-5-6 EKİM 2019

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ KONGRE KÜLTÜR MERKEZİ

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

15.10-15.30	Kahve Arası						
15.30-16.45	BÜYÜK SALON			PEMBE SALON			
	PANEL - Dünyada ve Türkiye'de Spiritüel Bakım <i>Panel Başkanları:</i> Prof.Dr. Rukuye AYLAZ, Dr. Nagihan Yıldız ÇELTEK - Dünyada ve Türkiye'de Spiritüel Bakıma Yaklaşım: Prof.Dr. Behice ERCİ - Palyatif Hastaların Dini Bakım Gereksinimlerinde Din Adamaların Görevleri: Doç.Dr. İbrahim AŞLAMACI - Bilinen Gerçek: Doç.Dr. Handan ZİNCİR			PANEL - Palyatif Bakımda Etik Kavramlar <i>Panel Başkanları:</i> Doç.Dr. Nuran GÜLER, Doç.Dr. Meral ÖZKAN - Hastanın Hakları Nelerdir?: Dr. Leman ACUN DELEN - Hastaya Bakım Veren Hekimin Hakları ve Sorumlulukları: Prof.Dr. Hilal AYOĞLU - Hastaya Bakım Veren Hemşirenin Hakları ve Sorumlulukları: Prof.Dr. Nimet OVAYOLU - Palyatif Bakımda Tükenmişlik ve Çözümleri: Dr. Zeliha KORKMAZ DİŞLİ - Yaşam Sonu Kararları: Dr. Hülya KIRCA			
16.30-17.30	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON	ANFİ 1	ANFİ 2	ANFİ 3	ANFİ 4
	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr. Öğr.Üy. Ulviye Günay Arş. Grv.Seher Çevik Aktura	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr.Öğr.Üy. Runida Doğan Dr. Didem Coşkun	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr.Öğr.Üy. Burcu Kayhan Tetik Dr.Erman Yıldız	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr.Hilal Yıldırım Arş.Grv. Maksude Yıldırım	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr.Öğr.Üy. Hakime Aslan Arş.Grv.Fatma Keskin	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr.Öğr.Üy. Fatma Er Çetin	Sözel Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr. Öğr. Üy. Sinan Aslan Arş.Grv. Abdurrezzak Gültekin
5 Ekim 2019 – CUMARTESİ							
09.30-10.30	BÜYÜK SALON						
	PANEL - Dünyada ve Türkiye'de Pediatrik Palyatif Bakım <i>Panel Başkanları:</i> Prof Dr. Ramazan ÖZDEMİR Dr.Öğr.Üy. Zeliha CENGİZ - Pediatrik Palyatif Bakımda Temel ilkeler: Doç.Dr. Ayfer AYDIN - Terminal Dönemdeki Çocuğun Palyatif Bakımı: Dr.Öğr.Grv. Sevcan İPEK - Dünyada ve Türkiye'de Yenidoğan Palyatif Bakım: Dr.Öğr.Üy. Emriye HİLAL YAYAN						
10.30-11.00	Kahve Arası						
11.00-12.00	PANEL - Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi 1 <i>Panel Başkanları:</i> Doç.Dr. Serap Parlar KILIÇ - Hastalıklara Göre Ağrı Tedavi Yaklaşımları, Değerlendirilmesi: Prof.Dr. Nurçin GÜLHAŞ						

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	<p>- Bulantı, Kusma, Yorgunluk? Ne Yapabiliriz?: Doç.Dr. Ayşe Belin ÖZER</p> <p>- Palyatif Bakımda Aileye Destek: Prof.Dr. Sevim BUZLU</p> <p>- Palyatif Hastalarda Semptom Yönetiminde Hemşirelik Uygulamaları: Hemş. Sibel DUMAN, Hemş. Hülya GÜDEN, Hemş. Halenur ŞAHİN</p>			
11.00-12.00	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON	
	<p>Sözel Bildiri Oturumu 3</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Dr. Öğr. Üyesi Funda Budak</p> <p>Öğr. Grv. Dr. Tuğba Çınarlı</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 3</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Öğr. Grv. Dr. Asuman ŞENER</p> <p>Dr. Filiz Polat</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 3</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Prof. Dr. Birgül Cumurcu</p> <p>Öğr. Gör. Zeynep Sağlam</p>	
12.00-13.00	Öğle Yemeği			
13.00-14.15	BÜYÜK SALON			
	<p>PANEL - Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi 2</p> <p><i>Panel Başkanları:</i> Prof. Dr. Birgül CUMURCU, Dr.Öğr.Üy. Maral KARGIN</p> <p>- Palyatif Bakım Hastalarında Hareket Sorunları: Doç.Dr. Hülya YÜCEL</p> <p>- Palyatif Bakımda Yara Yönetimi: Prof.Dr. Ayişe KARADAĞ</p> <p>- Almanya'da Palyatif Bakım Uygulamaları ve Psikososyal Yaklaşımlar: Doç.Dr. Beyhan BAĞ</p>			
13.00-14.00	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON	
	<p>Sözel Bildiri Oturumu 4</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Öğr. Gör. Yasin Çetin</p> <p>Arş. Gör. Mehmet Emin Düken</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 4</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Dr. Öğr. Üyesi Kevser Işık</p> <p>Arş. Grv. Gürkan Özden</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 4</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Öğr. Gör. Hatice Oltuluoğlu</p> <p>Dr. Leyla Zengin Aydın</p>	
14.15-14.45	Kahve Arası			
14.45-15.30	BÜYÜK SALON			
	<p>PANEL - Palyatif Bakımda Beslenme</p> <p><i>Panel Başkanları:</i> Prof.Dr. Hüseyin TOPRAK, Dr.Öğr.Üy. Runida DOĞAN</p> <p>- Onkolojik Hastalıklarda Nutrisyon Tedavisi: Prof.Dr. Emin Tamer ELKIRAN</p> <p>- Geriatrik Hastalarda Nutrisyon Tedavisi: Uzm. Dr. Funda DATLI YAKARYILMAZ</p>			
14.45-15.45	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON	ANFİ 1
	<p>Sözel Bildiri Oturumu 5</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Dr. Öğr. Üy. Zeliha Cengiz</p> <p>Öğr. Gör. Gülsüm Yetiş</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 5</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Prof. Dr. Yurdağül Yağmur</p> <p>Dr. Öğr. Grv. Hatice Pekince</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 5</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Dr. Öğr. Üyesi Betül Aktaş</p> <p>Dr. Öğr. Grv. Berna Bayır</p>	<p>Sözel Bildiri Oturumu 5</p> <p><i>Oturum Başkanları:</i></p> <p>Öğr. Grv. Gönül Akbulut</p> <p>Dr.Öğr.Üy. Maral Kargin</p>
15.30-17.00	<p>PANEL -Palyatif Bakımda Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları</p> <p><i>Panel Başkanları:</i> Dr.Öğr.Üy. Burçin UYUMLU, Doç.Dr. Mustafa Sayit AYDOĞAN</p>			

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Palyatif Bakımda Ozon Tedavisi: Doç.Dr. M. Ediz SARIHAN
- Hirudoterapi ve Hemşirenin Rolü: Hemş. Derya AKGÜN
- Palyatif Bakımda Terapötik Dokunma: Doç.Dr. Medet KORKMAZ
- Palyatif Bakımda Aromaterapi: Dr.Öğr.Üy. Tuğba MENEKLİ
- Palyatif Bakımda Fitoterapi: Dr.Öğr.Üy. Narin SADIKOĞLU

15.45-16.45	MAVİ SALON	TURUNCU SALON	PEMBE SALON	ANFİ 1
	Sözel Bildiri Oturumu 6 <i>Oturum Başkanları:</i> Arş. Grv. Gülçin Nacar Arş. Grv. Seher Çevik Aktura	Sözel Bildiri Oturumu 6 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr. Öğr. Üy. Pınar Soylar Arş. Grv. Ayşe Sülün	Sözel Bildiri Oturumu 6 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr. Vuslat Kara Ölmeztoprak Erdoğmuş Arş. Grv. Mürşide Zengin	Sözel Bildiri Oturumu 6 <i>Oturum Başkanları:</i> Dr. Öğr. Üy. Ümmühan Aktürk Arş. Grv. Gül Dural
17.00-17.30	KAPANIŞ			

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

1.ULUSLARARASI PALYATİF BAKIM KONGRESİ
SÖZEL SUNUM PROGRAMI

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 1	
14.00-15.00 Oturumları	
MAVİ SALON	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ, Doç. Dr. Burcu TALU	
S1: Bildiri Başlığı: Engelli Çocuklarda Genital Hijyen Davranışları İsimler: EMRİYE HİLAL YAYAN, YELİZ SUNA DAĞ, ELANUR VİCNELİOĞLU	
S2: Bildiri Başlığı: Pediatri Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluşlarının Merhamet Yorgunluklarına Etkisinin İncelenmesi İsimler: YELİZ SUNA DAĞ, EMRİYE HİLAL YAYAN, MAKSUDE YILDIRIM	
S3: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumu İsimler: SEHER ÇEVİK AKTURA, SEYHAN ÇITLIK SARITAŞ, BÜŞRA BULUT, ELİF ÖZFİDAN	
S4: Bildiri Başlığı: Yanığı Olan Çocuğun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu İsimler: YELİZ SUNA DAĞ	
S5: Bildiri Başlığı: Diyabet ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicilerinin Değerlendirilmesi İsimler: TANSEL BEKİROĞLU ERGÜN, MEHTAP OMAÇ SÖNMEZ, MİNE AKBEN	
S6: Bildiri Başlığı: Hemorajik İnme Tanısıyla Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu İsimler: ZEYNEP SAĞLAM, CANSEV BAL, ZELİHA KOÇ	
S7: Bildiri Başlığı: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Palyatif Bakım İsimler: SÜMEYRA MİHRAP İLTER, ÖZLEM OVAYOLU	
S8: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Manevi Bakım Yeterlilikleri Ve Empati Düzeyleri İsimler: EMİNE ERDEM, MERVE EZEN, SEMİHA DERTLİ	
S9: Bildiri Başlığı: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Gönülsüz/Zorla Yatışı ve Yasalar İsimler: NERMİN GÜRHAN, DİDAR KARAKAŞ, ELİF ALTUN	
S10: Bildiri Başlığı: Ruh Hastalığı Olan Bireylerle Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma İsimler: ERMAN YILDIZ	

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 1

14.00-15.00 Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Nermin GÜRHAN, Arş. Grv. Gülçin NACAR

S11: Bildiri Başlığı: Resmi Olmayan Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

İsimler: FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ, MARAL KARGIN

S12: Bildiri Başlığı: Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Spinal Musküler Atrofi ve Epilepsi Tanılı Çocuğun Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: MÜRŞİDE ZENGİN

S13: Bildiri Başlığı: Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Yaşadığı Sorunlar ve Bakım Gereksinimleri

İsimler: YASEMİN ADIGÜZEL, NESRİN İLHAN

S14: Bildiri Başlığı: Yaşlı Bakımında Robot Kullanımı

İsimler: DUYGU ÇELİK SEYİTOĞLU, GÜLSEN GÜNEŞ, RUKUYE AYLAZ

S15: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitesindeki Yatan Hasta Profili Ve Rehabilitasyon Uygulamaları

İsimler: BÜŞRA CANDİRİ, SİBEL DUMAN, BURCU TALU

S16: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitesinde Erken Rehabilitasyon: İki Olgu Sunumu

İsimler: BÜŞRA CANDİRİ, FURKAN ARPACI, BURCU TALU

S17: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Maneviyat Ve Manevi Bakımı

Algılama Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

İsimler: EBRU GÜL, BEHİCE ERCİ, ELİF KARAKURT

S18: Bildiri Başlığı: İlk Pankreas Nakli Deneyimimiz

İsimler: FEYZA KOCA, ARİFE SİMSEK, GÜLDEN KÖMÜRKARA, TURGUT PIŞKIN

S19: Bildiri Başlığı: Öğretmenlerin Okul Sağlığı Hemşireliği Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

İsimler: EMRİYE HİLAL YAYAN, YELİZ SUNA DAĞ, KÜBRA AKCAN, AYBÜKE KÜBRA SÖNMEZ

S 20: Bildiri Başlığı: Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmali Hakkında Belirti Ve Risk Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi

İsimler: YELİZ SUNA DAĞ, EMRİYE HİLAL YAYAN, AYBÜKE KÜBRA SÖNMEZ, KÜBRA AKCAN

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 1

14.00-15.00 Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Dr. Fatma KARASU, Arş. Grv. Ebru GÜL

S21: Bildiri Başlığı: Yenidoğan Hakları Kapsamında Yenidoğanda Palyatif Bakım

İsimler : SEMİHA DERTLİ, EMİNE ERDEM

S22: Bildiri Başlığı: Yenidoğan Hemşirelerinin Aile Merkezli Bakım Verme Anlayışları İle Palyatif Bakım Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: SEMİHA DERTLİ, EMİNE ERDEM, ULVİYE GÜNAY, MERVE EZEN

S23: Bildiri Başlığı: 2018 Yılında Beyin Metastazı Nedeniyle Palyatif Tüm Beyin Işınlaması Yapılmış Olguların Retrospektif Analizi

İsimler: ÖZTUN TEMELLİ, HÜLYA GÜLBAŞ, FATMA AYSUN ERASLAN

S24: Bildiri Başlığı: Yenidoğanda Bradial Pleksus Yaralanması: Olgu Sunumu

İsimler: SEDEF SEVAL MEMİŞ

S25: Bildiri Başlığı: Çocuklarda Ağrı Ve Stresi Azaltma Yöntemi; Atravmatik Bakım

İsimler: ENGİN TURAN, MENSURE TURAN, KADRIYE DEMİR

S26: Bildiri Başlığı: Palyatif Dönemdeki Bireye Bakım Verme Sürecinde Aktivite Performansı, Katılım ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

İsimler: GÜLESER GÜNEY, GÖZDE ÖNAL

S27: Bildiri Başlığı: Pediatri Yoğun Bakım Servisinde Tedavi Gören Çocukların Ebeveynlerinin

Memnuniyet Düzeyleri

İsimler: LEYLA ZENGİN AYDIN, ENGİN TURAN, MENSURE TURAN

S28: Bildiri Başlığı: Çocuklarda Palyatif Bakım Uygulamalarına Genel Bir Bakış

İsimler: MENSURE TURAN, ENGİN TURAN

S29: Bildiri Başlığı: Kanserin Ruh Sağlığına Etkisi İle İlgili 2010-2019 Yılları Arası Yapılan Bilimsel Yayınların Sistemik İncelenmesi

İSİMLER: AYŞEGÜL BİLGE, CENNET SEDA ÖZÇELİK ,

S30: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Alan Kansere Hastalarında Egzersiz Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Literatür Değerlendirme Çalışması

İsimler: SEVİL OKAN, FATİH OKAN, MEDİNE KOÇ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

MAVİ SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr.Üy. Ulviye GÜNAY, Arş. Grv.Seher ÇEVİK AKTURA

S31: Palyatif bakım ihtiyaç mı, üst düzey sağlık hizmeti mi?

NAGİHAN YILDIZ ÇELTEK, UFUK ÜNLÜ, ELİF ERDOĞDU CEYLAN

S32: Bildiri Başlığı: Psikiyatri Hastalarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedaviler

İsimler: ABDURREZZAK GÜLTEKİN, AYSEL ÖZDEMİR

S33: Bildiri Başlığı: Multipl Travmalı Hastada Beslenme Durumunun Düzenlenmesi: Olgu Sunumu

isimler: ESRA FİDAN, BURCU ÇAVDAR, EMRE ADIGÜZEL

S34: Bildiri Başlığı: Antibacterial Effects Of Honey And Hypertonic Saline

İsimler: KESICI SEVGİ, DEMIRCI MEHMET

S35: Bildiri Başlığı: İleri Sağlık Direktifleri

İsimler: HATİCE PEKİNCE

S36: Bildiri Başlığı: Çocukların Stresle Baş Etme ve Egzersizle İlgili Görüşleri

İsimler: Hilal YILDIRIM

S37: Bildiri Başlığı: Yaşlı Bireylerin Yaşlanma Sürecine Katkı Sağlayacak Bazı Faktörlerin İncelenmesi

İsimler: HİLAL YILDIRIM

S38: Bildiri Başlığı: Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki

İsimler: ABDURREZZAK GÜLTEKİN, FUNDA KAVAK BUDAK

S39: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik: Palyatif Bakımda Hasta Hakları

İsimler: ŞAHİZER ERAYDIN

S40: Bildiri Başlığı: İlerlemiş Demans Hastalarına Yönelik Gerçekleştirilen Palyatif Bakım Uygulamalarında Holistik Yaklaşımlar

İsimler: ADEVİYE AYDIN, MARAL KARGIN

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Dr.Öğr.Üy. Runida DOĞAN, Dr. Didem COŞKUN

S41:Bildiri Başlığı: Pediatrik Palyatif Bakımda Terapötik Oyun

İsimler: SEMİHA DERTLİ, ELİF GÜLER, EMİNE ERDEM

S42: Bildiri Başlığı: Pediatrik Palyatif Bakım Hemşiresinin Savunuculuk Rolü

İsimler: SEMİHA DERTLİ, ELİF GÜLER

S43: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda İletişim

İsimler: FATMA KARASU, FİLİZ POLAT

S44: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık

İsimler: FATMA KARASU, FİLİZ POLAT

S45: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Manevi Destek Algısı

İsimler: ZELİHA CENGİZ, DİLEK OLMAZ, MENSURE TURAN

S46: Bildiri Başlığı: Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

İsimler: ELİF ŞEYMA GÜNEŞ

S47: Bildiri Başlığı: Yaşam Sonu Dönemde Göz Ardı Edilen İki Kavram: Palyatif Bakım ve Palyatif Bakım Üniteleri

İsimler: AYSEL ÖZDEMİR, ABDURREZZAK GÜLTEKİN

S48: Bildiri Başlığı: Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Değerlendirilmesi

İsimler: ZELİHA KORKMAZ DIŞLI, SİBEL DUMAN

S49: Bildiri Başlığı: Hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumları çalışma motivasyonlarını etkiler mi?

İsimler: SEHER ÇEVİK AKTURA, ÖZLEM SOYLU

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Burcu KAYHAN TETİK, Dr. Erman YILDIZ

S50:Bildiri Başlığı: Allojenik Kök Hücre Nakli Sonrası Bk Virüse (Bkv) Bağlı Hemorajik Sistit:
Pediatrik Hasta Olgu Sunumu

İsimler: BÜŞRA SEMA SÖNMEZ, GÜNAY KORKMAZ, BURCU ERSOY, FURKAN GÜNEŞ

S51: Bildiri Başlığı: Hemşirelik ve Ebelik Adayı Öğrencileri Palyatif Bakım Hakkında Ne
Biliyor?

İsimler: AHMET SEVEN, HAVVA SERT

S 52: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarının Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Yaşam
Kaliteleri İle İlişkisi

İsimler: ZELİHA CENGİZ, MENSURE TURAN, DİLEK OLMAZ, ÇİĞDEM ERCE

S53: Bildiri Başlığı: Kanser hastalarında kemoterapötik ilaçlar ve Deliryum arasındaki ilişki:
Uluslararası Literatürün Gözden Geçirilmesi

İsimler: AYŞE BURÇİN UYUMLU

S 54: Bildiri Başlığı: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri

İsimler: ERMAN YILDIZ, RUKUYE AYLAZ, ÖMÜR BERBER

S55: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete ve Depresyon
Düzeyleri Arasındaki İlişki

İsimler: ERMAN YILDIZ, RUKUYE AYLAZ, ÖMÜR BERBER

S56: Bildiri Başlığı: Karaciğer Transplantasyonu Olan Bireylerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük
Düzeyleri

İsimler: ERMAN YILDIZ

S57: Bildiri Başlığı: Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Hastalarda
Palyatif Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Gerekliliği

İsimler: BORA TETİK

S58: Bildiri Başlığı: Türkiyede Palyatif Bakım İle İlgili Yapılan Tezlerin Niceliği

İsimler: AHMET SEVEN

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

AMFİ-1

Oturum Başkanları: Dr. Hilal YILDIRIM, Arş. Grv. Maksude YILDIRIM

S59: Bildiri Başlığı: Hemşirelerde Palyatif Bakım Davranışları; Kendini Gerçekleştirme Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Nasıl Etkiler?

İsimler: ZELİHA CENGİZ, HİLAL YILDIRIM, SEMA KÖMÜRKARA

S60: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Aile Desteği

İsimler: DERYA BIÇAK AYIK, DERYA AKÇA, ZELİHA CENGİZ

S 61: Bildiri Başlığı: Acil Servislerde Palyatif Bakım Hizmetlerinin Önemi

İsimler: FATMA HAKYEMEZ, ZELİHA KOÇ

S 62: Bildiri Başlığı: Tuberosklerozlu Çocuk Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

İsimler: MAHMUT ASLAN

S 63: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları Ve Hemşirelerinin İyi Ölüme İlişkin Görüşleri

İsimler: TUĞBA MENEKLİ, SEVİM DOLU, ÖZLEM COŞKUN, MERVE TORUN

S 64: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Beslenme Durum Değerlendirmesi

İsimler: FUNDA DATLI YAKARYILMAZ

S 65: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Merkezinde Yatan Hastaya Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli Örneği- Olgu Sunumu

İsimler: AYŞE SOYLU, SERAP GÜNGÖR, DİLEK SOYLU, MEDET KORKMAZ

S 66: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Ünitelerinde Semptom Yönetiminin Önemi

İsimler: FATMA HAKYEMEZ, ZELİHA KOÇ

S 67: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencileri Palyatif Bakımda Manevi Desteği Önemli Buluyor Mu?

İsimler: HAMDİYE ARDA SÜRÜCÜ¹, ALTUN BAKSİ, İLKNUR ÇOBAN

S 68: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinde Yaşam Doyumu ve İyi Ölüm Algısı

İsimler: SEHER ÇEVİK AKTURA, ESİN IŞIK, ZEYNEP AYBÜKE BAŞARAN

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

AMFİ-2

Oturum Başkanları:Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN, Arş. Grv. Fatma KESKİN

S 69:Bildiri Başlığı: Ortodontide Derin Kapanışın Etyolojisi ve Nöromuskuler Sistem İle İlişkisi
İsimler: SAMET ÖZDEN, FİLİZ USLU

S 70: Bildiri Başlığı: Ortodontide Gülümseme Estetiği
İsimler: MERVE BAYEL AKGÜL, FİLİZ USLU

S 71: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakımda Tamamlayıcı Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
İsimler: SEHER ÇEVİK AKTURA, SEYHAN ÇITLIK SARITAŞ, İNANÇ ATEŞ, CANSU AVCI

S 72: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Yatan Bireylerde Ergoterapi Tedavisinin Ağrı Kontrolüne Etkisi
İsimler: GÜLESER GÜNEY, GÖZDE ÖNAL

S 73: Bildiri Başlığı: Ergoterapi ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Palyatif Bakım Farkındalıklarının Belirlenmesi
İsimler: GÖZDE ÖNAL, GÜLESER GÜNEY

S 74: Bildiri Başlığı: Terminal Dönemdeki Hastanın Cinselliği Konusundaki Engeller
İsimler: ESRA ENGİN, SERAP KARSLIOĞLU

S 75: Bildiri Başlığı: Sağlıklı Bireylerde Kansere Karşı Öncelikli Ruhsal Ve Bedensel Korunma Davranışlarının Belirlenmesi
İsimler: AYŞEGÜL BİLGE, SERAP KARSLIOĞLU

S 76: Bildiri Başlığı: Plasebo ve Palyatif Bakım
İsimler: SEHER ÇEVİK AKTURA, SEYHAN ÇITLIK SARITAŞ, CANSU AVCI

S 77: Bildiri Başlığı: Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalara İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri
İsimler: OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ, MEHMET HAMDİ ÖRÜM, MAHMUT ZABİT KARA, GAMZE ÖRÜM

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

AMFİ-3

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üy. Fatma ER, Dr. Nurdan ÇETİN

S 78: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Basi Yarasi ve Mortalite İlişkisi

İsimler: FUNDA DATLI YAKARYILMAZ

S 79: Bildiri Başlığı: Kanser Hastalarında Evde Bakım

İsimler: BERNA BAYIR

S 80: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımdaki Kanserli Bireylerin Yorgunluk Düzeyi İle Aktivite Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: GÖZDE ÖNAL, SEFA TURAN

S 81: Bildiri Başlığı: 55 Yaş ve Üzeri Evre III-IV Kronik Böbrek Hastalığı Olan Popülasyonda Abdominal Aort Anevrizması Sıklığı

İsimler: ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ, GÖKHAN NERGİZOĞLU

S 82: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ortamlarında Deliryumlu Hastaya Yaklaşım

İsimler: ARZU YILDIRIM, RABİA HACIHASANOĞLU AŞILAR

S 83: Bildiri Başlığı: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tedaviye Uyum Ve Umutsuzluk

İsimler: MARAL KARGIN, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ EREN ASLANOĞLU

S 84: Bildiri Başlığı: Hemşirelerin Palyatif Bakım Algılarının Belirlenmesi

İsimler: EMİNE AYDINALP, SEHER ÇEVİK AKTURA, GÜLSÜM YETİŞ, DÜRDANE PALABIYIK YILMAZ, GÖNÜL AKBULUT

S 85: Bildiri Başlığı: Ruhsal Bozukluklarda Palyatif Psikiyatri Ve Hemşirelik

İsimler: ARZU YILDIRIM, RABİA HACIHASANOĞLU AŞILAR

S 86: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Kanser Tanılı Hastalarımızın Değerlendirilmesi: İki Yıllık Deneyimlerimiz

İsimler: EMİN TUNÇ DEMİR, İSMAİL ARSLAN, MEHMET TURAN İNAL, DİLEK MEMİŞ

S 87: Bildiri Başlığı: Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Dürtüselliğin Akıllı Telefon Bağımlılığı Üzerine Etkisi

İsimler: VUSLAT KARA ÖLMEZTOPRAK ERDOĞMUŞ, BİRGÜL CUMURCU

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4 Ekim 2019 Cuma Sözel Bildiri Oturumu 2

16.30-17.30 Oturumları

AMFİ-4

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Sinan ASLAN, Arş. Grv. Abdurrezzak GÜLTEKİN

S 88: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Kimsesizlik Anlamına Mı Geliyor?

İsimler : AYSEL ÖZDEMİR, ABDURREZZAK GÜLTEKİN

S 89: Bildiri Başlığı: Doğum Sonu Dönemdeki Kadınlarda Eş Desteği İle Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: FATMA KESKİN, YURDAGÜL YAĞMUR, BÜŞRA DEMİRKIRAN

S 90: Bildiri Başlığı: Yumuşak Doku Sarkomu Tanısı Alan Bireyin Watson İnsan Bakım Kuramı Doğrultusunda Hemşirelik Bakımının Planlanması: Bir Olgu Sunumu

İsimler: YASEMİN ÖZYER, ZELİHA KOÇ

S 91: Bildiri Başlığı: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Multipl Skleroz Tanısıyla Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Bireyin Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: YASEMİN ÖZYER, ZELİHA KOÇ

S 92: Bildiri Başlığı: Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: NEŞE KARAKAŞ, ERKAN PEHLİVAN

S 93: Bildiri Başlığı: Ev Tipi Mekanik Ventilator İle Taburcu Edilecek Hastaların Taburculuk Süreçlerini Etkileyen Faktörler: Retrospektif Çalışma

İsimler: GAMZE KÜÇÜKOSMAN, BENGÜ GÜLHAN AYDIN, TUĞÇE ÖZTÜRK, HILAL AYOĞLU

S 94: Bildiri Başlığı: Babalarda Postpartum Depresyon

İsimler: SAADET BOYBAY KOYUNCU

S 95: Bildiri Başlığı: Emzirme ve Maternal Bağlanma

İsimler: SAADET BOYBAY KOYUNCU

S 96: Bildiri Başlığı: Konversiyon Bozukluğunda Oksitosin ve Vazopressin Düzeyleri

İsimler: BİRGÜL ELBOZAN CUMURCU, BAHAR YEŞİL ÖRNEK, ESRA PORALI

S 97: Bildiri Başlığı: Düşen Hipertansif Yaşlılarda Antihipertansif Tedaviye Yakından Bakış

İsimler HANDE SELVİ ÖZTORUN

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 3

11.00-12.00 Oturumları

MAVİ SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK, Öğr. Grv. Dr. Tuğba ÇINARLI

S98: Bildiri Başlığı: Yaşlı Hipertansif Hastalarda Sosyal Destek ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki

İsimler: SERAP PARLAR KILIÇ, NERMIN KILIÇ, CIHAT DEMİREL

S99: Bildiri Başlığı: Üveit Hastalarında Psikiyatrik Değerlendirme

İsimler: ESRA PORGALI, BİRGÜL CUMURCU, TONGABAY CUMURCU

S100: Bildiri Başlığı: Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Osteogenezis İmperfekta Tanılı Çocuğun Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: YEŞİM ERDEN KARABULUT, ELA DURDU TURAN

S101: Bildiri Başlığı: Sağlık Çalışanlarının "Palyatif Bakım" Hakkındaki Bilgi ve Tutumları

İsimler: FILİZ TAŞ, DİLEK SOYLU, AYŞE SOYLU

S102: Bildiri Başlığı: Dm ve Diyabetik Ayak Bakımına Şanlıurfa Yaklaşımı

İsimler: METİN YALÇIN

S103: Bildiri Başlığı: Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Evde Bakım Hizmetleri Tutumuna Etkisi

İsimler: EBRU GÜL, BEHİCE ERCİ, DİLAN TUNA

S104: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakımda Maneviyat İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

İsimler: ABDURREZZAK GÜLTEKİN, AYSEL ÖZDEMİR

S105: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel İyi Oluşun Hemşirelik Bakım Algısına Etkisi

İsimler: DİLEK SOYLU, ÖZLEM CEYHAN, PINAR TEKİNSOY KARTIN, AYŞE SOYLU

S106: Bildiri Başlığı: Dünya ve Türkiye'de Spiritüel Bakıma Yaklaşımları

İsimler: FİLİZ POLAT, FATMA KARASU

S 107: Bildiri Başlığı: Deliryumlu Hastaya Yaklaşım

İsimler: FİLİZ POLAT, FATMA KARASU

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 3

11.00-12.00 Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Öğr. Grv. Dr. Asuman ŞENER, Dr. Filiz POLAT

S108: Bildiri Başlığı: Yaşlı Opere Subdural Hematomlu Hastada Palyatif Bakım

İsimler: RAMAZAN PAŞAHAN

S109: Bildiri Başlığı: Yaşlı Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin Belirlenmesi

İsimler: SIDIKA ÖZLEM CENGİZHAN, KEVSER IŞIK

S110: Bildiri Başlığı: Palliative Care Problems And Needs for Care of Outpatient Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

İsimler: Anthoula Kassianou, Stylianos Katsaragakis, Margarita Giannakopoulou, Elisabeth Patiraki

S111: Bildiri Başlığı: Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin Geriatrik Değerlendirilmesi

İsimler: MEHTAP SÖNMEZ, KEVSER IŞIK

S112: Bildiri Başlığı: Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumu İle Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıbbi Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki

İsimler: BETÜL AKTAŞ, AYŞE BERİVAN BAKAN

S113: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler

İsimler: HAKİME ASLAN, MEHMET DÜNDAR

S114: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Vermeye Yönelik Deneyim Ve Tutumları

İsimler: MEHMET DÜNDAR, HAKİME ASLAN

S115: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrılı Hastada Ağrıyla Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler ve Ağrıya Yönelik Bilgi ve Davranışları

İsimler: SİNEM AYTÖP, İBRAHİM KURAN, ELİF ORAL, FATMA DOĞAN, MARAL KARGIN

S116: Bildiri Başlığı: Genital Tutulumu Olan ve Olmayan Vitiligo Tanılı Hastalarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Cinsel Disfonksiyon ve Diğer Psikiyatrik Hastalıkların Değerlendirilmesi

İSİMLER: DİDEM KISACIK, SERPİL ŞENER, BİRGÜL CUMURCU

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 3

11.00-12.00 Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Birgül CUMURCU, Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM

S117:Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi

İsimler: TURGAY KOLAÇ, GÜLSÜM YETİŞ, PERİHAN GÜRBÜZ

S118: Bildiri Başlığı: Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları

İsimler: İBRAHİM CANER DİKİCİ, MEDET KORKMAZ

S119: Bildiri Başlığı: İnmeli Hastalarda Palyatif Bakım Ve Hemşirenin Rolü

İsimler: TUĞBA MENEKLİ, ÖZLEM COŞKUN

S120: Bildiri Başlığı: Meme Kanseri Nedeni İle Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Tat Duyusu Değişikliğinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

İsimler: SEMİHA ERKOCA, MEDET KORKMAZ

S121: Bildiri Başlığı: Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Bakım Yükü

İsimler: MAKSUDE YILDIRIM, YELİZ SUNA DAĞ, M.EMİN DÜKEN, EMRİYE HİLAL YAYAN

S122: Bildiri Başlığı: Kadın Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Vericilerin Genital Hijyen Farkındalığı ve Uygulamaları: Nitel Bir Araştırma

İsimler: HATİCE OLTULUOĞLU, YURDAGÜL YAĞMUR

S123: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeylerine Göre Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumları

İsimler: LEYLA ZENGİN AYDIN, HASAN GENÇ, ZEHRA BATMAZ

S124: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Lisans Öğrencilerinde Ahlaki Duyarlılık İle Ölüm, Terminal Dönem Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: HASAN GENÇ, LEYLA ZENGİN AYDIN, ZEHRA BATMAZ

S125: Bildiri Başlığı: Canlı vericili karaciğer nakli sonrası alıcısı ölen vericilerin psikososyal sonuçları

İsimler: MUKADDER İSPİR, SEZAI YILMAZ, BİRGÜL CUMURCU

S126: Bildiri Başlığı: Pediatrik Bakım Yükünü Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

İsimler: AYŞE SÜLÜN, EMRİYE HİLAL YAYAN

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 4

13.00-14.00 Oturumları

MAVİ SALON

Oturum Başkanları: Öğr. Gör. Yasin ÇETİN, Arş. Grv. Mehmet Emin DÜKEN

S127: Bildiri Başlığı: Hemşireler Arasında Palyatif Bakım Farkındalığının Değerlendirilmesi

İsimler: ÖMER KARTAL

S128: Bildiri Başlığı: Annelerin Ek Gıdaya Geçiş Sürecindeki Uygulamaları

İsimler: EMRİYE HİLAL YAYAN, MEHMET EMİN DÜKEN, MÜRŞİDE ZENGİN

S129: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Mesleğinde Girişimcilik ve Girişimci Olabilmek

İsimler: MEHTAP ALAMAN, RUKUYE AYLAZ

S130: Bildiri Başlığı: Obezite ve Tarçının Etkileri: Sistemik Derleme

İsimler: PERİHAN GÜRBÜZ, TURGAY KOLAÇ, GÜLSÜM YETİŞ

S131: Bildiri Başlığı: Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramına Göre Tip 1 Diyabet

Tanımlı Adölesanın Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: YEŞİM ERDEN KARABULUT, ELA DURDU TURAN

S132: Bildiri Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispnenin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

İsimler: RUKUYE AYLAZ, GÜLSÜM YETİŞ, NURDAN ÇETİN

S133: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

İsimler: ÜMMÜHAN AKTÜRK, GÜLÜSTAN ŞAHİN, VELAT AKCAN

S134: Bildiri Başlığı: Abdominopelvik Radyoterapi Uygulanan Rektum ve Mide Kanseri Hastalarında Grelin Düzeyinin Vücut Kompozisyonu ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi

İsimler: HAZAN ÖZYURT, SEVGİ ÖZDEN

S135: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi

İsimler: TUĞBA ÇINARLI, ESRA DANACI, ZELİHA KOÇ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 4

13.00-14.00 Sözel Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŞIK, Arş. Grv. Gürkan ÖZDEN

S136: Bildiri Başlığı: Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi İçin Reiki Kullanımının Etkinliği

İsimler: ÇİĞDEM ERDOĞAN, TÜRKAN TURAN, BAKİYE PINAR

S137: Bildiri Başlığı: Relationship between malnutrition, disability and frailty in older adults

İsimler: GÜZİN ÇAKMAK, AHMET ÇİĞİLOĞLU

S138: Bildiri Başlığı: Gebelikte Epilepsi: Olgu Sunumu

İsimler: ÖZLEM SOYLU, GÜLÇİN NACAR

S139: Bildiri Başlığı: Effect Of Good Sleeping And Eating Habits On Quality Of Life

İsimler: GÜZİN ÇAKMAK

S140: Bildiri Başlığı: Ebe ve Hemşirelerin Doğurganlık Özellikleriyle Empatik Eğilim ve Maneviyat ve Manevi Bakım Algıları Arasındaki İlişki

İsimler: SEDA HAZAR, SİNEM AYTOP, SERMİN TİMUR TAŞHAN

S141: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ve Semptom Yönetimi

İsimler: TUĞBA ÇINARLI, ESRA DANACI, ZELİHA KOÇ

S142: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Şiddet Eğilimi, Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Bazı Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: FATMA KESKİN, YURDAGÜL YAĞMUR, CANSU AĞRALI

S143: Bildiri Başlığı: Malatya İlinde Palyatif Bakım Ünitesinde Takip Edilen Hastalarda Bası Ülseri Görülme Sıklığı ve Klinik Özellikleri

İsimler: NİHAL ALTUNIŞIK, ZELİHA KORKMAZ DIŞLI

S144: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Ölüm Kaygısı Ve Hemşirelik

İsimler: NURDAN ÇETİN

S145: Bildiri Başlığı: Topluma Dayalı Pediatrik Palyatif Bakım

İsimler: MUKADDES DEMİR ACAR, ULVİYE GÜNAY

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 4

13.00-14.00 Sözel Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Maral KARGIN, Öğr. Gör. Hatice OLTULUOĞLU

S146 Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ekibi ve Palyatif Bakım Hizmeti Veren Hemşirenin Sorumlulukları

İsimler: ZELİHA CENGİZ

S147: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerin Girişimcilik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler

İsimler: RUKUYE AYLAZ, CANSU GÜNDÜZ, AYŞE BERKTAŞ

S148: Bildiri Başlığı: Hospis Hastalarında Spiritual Gereksinimler

İsimler: ESRA ÇAVUŞOĞLU, MERAL GÜN

S149: Bildiri Başlığı: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi - Nitel Bir Çalışma

İsimler: ÜMRAN DAL YILMAZ, NURHAN BAYRAKTAR

S150: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Sağlık Okuryazarlığı

İsimler: ESRA ÇAVUŞOĞLU, BİRGÜL VURAL DOĞRU

S151: Bildiri Başlığı: Yaşlı Bireylerde Yaşamda Anlamın Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeylerine Etkisi

İsimler: EBRU GÜL, FATMA KESKİN, ELANUR VİCNELİOĞLU

S152: Bildiri Başlığı: Yaşlılarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

İsimler: GÜLSÜM YETİŞ, SEHER ÇEVİK AKTURA, EMİNE AYDINALP, GÖNÜL AKBULUT

S153: Bildiri Başlığı: Hemşirelerin Ölüme karşı tutumları ve ilişkili faktörler: Farklı iki Hastane örneği

HALİT EMİN ALICILAR, RUKUYE AYLAZ, GÜLSEN GÜNEŞ, MELTEM ÇÖL

S154: Bildiri Başlığı: Yaşam Sonu Bakım Etiği

İsimler: ASUMAN ŞENER, ZELİHA KOÇ

S155: Bildiri Başlığı: Pediatrik Palyatif Bakım

İsimler: ASUMAN ŞENER, ESRA DANACI, ZELİHA KOÇ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 5

14.45-15.45 Oturumları

MAVİ SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ, Öğr. Gör. Gülsüm YETİŞ

S156: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Bakıma Hazır Oluşluklarının Değerlendirilmesi
İsimler: ELANUR YILMAZ KARABULUTLU, GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN, SAFİYE YANMIŞ

S157: Bildiri Başlığı: Karaciğer Nakli Alıcılarının Kaygı Düzeyleri
İsimler: ERMAN YILDIZ

S158: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Sağlayan Hemşirelerin İkincil Travma Düzeyleri
İsimler: ERMAN YILDIZ

S159: Bildiri Başlığı: Hemşirelere Verilen Palyatif Bakım Eğitiminin Palyatif Bakım Bilgi Düzeyine Etkisi
İsimler: TUĞBA MENEKLİ, RUNİDA DOĞAN, ÇİĞDEM ERCE

S160: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi
İsimler GÜL DURAL, ÜMMÜHAN AKTÜRK

S161: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hemşiresinin En Sık Karşılaştığı Etik Sorunlar
İsimler: TUĞBA MENEKLİ, MERVE TORUN

S162: Bildiri Başlığı: Öğrencilerin İletişim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
İsimler: RUKUYE AYLAZ, AYDIN AVCI

S163: Bildiri Başlığı: Pediatri Hemşirelerinin Palyatif Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Zorlukların İncelenmesi
İsimler: AYŞE SÜLÜN, EMRİYE HİLAL YAYAN

S 164: Bildiri Başlığı: Yoğun Bakımda Gerçekleştirilen Palyatif Bakım Uygulamalarında Ortaya Çıkan Etik Sorunlar
İsimler: SAFİYE YANMIŞ, GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN

S 165: Bildiri Başlığı: Psikiyatri Hemşireliği ve Palyatif Bakım
İsimler: FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ, MARAL KARGIN

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 5

14.45-15.45 Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Yurdağül YAĞMUR, Dr. Öğr. Grv. Hatice PEKİNCE

S166: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Ölüm Kavramı

İsimler: GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ, DİDEM COŞKUN

S167: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü

İsimler: DİDEM COŞKUN, GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ

S168: Bildiri Başlığı: Yeni All Tanısı Almış Çocuk Ve Ailesi: Roy Adaptasyon Modeli Vaka Sunumu

İsimler AYŞE SÜLÜN, EMRİYE HİLAL YAYAN

S169: Bildiri Başlığı: Akut Miyeloid Lösemi'li Çocuk ve Ailesi: Fitzpatrik'in Ritim Kuramı Vaka Sunumu

İsimler AYŞE SÜLÜN, EMRİYE HİLAL YAYAN

S170: Bildiri Başlığı: Evde Başarısız İlaç Yönetimine Yönelik Olgu Sunumu

İsimler: SEVGİ URUÇ, AYŞE SÜLÜN

S171: Bildiri Başlığı: Karaciğer Nakli Olan Çocukların Ebeveynlerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri

İsimler: MAKSUDE YILDIRIM, YELİZ SUNA DAĞ, EMRİYE HİLAL YAYAN

S172: Bildiri Başlığı: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Manevi Destek Algıları

İsimler: HAKİME ASLAN, CANSU GÜNDÜZ, AYDIN AVCI, AYŞE BERKTAŞ

S173: Bildiri Başlığı: Birinci Basmak Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakımın Yeri

İsimler: EREN ASLANOĞLU, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ

S174: Bildiri Başlığı: Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Türkiye'deki Durum

İsimler: ABDULLAH SARMAN, ULVİYE GÜNAY

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 5

14.45-15.45 Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ, Dr. Öğr. Grv. Berna BAYIR

S175:Bildiri Başlığı: Kadınlarda Maneviyat İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: FATMA KESKİN, EBRU GÜL, HİLAL AKDAĞ

S176: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hemşirelerinin Yasal Sorumluluğu

İsimler: YASİN ÇETİN

S177: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hemşireliğinde Otantik Liderlik

İsimler: YASİN ÇETİN

S178: Bildiri Başlığı: Bakteriyel Vajinozis Tedavisinde Vajinal Probiyotiklerin Yeri

İsimler: GÜLÇİN NACAR, SERMİN TİMUR TAŞHAN

S179: Bildiri Başlığı: Bağırsak Mikrobiyotası Postpartum Depresyon İle İlişkili Midir?

İsimler: GÜLÇİN NACAR

S180: Bildiri Başlığı: Apektektomi Yapılan Gebenin Olgu Sunumu

İsimler: GÜLÇİN NACAR, SEMİHA DERTLİ

S181: Bildiri Başlığı: Küresel Bir Sağlık Sorunu Olan Kronik Hastalıklarda Palyatif Bakım ve Hemşirenin Rolü

İsimler: SERHAT YILDIRIM, PAPTAYA KARAKURT

S182: Bildiri Başlığı: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Demodex spp Dağılımı

İsimler: SERPİL ŞENER, BİRGÜL CUMURCU, ÜLKÜ KARAMAN

S183: Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedavi uyumlarına etkisi

İsimler: EDA KALKAN, FUNDA KAVAK BUDAK

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 5

14.45-15.45 Oturumları

AMFİ-1

Oturum Başkanları: Dr. Leyla ZENGİN AYDIN, Öğr. Grv. Gönül AKBULUT

S184: Bildiri Başlığı: Annelerin Postpartum Uyku Kalitesinin Maternal Bağlanma Ve Emzirmeye Etkisi

İsimler: TEKCAN SEVGİ, EMRİYE HİLAL YAYAN

S185: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Reiki Kullanımı

İsimler: ÇIĞDEM ERDOĞAN

S186: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Çocukların Ağrısının Giderilmesinde Nonfarmakolojik Yöntemler

İsimler: DİDEM ÇOŞKUN, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ, GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN

S187: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitimizde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi

İsimler: ÖKKEŞ HAKAN MİNİKSAR, AHMET AYDIN

S188: Bildiri Başlığı: Sürekli Oksijen Tedavisi İle Taburcu Edilen Bronkopulmoner Displazili Preterm Bebeklerin Uzun Dönem Sonuçları

İsimler: HÜSEYİN KAYA, İSMAİL KÜRŞAD GÖKÇE

S189: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı

İsimler: HALİT EMİN ALICILAR, GÜLSEN GÜNEŞ, RUKUYE AYLAZ

S190: Bildiri Başlığı: Kronik Alkolizme Bağlı Kardiyomiyopatinin Kardiyak Arreste Neden Olduğu Metil Alkol İntoksikasyonu: Olgu Sunumu

İsimler: MURAT BIÇAKCIOĞLU

S191: Bildiri Başlığı: Boncuktan takı yapma etkinliğinin kanserli çocukların kaygı düzeyine etkisi; Randomize kontrollü çalışma

İsimler: ULVIYE GÜNAY, AYŞE SÜLÜN, ABDULLAH SARMAN, UYGAR SALMAN

S192: Bildiri Başlığı: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişki

İsimler: TÜLAY YILDIRIM, FUNDA KAVAK BUDAK

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 6

15.45-16.45 Oturumları

MAVİ SALON

Oturum Başkanları: Arş. Grv. Gülçin NACAR, Arş. Grv. Seher ÇEVİK AKTURA

S193: Bildiri Başlığı: BARIATRİK CERRAHİ VE RUH SAĞLIĞI

İsimler: Elif ALTUN, Didar KARAKAŞ, Nermin GÜRHAN, Nurten Gülsüm BAYRAK

S194: Bildiri Başlığı: Ölüm Sürecinde Çocuk Olmak

İSİMLER: DİDEM COŞKUN, FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ, GÜLCAN BAHÇECİOĞLU TURAN

S195: Bildiri Başlığı: Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Yaşamın Anlamlandırılması ve Ölüm Kaygısı

İsimler: ZELİHA CENGİZ, HİLAL YILDIRIM, ZÜLEYHA GÜRDAP

S196: Bildiri Başlığı: Hemşireler Ölümü Konuşabiliyor Mu?

İsimler: HİLAL SEKİ ÖZ, MARAL KARGIN

S197: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Uyku Bozuklukları: Derleme Çalışması

İsimler: ERMAN YILDIZ

S198: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki

İsimler: TUĞBA MENEKLİ, RUNİDA DOĞAN, ÇİĞDEM ERCE

S199: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Dikkat Edilmesi Gereken Psikiyatrik Parametreler Nelerdir?

İsimler: ERMAN YILDIZ

S200: Bildiri Başlığı: Yenidoğan Yoğun Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Palyatif Bakım Tutumlarının İncelenmesi

İsimler: ÖZKAN KOÇ TUBA, ASLAN SİNAN

S201: Bildiri Başlığı: Üniversite Öğrencisinin Diyabete Bakışı

İsimler: RABİA SOHBET, MÜJDE KERKEZ, BÜŞRA SİMSAR, GÜLTEN ÖZDEMİR, HİLAL SABUNCU, CİHAN TAG

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 6

15.45-16.45 Oturumları

TURUNCU SALON

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR, Arş. Grv. Ayşe SÜLÜN

S202: Bildiri Başlığı: Geriatrik Hastalarda Basınç Yaraları ve Bakımda Güncel Yaklaşımlar

İsimler: ÜLKÜ SAYGILI, BİLSEV DEMİR

S203 Bildiri Başlığı: Çocuğu Karaciğer Nakli Olan Ebeveynlerin Duygu Durumları ve Yaşadıkları Güçlükler; Nitel Bir Çalışma

İsimler: HATİCE OLTULUOĞLU, MERAL ÖZKAN, ZUHAL MAHMURAT, EMİNE BAYRAKÇI

S204: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Merkezinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısı

İsimler: GÜLSÜM AŞAN, UFUK DOĞAN, PINAR SOYLAR

S205: Bildiri Başlığı: Kanserli Birey ve Ailesine Hemşirelik Bakımı ve Palyatif Bakım

İsimler: EBRU GÜL, ÜMMÜHAN AKTÜRK

S206: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Psikososyal Destek

İsimler: DERYA AKÇA, DERYA BIÇAK AYIK, ZELİHA CENGİZ

S207: Bildiri Başlığı: Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda Saygın Ölüm İlkeleri İle Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İsimler: HİLAL YILDIRIM, ZELİHA CENGİZ, ELANUR VİCNELİOĞLU

S208: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Uyku Kalitesine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi

İsimler: S. UFUK YURDALAN, RAFET UMUT ERDOĞAN, EBRU SULU, BÜŞRA NUR ER, RABİA KUM, HALİDE FULYA ULUDAĞ KIZILTEPE, ÖZLEM ORUÇ

S209: Bildiri Başlığı: Kadın Sağlığında Ayurvedanın Kullanımı

İsimler: ÇİĞDEM KARAKAYALI, SIDIKA ÖZLEM CENGİZHAN

S210: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Modelleri ve Organizasyonu

İsimler: ZELİHA CENGİZ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 6

15.45-16.45 Oturumları

PEMBE SALON

Oturum Başkanları: Dr. Vuslat Kara Ölmeztoprak Erdoğan, Arş. Grv. Mürşide ZENGİN

S211: Bildiri Başlığı: Hemodiyaliz Hastalarının Bakımında Hemşirelerin Etik Sorumlulukları

İsimler: FİLİZ TAŞ

S212: Bildiri Başlığı: Evde, Yoğun Bakımda ve Yataklı Hasta Servislerinde Takip Edilen Palyatif Bakım Hastalarında Dekübit Ülseri Görülme Sıklığının Karşılaştırılması

İsimler: EYYÜP TAŞDEMİR, ÖZGÜR DAĞLI

S213: Bildiri Başlığı: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarının Palyatif Bakıma Etkisi

İsimler: MAKSUDE YILDIRIM, YELİZ SUNA DAĞ, M.EMİN DÜKEN, EMRİYE HİLAL YAYAN

S214: Bildiri Başlığı: Hemşirelerin Ötenazi, Ölüm Ve Ölümçül Hastaya İlişkin Tutumları

İsimler: HAKİME ASLAN, AYDIN AVCI, CANSU GÜNDÜZ

S215: S8: Bildiri Başlığı: Müzik Terapisinin Hemodiyaliz Hastalarının Sağlığına Etkisi

İsimler: RUKUYE AYLAZ, SERAP PARLAR KILIÇ

S216: Bildiri Başlığı: Meme Kanseri Endişe Düzeyi İyi Ölümüne İlişkin Düşünceleri Etkiler Mi?

İsimler: GÜLÇİN NACAR, ELİF ÖZFİDAN, SERMİN TİMUR TAŞHAN

S217: Bildiri Başlığı: Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Osteogenezis İmperfekta Tanılı Çocuğun Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: YEŞİM ERDEN KARABULUT, ELA DURDU TURAN

S218: Bildiri Başlığı: Kolon Kanseri Tanısıyla Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Bireyin Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

İsimler: ZEYNEP SAĞLAM, TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN, ZELİHA KOÇ

S219: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakımda Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Müzik Terapinin Etkisi

İsimler: FUNDA ÖZDEN

S220: Bildiri Başlığı: Oral Kontraseptif Kullanımı Ve Serebral Venöz Sinüs Trombozu: Olgu Sunumu

İsimler: ÖZLEM SOYLU, GÜLÇİN NACAR

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5 Ekim 2019 Cumartesi Sözel Bildiri Oturumu 6

15.45-16.45 Sözel Oturumları

AMFİ-1

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Ümmahan AKTÜRK, Arş. Grv. Gül DURAL

S221: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarının Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Bakımının Önemi

İsimler: Cafer ÖZDEMİR¹, Ebru KARAZEYBEK², Serap PARLAR KILIÇ³, Nermin KILIÇ⁴

S222: Bildiri Başlığı: İskemik kökenli kalp yetersizliğinin tıbbi tedavisinde anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ) ile ACEİ ve anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) kombinasyon tedavisinin karşılaştırılması
İsimler: EBRU İPEK TÜRKOĞLU, HÜSEYİN BOZDEMİR, SERDAR PAYZIN

S223: Bildiri Başlığı: Aile Merkezli Bakım Ve Hemşirelik

İsimler: SEDEF SEVAL MEMİŞ

S224: Bildiri Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (Koah) Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı

İsimler: MEHMET UÇAR, RUKUYE AYLAZ

S225: Bildiri Başlığı: Hemşirelik Öğrencilerinin Duyarlılıkları İle İyi Ölüm Hakkındaki Düşünceleri

İsimler: HİLAL YILDIRIM, NESLİHAN SÖYLEMEZ, ELA KARACA, MERVE ACUN

S226: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım ve Dahili Klinikte Yatmakta Olan Yaşlı Hasta Yakınlarının Bakım Sürecinde Dini Başa Çıkma Stratejileri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İsimler: MÜJDE KERKEZ, BEHİCE ERCİ

S227: Bildiri Başlığı: Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini

Etkiliyor Mu?

İsimler: FATMA BOĞAN, MEDET KORKMAZ

S228: Bildiri Başlığı: Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Demanslı Bir Bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

İsimler: SEVAL AĞAÇDİKEN ALKAN, CANSEV BAL, ZEYNEP SAĞLAM, TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN, ZELİHA KOÇ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-2 PEDIATRİ HEMŞİRELERİNİN SPIRİTÜEL İYİ OLUŞLARININ MERHAMET
YORGUNLUKLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

INVESTİGATION OF THE EFFECT OF SPIRİTUAL WELL-BEİNG OF
PEDIATRİC NURSES ON COMPASSİON FATİGUE

Yeliz SUNA DAĞ¹, Emriye Hilal YAYAN¹, Maksudde YILDIRIM¹

¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

Özet

Amaç: Araştırmamız pediatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarına etkisinin incelemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal method: Bu çalışma 01.12.2018-01.05.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında “Hemşire Bilgi Formu”, “Merhamet Yorgunluğu Ölçeği” ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hemşirelerin %93 ‘ünün bayan, %70.2’sinin lisans mezunu, %78.9’unun evli olduğu ve %15.8’inin ölümcül hastalıkla (palyatif bakım) ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.01±6.95, meslekte çalışma yılı ortalamalarının 9.82±6.65, pediatri kliniklerinde çalışma yılı ortalamalarının 7.54±5.84 olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu toplam puanı ile spiritüel iyi oluş ölçeğinin toplam puanı ve spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutu olan doğayla uyum arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin pediatri kliniklerinde ve meslekte çalışma yılları ile spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutu olan anomi arasında da pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Pediatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarını etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: hemşire, merhamet, spiritüel iyi oluş

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of spiritual well-being of pediatric nurses on compassion fatigue.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Material method: It was determined that 93% of the nurses participating in our study were female, 70.2% were undergraduate graduates, 78.9% were married, and 15.8% received training on fatal disease (palliative care). The mean age of the nurses was 33.01 ± 6.95 , the mean of working years was 9.82 ± 6.65 , and the mean of working years in pediatrics clinics was 7.54 ± 5.84 . It was determined that there was a positive relationship between the total score of compassion fatigue and the total score of the spiritual well-being scale and harmony with nature, which is the sub-dimension of the spiritual well-being scale. It was also found that there was a positive relationship between nurses' years of working in pediatric clinics and occupations and the anomaly which is the sub-dimension of the spiritual well-being scale.

Conclusion: It was determined that the spiritual well-being of pediatric nurses affected compassion fatigue.

Keywords: nurse, compassion, spiritual well-being

GİRİŞ

Bakım verme ve bakım alma ilişkisinin bir sonucu olarak ortaya çıkan merhamet yorgunluğu, insanlara bakım veren kişilerde doğal etkilenmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Alan, 2018). Başka bir tanımla merhamet yorgunluğu, uzun bir acıya maruz kalan bireyleri tedavi etmeye çalışanların, hiç beklemedikleri bir durumda kendilerini acıya maruz kalmış halde bulmaları olarak ifade edilmektedir (Polat ve Erdem, 2017). Merhamet yorgunluğu, başka bir kişiye bakım verirken empatinin olduğu herhangi bir bakım ilişkisi içerisinde meydana gelebilir. Bu durum adli hemşirelerde, onkoloji, pediatri, yoğun bakım kliniklerinde, acil hemşirelerinde ve hospislerde çalışan hemşirelerde yaygın olarak görülmektedir (Şirin ve Yurttaş, 2015). Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşireler, hastaya bakım verme sürecinde isteksiz, sinirli, duygusal manada bunalmış ve hastalara karşı duyarsız davranışlar gösterebilmektedir (Alan, 2018). Hemşirelerin siritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluğu yaşamalarını önleyebileceği düşünülmektedir.

Moberg and Brusek (1978) siritüel iyi oluşu iki boyutlu birbirinden bağımsız bir sistem olarak tanımlamaktadırlar. Birincisi dini inanç sistemi içerisinde kendinden daha büyük bir güçle olan ilişkiyi içeren boyut, ikincisi ise hayattaki amacını ve hayatın anlamını fark etmeyi içeren boyuttur (Şirin, 2019). Kendinden büyük bir yaratıcı güce inanan ve hayatın amacını ve anlamını anlayan bir kişi duygusal ve psikolojik olarak olay ve durumlar ile daha kolay baş

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

edebilir. Bu çalışma pediatri hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarına etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, pediatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri, 01.12.2018-01.09.2019 tarihleri arasında bir İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerden toplanmıştır.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi pediatri kliniklerinde çalışan 65 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Hemşire Bilgi Formu”, “Merhamet Yorgunluğu Ölçeği” ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır.

Hemşire Bilgi Formu: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti gibi tanıtıcı özellikleri ile ilgili 8 sorudan oluşmaktadır.

Merhamet Ölçeği (MÖ): 2011 yılında Pommier tarafından geliştirilmiş, 2016 yılında ise Akdeniz ve Deniz tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 24 maddelik 5’li likert tiptedir. Sevecenlik (6,8,16 ve 24.maddeler), Umursamazlık (2,12,14 ve 18.maddeler; tersten puanlama), Paylaşımların Bilincinde Olma (11,15,17 ve 20.maddeler), Bağlantısızlık (3,5,10 ve 22.maddeler; tersten puanlama), Bilinçli Farkındalık (4,9,13 ve 21.maddeler) ve İlişki Kesme (1,7,19, ve 23.maddeler; tersten puanlama) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam merhamet puanı için tersten puanlama yapılan alt boyutları puanladıktan sonra tüm alt boyutların toplamını alınır. Alt boyutları ayrı ayrı puanlamak gerektiği durumlarda tersten puanlama yapılmaz. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.850’dir. (Akdeniz ve Deniz, 2016).

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği: Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yetişkinlerin spiritüel iyi oluşlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği 29 maddelik 5’li likert tarzda (1-Bana hiç uygun değil, 2-Bana uygun değil, 3-Bana biraz uygun, 4- Bana oldukça uygun ve 5-Bana tamamen uygun) ve üç alt boyuttan (aşkınlık, doğayla uyum ve anomi) oluşan bir ölçektir. Ölçekten en az 29, en çok 145 puan alınmaktadır. (Ekşi ve Kardaş,2017)

BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin bazı sosyo demografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	53	93
	Erkek	4	7
Medeni durum	Evli	46	80.7
	Bekar	11	19.3
Eğitim durumu	Ön lisans	4	7
	Lisans	40	70.2
	Yüksek lisans	10	17.5
	Diğer	3	5.3
Ölümcül hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	Evet	9	15.8
	Hayır	48	84.2
		Mean ± Sd	
Yaş		33.01±6.95	
Meslekte çalışma yılı		9.82±6.65	
Pediatri kliniğinde çalışma yılı		7.54±5.84	

Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun kadın (%93), evli (%80.7), lisans mezunu (%70.2) olduğu ve ölümcül hastalıkla ilgili eğitim almadıkları (%84.2) görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.01±6.95, meslekte çalışma yılı ortalamalarının 9.82±6.65 ve pediatri kliniğinde çalışma yılı ortalamalarının 7.54±5.84 olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1)

Tablo 2. Merhamet yorgunluğu ve spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamaları

	Mean ± Sd
Merhamet yorgunluğu ölçeği toplam	97.49±12.26
Spiritüel iyi oluş ölçeği toplam	119.26±15.25
Aşkınlık	63.33±12.45
Doğayla uyum	30.21±4.29
Anomi	25.71±5.70

Hemşirelerin ölçek puan ortalamaları incelendiğinde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği puan ortalamaları 97.49±12.26, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları 119.26±15.25, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” alt boyutlarının puan ortalamaları ise “Aşkınlık” alt boyutu için 63.33±12.45, “Doğayla uyum” alt boyutu için 30.21±4.29 ve “Anomi” alt boyutu için 25.71±5.70 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 2)

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Hemşirelerin bazı sosyo demografik özellikleri ve merhamet yorgunluğu ölçeği ile spiritüel iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki

		Merhamet yorgunluğu toplam	Meslekte çalışma yılı	Pedatri kliniğinde çalışma yılı
Spiritüel iyi oluş toplam		0.435**	-0.059	-0.047
		0.001	0.662	0.730
Aşkınlık		0.240	-0.201	-0.233
		0.072	0.133	0.081
Doğayla uyum		0.555**	-0.003	0.012
		0.000	0.982	0.931
Anomi		0.221	0.284*	0.376**
		0.098	0.032	0.004

Yapılan korelasyon analizinde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasında pozitif yönlü düşük düzeyde, doğayla uyum ile arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Anomi ile meslekte çalışma yılı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde, pediatri kliniğinde çalışma yılı ile arasında ise pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 3)

TARTIŞMA

Pedatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızda ölçeklerden ve alt boyutlarından alınan toplam puanlar hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda hemşirelerin “Merhamet Yorgunluğu Ölçeği” toplam puanları 97.49 ± 12.26 olarak hesaplanmıştır. Karadağ Arlı ve Bakan ise çalışmalarında Merhamet Yorgunluğu Ölçeği toplam puanını 98.34 ± 13.75 olarak hesaplamışlardır (Karadağ Arlı ve Bakan, 2018). Çalışmamızda hemşirelerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları 119.26 ± 15.25 , “Aşkınlık” alt boyutu toplam puanları 63.33 ± 12.45 , “Doğayla uyum” alt boyutu toplam puanları 30.21 ± 4.29 , “Anomi” alt boyutu toplam puanları ise 25.71 ± 5.70 olarak hesaplanmıştır. Şirin çalışmasında Spiritüel İyi Oluş Ölçeği “Aşkınlık” alt boyutu toplam puanını 66.23 ± 10.24 , “Doğayla uyum” alt boyutu toplam puanını 31.11 ± 4.16 , “anomi” alt boyutu toplam puanını 16.25 ± 4.12 ve Spiritüel İyi oluş Ölçeği toplam puanını ise 123.34 ± 12.93 olarak hesaplamıştır (Şirin, 2019). Keçeci çalışmasında Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanını 120.71 ± 10.83 olarak hesaplamıştır (Keçeci, 2018).

Kendinden büyük bir yaratıcı güce inanan ve hayatın amacını ve anlamını anlayan bir kişi duygusal ve psikolojik olarak olay ve durumlar ile daha kolay baş edebilir. Bu nedenle

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

spiritüel iyi oluş arttıkça merhamet yorgunluğunun azalacağı düşünülmektedir. Ancak çalışmamızda “Merhamet Yorgunluğu Ölçeği” ile “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Alan H. Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2018; 5(2): 141-146.
2. Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;1(26): 291-312.
3. Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik bakımının bedeli: Merhamet yorgunluğu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8(2); 123-130.
4. Şirin T. Evli çiftlerin spiritüel iyi oluşları ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. Ekev Akademi Dergisi. 2019; 77: 389-410.
5. Akdeniz S, Deniz ME. Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being. 2016; 4(1): 50-61.
6. Ekşi H, Karadaş S. Spiritual Well-Being: Scale development and validation. Spiritual Psychology And Counseling. 2017; 2(1): 73-88.
7. Karadağ Arlı S, Bakan AB. An investigation of the relationship between intercultural sensitivity and compassion in nurses. International Journal of Intercultural Relations. 2018; 63: 38-42.
8. Keçeci B. Evli Kadınların Psikolojik İstismar Profillerinin Toplumsal Cinsiyet Algıları ve Spiritüel İyi Oluşları Açısından İncelenmesi (Yüksek Lisans). İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2018.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-3 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMU

THE ATTITUDE OF NURSING STUDENTS TO CARE TO A DEAD INDIVIDUAL

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan ÇITLIK SARITAŞ², Büşra BULUT³, Elif ÖZFİDAN³

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Arş. Gör

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Dr. Öğrt. Üyesi

³İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ölmek üzere olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 275 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği” kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum), bağımsız gruplarda t testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %55.3'ünün kız, %35.6'sının dördüncü sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 21.61 ± 1.82 olduğu bulundu. Öğrencilerin %63.3'ü palyatif bakım ile ilgili bilgi sahibi olduklarını, %45.8'i bu bilgiyi okuldaki eğitim müfredatından edindiklerini, %74.2'si palyatif bakım deneyimlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin; yaklaşık yarısının (%51,6) palyatif bakım vermek istedikleri ve %71.6'sının palyatif bakımın gerekli olduğunu düşündüğü tespit edildi. Bu araştırmada, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 82.50 ± 9.58 (min-maks: 50-123) olarak bulundu. Öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; kabul edici yaklaşım (24.01 ± 4.02), ölümden kaçınma (17.48 ± 2.83), ölümü kabullenememe (14.86 ± 2.48), tarafsız kabullenme (13.79 ± 2.67) ve ölüm korkusu (12.35 ± 3.32) şeklindedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu görüldü. Palyatif bakımın gerekliliğini düşünmelerine rağmen, palyatif bakım vermeyi isteme konusunda kararsız olan yada bakım vermek istemeyen öğrenciler azımsanmayacak orandadır. Palyatif bakımla ilgili ve ölüm kavramına yönelik olumlu tutumun artırılması adına eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: ölüme ilişkin tutum, ölmekte olan bireye bakım, palyatif bakım, hemşirelik öğrencileri

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the attitudes of nursing students towards caring for the dying individual.

Method: The population of the study consisted of 1209 students enrolled in Inonu University Faculty of Nursing and actively studying in the 2018-2019 academic year. The sample of the study consisted of 275 students with the power of 0.05 error, 0.95 confidence interval and 0.95 representation power of the universe. In the study, “Student Presentation Form” and “Attitude Scale for Care of Frommelt Dying Individual FAT prepared by the researchers were used. Descriptive statistics (number, percentage, mean, minimum, maximum) were used for statistical analysis of data, t test for independent groups and Kruskal Wallis test were used.

Results: The students; It was found that 55.3% were girls and 35.6% were in the fourth grade and the mean age was 21.61 ± 1.82 . 63.3% of the students had knowledge about palliative care, 45.8% of them had obtained this information from the education curriculum at school, 74.2% stated that they did not have palliative care experiences. students; It was found that approximately half (51.6%) of them wanted to give palliative care and 71.6% thought that palliative care was necessary. In the present study, the total mean score of the Attitude Scale for Caring for the Frommelt Dying Individual was 82.50 ± 9.58 (min-max: 50-123). The mean scores of the students from the sub-dimensions of the scale were as follows; accepting approach (24.01 ± 4.02), avoidance of death (17.48 ± 2.83), inability to accept death (14.86 ± 2.48), neutral acceptance (13.79 ± 2.67) and fear of death (12.35 ± 3.32).

Conclusion: Attitudes of nursing students about caring for the dying individual were found to be moderately positive. Although they consider the necessity of palliative care, there is a considerable proportion of students who are undecided or want to give palliative care. It may

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

be suggested to organize training programs in order to increase the positive attitude towards palliative care and the concept of death.

GİRİŞ

Ölüm ve ölmek gündelik yaşamda üzerinde pek konuşulan konular değildir. Ölüm konusunun tabu bir konu gibi görülmesi negatif duygular uyandırması sebebiyle, geçmiş zamanlara bakıldığında hemşireler ölmekte olan hastalara ve ailelerine nasıl bakım verecekleri konusunda yeterince eğitim almamışlardır¹. Dünyada artan tıbbi gelişmeler ve hayat şartlarındaki iyileşmeler sonucunda kronik ve ölümcül hastalıklarla yaşanan süre, sağlıktan sapan durumlarda doktora başvurma durumları ve bütün ölümler arasında hastanede gerçekleşen ölüm oranı giderek artmaktadır. Ölmekte olan hastaların bakımı, hemşirelik mesleğinin en zor ve karmaşık yanlarından biridir. Şüphesiz ölüm gerçeği ile karşılaşmak hem hasta ve ailesi, hemde sağlık çalışanları için travmatik olabilmektedir. Bu nedenlerle, hemşirelerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı ve bu hastalara bakım hizmeti verme süresi de artmaktadır. Hasta ölümleri hemşireler için stres kaynağı oluşturabilir buda bakım kalitesinin düşmesine sebep olabilir². Ölümcül hastalarda tedavi ve invaziv girişimlerden çok bakım ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte hastaların manevi, bütüncül, aile merkezli ve bireysel bakım alması son derece önemlidir. Kendi duygularının farkında olmayan hemşireler hastalara yardımcı olabilme açısından istedikleri kadar başarılı olamayabilirler. Bu nedenle hemşirelerin önce kendi duygularını ve ölüme karşı tutumlarını fark etmeleri gerekir. Hemşirelik öğrencileri ise yaşam boyu bakım konusunda ayırt edici olmadıklarını ve üstün bir bakımın nasıl yapılacağı konusunda emin olmadıklarını dile getirmişlerdir³. Hemşirelik eğitimi sırasında ölüm olgusunu derslerde ele almakta ve klinikle ölüm olguları ile karşılaşmaktadırlar. Çoğu zaman ölüm karşısında çaresizlik, yetersizlik, öfke, sıkıntı, suçlama gibi duygular yaşamaktadırlar. Hemşirelik öğrencilerinin ölüm karşısındaki tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bir çok çalışmada da; öğrencilerin bakım verirken yetersizlik, anksiyete gibi duygular yaşadıkları ve ölüm eğitimi alan öğrencilerin daha olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür. Akut bir tıbbi birimdeki hemşireler, beklenmedik bir anda ani ölüm yaşayan hastaların aile üyelerine karşı çaresizlik hissi yaşadıklarını ve onları desteklemekte yetersiz kaldıklarını bildirmişlerdir⁴. Acemi hemşireler, beklenmedik bir anda hasta ölümü meydana geldiğinde, çaresizlik ve suçluluk gibi olumsuz duyguların artmasıyla birlikte zayıflık hissi oluşabilecektir². Beklendik veya beklenmedik

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ölüm olaylarına karşı hemşireleri hazırlamak hemşirelerin ölüm olayları ile daha kolay başa çıkmalarını sağlar². Aynı zamanda bu süreci yaşayan hasta ve ailesinin duygusal ve fiziksel bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmalı, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için kendi duygularını tanımalıdır⁵. Hemşirelik öğrencilerinin ölümle ilişkin duygularının ve ölmekte olan bireye ilişkin tutumlarının farkında olmaları, ölüm olgusu ile karşılaştıklarında nasıl davranacakları konusunda daha profesyonel olmalarını, olumsuz duygular yaşamamalarını, etkili başa çıkma düzenekleri geliştirebilmelerini ve olayı etkin yönetmelerini sağlayacaktır. Hemşirelerin ölüme ilişkin pozitif/olumlu tutumları eğitim ve deneyimle gelişmektedir⁶. Geleceğin sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye yönelik tutumlarının belirlenmesi bakım kalitesinin artmasında önemli rol oynayacaktır. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları bilinirse, bu tutumları değiştirme ya da olumlu tutum kazandırmaya yönelik eğitimsel girişimler yapılabilir. Aynı zamanda ölmekte olan bireye yönelik tutumların eğitimle geliştirilmesi ve öğrencilerin konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanacaktır. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumunu belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılgı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 275 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Tanıtım Formu, "Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)" kullanıldı.

Kişisel Tanıtım Formu; Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve palyatif bakıma ilişkin fikirlerini sorgulayan toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD); 30 maddeden oluşan FATCOD, 1988 yılında Katherine H.Murray Frommelt tarafından geliştirilmiştir. Ölçek pozitif/olumlu ve negatif/olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler içermektedir. Ölçek 5' li likert tiptedir ve 1-kesinlikle katılmıyorum ve 5- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında, toplam puan negatif tutumları

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

içeren maddeler tersine çevrilip pozitif yanıtlarla birlikte toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasındadır ve alınan puanın artması olumlu tutumun arttığını göstermektedir. 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları; ölüm korkusu, ölümden kaçınma, tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım ve ölümü kabullenememe şeklindedir. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik-güvenirliği 2013 yılında Çevik ve Kav tarafından yapılmış olup, Cronbach alpha değeri 0.73’tür⁷. Araştırmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.65 olarak bulundu.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilecek olup verilerin istatistiksel analizlerinde tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum), bağımsız gruplarda t testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri

	Sayı(n)	%	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	275		21.6±1.8
Cinsiyet			
Kadın	152	55.3	
Erkek	123	44.7	
Sınıf			
Birinci	24	8.7	
İkinci	89	32.3	
Üçüncü	64	23.3	
Dördüncü	98	35.6	
Palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip olma durumu			
Evet	174	63.3	
Hayır	101	36.7	
Palyatif bakım ile ilgili bilgiyi nereden edindiği			
İnternet/Sosyal medya	36	20	
Kitap/Dergi	18	10	
Ders/Okul	126	70	
Palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünme durumu			
Evet	197	71.6	
Hayır	14	5.1	
Kararsız	64	23.3	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Daha önce Palyatif bakım verme durumu		
Evet	71	25.8
Hayır	204	74.2
Palyatif Bakım vermeyi isteme durumu		
Evet	142	51.6
Hayır	34	12.4
Kararsız	99	36

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %55.3'ünün kadın, %35.6'sının dördüncü sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 21.61 ± 1.82 olduğu bulundu. Öğrencilerin %63.3'ü palyatif bakım ile ilgili bilgi sahibi olduklarını, %70'i bu bilgiyi okuldaki eğitim müfredatından, %20'si ise internette edindiklerini, %74.2'si palyatif bakım deneyimlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin; yaklaşık yarısının (%51,6) palyatif bakım vermek istedikleri, üçte birinin ise kararsız oldukları ve %71.6'sının palyatif bakımın gerekli olduğunu düşündüğü tespit edildi.

Tablo 2. Öğrencilerin FATCOD puan ortalamaları

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$	Alınan Min.-Max. Puanlar
FATCOD	82.5±9.5	50-123
Ölüm korkusu	12.3±3.3	6-24
Ölümden kaçınma	17.4±2.8	6-24
Tarafsız kabullenme	13.7±2.6	5-21
Kabul edici yaklaşım	24±4	13-57
Ölümü kabullenememe	14.8±2.4	7-23

Araştırmada öğrencilerin FATCOD ölçek ortalamalarının 82.5 ± 9.5 , ölüm korkusu alt boyutunun 12.3 ± 3.3 , ölümden kaçınma alt boyutunun 17.4 ± 2.8 , tarafsız kabullenme alt boyutunun 13.7 ± 2.6 , kabul edici yaklaşım alt boyutunun 24 ± 4 , ölümü kabullenememe alt boyutunun 14.8 ± 2.4 olduğu bulundu. Aynı zamanda öğrencilerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu görüldü.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre FATCOD puan ortalamalarının karşılaştırılması

	FATCOD	Ölüm korkusu	Ölümden kaçınma	Tarafsız kabullenme	Kabul edici yaklaşım	Ölümü kabulleneme
Cinsiyet						
Kadın	80.7±9.3	11.9±3.3	17.4±2.6	13.2±2.5	23.5±3.2	14.6±2.3
Erkek	84.6±9.5	12.8±3.2	17.5±3	14.4±2.6	24.6±4.7	15.1±2.5
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=-3.404 p=0.001	t=-2.253 p=0.025	t=-0.506 p=0.614	t=-3.573 p=0.000	t=-2.257 p=0.025	t=-1.775 p=0.077
Sınıf						
Birinci	82.8±8.9	11.8±2.3	18.4±2	13.6±2	24.2±3.6	14.7±2.9
İkinci	82±8.4	12.2±3.1	17.7±2.4	13.5±2.7	23.6±3.6	14.8±2
Üçüncü	83.1±10	12.3±3.1	17.5±2.8	13.8±2.7	24.3±3.4	15±2.9
Dördüncü	82.5±9.5	12.6±3.8	16.9±3.1	14±2.6	24±4.7	14.8±2.3
İstatistiksel test ve anlamlılık	KW=0.187 p=0.905	KW=0.485 p=0.693	KW=2.362 p=0.072	KW=0.622 p=0.601	KW=0.407 p=0.748	KW=0.152 ⁵³ p=0.929
Palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip olma durumu						
Evet	80.5±9.2	11.8±3.3	17.5±2.8	13.6±2.6	23±3.3	14.5±2.4
Hayır	85.8±9.3	13.2±3.1	17.3±2.8	14.1±2.7	25.6±4.5	15.3±2.4
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=-4.5 p=0.000	t=-3.713 p=0.000	t=0.464 p=0.643	t=-1.478 p=0.141	t=-5.091 p=0.000	t=-2.455 p=0.015
Palyatif bakım ile ilgili bilgiyi nerden edindiği						
İnternet/Sosyal medya	83.3±8.8	12.5±3.8	18±2.5	13.5±2.4	24±3.1	15.1±2.5
Kitap/Dergi	79±7.8	11.3±2.9	17±2.2	12.7±2.5	23.6±3.2	14.3±2.6
Ders/Okul	80.2±9.1	11.7±3.2	17.4±2.9	13.6±2.6	22.8±3.3	14.4±2.4
İstatistiksel test ve anlamlılık	KW=2.019 p=0.136	KW=1.129 p=0.326	KW=0.876 p=0.418	KW=0.907 p=0.405	KW=1.849 p=0.16	KW=1.428 p=0.243

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu

düşünme durumu

Evet	80.8±9.1	11.7±3.2	17.5±2.8	13.5±2.7	23.2±3.3	14.6±2.3
Hayır	91.7±12.7	14.5±2.9	17.8±2.7	14.5±2.1	29±8.5	15.6±3.3
Kararsız	85.6±8	13.6±3	17.1±2.8	14.2±2.6	25.2±3.2	15.3±2.5
İstatistiksel test ve anlamlılık	KW=23.024 p=0.000	KW=25.121 p=0.000	KW=1.469 p=0.48	KW=6.146 p=0.046	KW=28.611 p=0.000	KW=5.541 p=0.063

Daha önce Palyatif bakım verme durumu

Evet	79.4±10	11.7±3.7	17.1±3.3	13.3±2.8	22.7±3.3	14.4±2.6
Hayır	83.5±9.1	12.5±3.1	17.6±2.6	13.9±2.6	24.4±4.1	15±2.4
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=-2.991 p=0.003	t=-1.616 p=0.109	t=1.129 p=0.262	t=-1.4 p=0.164	t=-3.421 p=0.001	t=-1.516 p=0.132

Palyatif Bakım vermeyi isteme durumu

Evet	79.5±8.8	11.4±3.1	17.4±2.8	13.2±2.7	22.9±3.4	14.4±2.3
Hayır	89.9±10.2	14.6±3.4	17.3±2.6	15.3±2	26.2±6.5	16.3±2.1
Kararsız	84.2±8.6	12.9±2.9	17.6±2.8	14±2.5	24.7±3.1	14.9±2.6
İstatistiksel test ve anlamlılık	F=21.702 p=0.000	F=17.092 p=0.000	F=0.184 p=0.832	F=9.375 p=0.000	F=12.494 p=0.000	F=12.494 p=0.000

Araştırmada erkeklerin FATCOD, ölüm korkusu alt boyutu ve kabul edici yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının kadınlardan önemli düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Öğrencilerin okudukları sınıfa göre FATCOD ölçek ortalamaları ve alt boyutları arasındaki farkın önemli olmadığı görüldü ($p>0.05$). Araştırmada palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip olma durumu FATCOD ve ölüm korkusu, kabul edici yaklaşım ve ölümü kabullenememe alt boyut ortalamaları arasında gruplar arasında önemli fark bulundu ($p<0.05$). Öğrencilerin, palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünme durumuna, daha önce Palyatif bakım verme durumu ve palyatif bakım vermeyi isteme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Daha önce Palyatif bakım vermeyen öğrencilerin kabul edici yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının bakım verenlere göre daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.05$). Çalışmada palyatif bakım vermeyi istemeyen öğrencilerin ölüm korkusu alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre önemli düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırmada öğrencilerin palyatif bakım ile ilgili bilgiyi edindiği yere göre gruplar arasında önemli fark olmadığı görüldü ($p>0.05$).

SONUÇ

Araştırma sonucunda öğrencilerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu bulundu. Cinsiyet, palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip olma durumu, palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünme durumu, daha önce palyatif bakım verme durumu ve palyatif bakım vermeyi isteme durumunun öğrencilerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkilediği bulundu. Bu bağlamda hemşirelik lisans öğrencilerine palyatif bakım ve ölmekte olan bireye bakım konusunda eğitim verilmesi, hemşirelik öğrencilerinin ölüme ilişkin duygularını fark etmelerinin sağlanması, ölüme ilişkin tutum konusunda farkındalıklarının artırılması, staj sürecinde mümkünse palyatif bakım vermelerinin sağlanması, ayrıca çalışmanın daha geniş ve farklı gruplarla yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Allchin L. Caring for the dying: Nursing student perspectives. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006, 8; 112-17.
2. Anderson NE, Kent B, & Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International journal of nursing studies* 2015, 52; 695-704.
3. Gillan PC, van der Riet P, Jeong S. Australian nursing students' stories of end-of-life care simulation. *Nursing & health sciences* 2016, 18, 64-9.
4. Mak YW, Lim Chiang VC, Chui, WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International journal of palliative nursing* 2013, 19; 423-31.
5. Lippe MP, Becker H. Improving attitudes and perceived competence in caring for dying patients: an end-of-life simulation. *Nursing education perspectives* 2015, 36; 372-78.
6. Fabro K, Schaffer M, Scharton J. The development, implementation, and evaluation of an end-of-life simulation experience for baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives* 2014, 35; 19-25.
7. Çevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing* 2013, 36; 58-65.

S-5 DİYABET VE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ BELİRLEYİCİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE DETERMINANTS IN DIABETES AND CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS

Tansel Bekiroğlu Ergün¹, Mehtap Omaç Sönmez², Mine Akben³

¹Ebelik bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

² Halk Sağlığı Hemşireliği AB Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

³ Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği AB Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Özet

Kronik böbrek yetmezliği ve diyabet neden olduğu morbidite ve mortalitenin boyutları açısından tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunlarından. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklarda tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda hastaların yaşam kalitesinin belirleyicileri önem kazanmaktadır. Bu çalışma arttığı diyabet ve kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmaya örneklem seçilmeden Eylül-Aralık 2009 tarihleri arasında dahiliye servisine KBY ve diyabet tanısı ile yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya 65 KBY ve 65 diyabet hastası dâhil edilmiştir. Hastaların %64.6' sı kadındır, 23.8' i 46-55 yaşları arasındadır. Hastaların %52.3' ü okuryazar değil, %82.3' ü vasıfsız işçi olarak çalıştığını bildirmiştir. Hastaların %78.5'i kuvvet gerektiren faaliyetlerde, %47.7'si orta zorlukta faaliyetlerde, %49.2' si çarşı Pazar torbalarını taşımada, %51.5' i merdiven çıkarken, %36.2' si eğilirken yere diz çökerken, %56.2' si bir kilometreden fazla yürüdüğünde, %36.2' si birkaç yüz metre yürüdüğünde oldukça kısıtlama yaşadığını bildirmiştir. Hastaların dörtte biri duygusal yaşadıkları problemlerin sosyal faaliyetlerini etkilediğini %32.3' ünün hafif düzeyde ağrı hissettiklerini ve ağrının işlerine engel olmadığını söyleyen hastalar %27.7' i oluşturmaktaydı. Hastaların emosyonel durumlarına bakınca epeyce hayat dolu hisseden hastalar %20.8, arada sırada sinirlilik durumu %33.1, hiçbir zaman sakin huzurlu hissetmedim diyenler %30 olarak

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

belirlenmiştir. Araştırmada KBY hastalarının çoğunluğu fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yaşam kalitelerinin etkilendiğini belirtirken, Diyabet tanılı hastalarda emosyonel durum nedeniyle yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. Hastaların bedensel ve emosyonel durumlarını iyileştirmeye yönelik bakım faaliyetlerinin artırılması, Hastaların emosyonel durumlarını arttıracak faaliyetlerle katılmalarını desteklemek, Motivasyonları yüksek hastalarla bir araya gelmelerini sağlamak yaşam kalitelerini yükselteceği gibi hastalıkla baş etme güçlerini de arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: *Diyabet, Kronik böbrek Yetmezliği, Yaşam Kalitesi*

Abstract

With regard to the extent of morbidity and mortality they cause, chronic kidney failure (CKF) and diabetes mellitus (DM) are one of the public health problems in our country as in the whole world. As well as in the entire world, it has been aimed to prove the treatment and care procedures in chronic diseases, to increase patients' quality of life, and to decrease the health costs in our country. In this respect, determinants of patients' quality of life gain importance. The present study was conducted so as to evaluate the determinants of quality of life in patients with CKF associated with increasing DM. The investigation is cross-sectional and definitive. As for sampling, patients diagnosed with CKF (n=65) and DM (n=65), hospitalized in internal diseases service and volunteered to participate in the study, were included in the study during September-December 2009. Of those patients, 64.6% were female and 23.8% of them were within the age range of 46-55. 52.3% and 82.3% of the patients declared that they are illiterate and unqualified workers, respectively. Patients reported that they experience considerable limitations regarding activities that necessitate power (78.5%), are moderately difficult (47.7%) and that relate to carrying bazaar bags (49.2%), ladder ascending (51.5%), bending and kneeling (36.2%) and walking more than a few hundred meters (36.2%) or 1 kilometer (56.2%). One fourth of the patients told that emotional problems they experience affect their social activities and 32.3% told that they feel mild pain. The ratio of the patients who indicated that pain does not frustrate their works, was 27.7%. In relation to emotional condition of patients, those who feel quite vivacious were 20.8%, occasional irritability occurred in 33.1% of them and 30% said that they never feel still and patient. In the study, most of the patients with CKF stated that their quality of life is influenced because of the physical insufficiency and it was determined that quality of life decreased due to emotional

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

conditions in patients diagnosed with DM. Improving nursing activities regarding physical and emotional states of the patients, supporting the attendance to the activities that could ameliorate patients' emotional condition and promoting the gathering with highly motivated patients, will not only increase quality of life but also help patients to cope with the disease.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Chronic Kidney Failure, Quality of Life*

GİRİŞ VE AMAÇ

Teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler hastalık örüntülerinde de değişikliğe neden olmuş enfeksiyon hastalıkları yerini kronik hastalıklara bırakmıştır (1). Akut hastalıklardan kronik hastalıklara gerçekleşen bu geçişte genellikle kronik hastalığı olan hastaların aktif katılımı olmaksızın akut sorunlara, hızlı ve kısa vadeli çözümlere odaklanan sağlık hizmetleri zamanla yetersiz kalmış ve hastaların kendi kendine yönetim yeteneklerini arttırmaya yönelik uygulamalara gereksinim duyulmaya başlanmıştır (2). Kronik böbrek yetmezliği ve diyabet neden olduğu morbidite ve mortalitenin boyutları açısından tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunlarından. “Toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak ve insanların psikososyal iyilik halini iyileştirerek yaşam kalitesini yükseltmek” Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (3)

Dünyada her geçen gün sayılarının arttığı diyabet ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastaları hayatları boyunca yaşam kalitesini olumsuz etkileyen travmatik bir süreçten geçerler. Diyabet hastaları sürekli insülin, oral antidiyabetik ve diyet tedavileri uygulamak zorunda kalmakta ve ciddi komplikasyonlarla baş etmek durumundadırlar. Kronik böbrek yetmezliği hastaları ise diyet, bir dizi ilaç tedavilerinin yanı sıra diyaliz, böbrek transplantasyonu gibi tedavilere de ihtiyaç duyarlar. Uzun soluklu bu hastalıklarda ağır tedavi süreçleri, hastaneye yatışlar hasta bireylerin yaşam kalitelerini etkilemekte ve sağlık ekonomisine de ekstra yükler getirmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklarda tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda hastaların yaşam kalitesinin belirleyicileri önem kazanmaktadır. Bu çalışma arttığı diyabet ve kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

YÖNTEM

Araştırma kesitsel tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmaya örneklem seçilmeden Eylül-Aralık 2009 tarihleri arasında dahiliye servisi ve diyaliz merkezinde KBY ve diyabet tanısı ile yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya 65 KBY ve 65 diyabet hastası dâhil edilmiştir. Araştırma verileri literatür tarandıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanmış ve hastaların sosyo demografik özellikleri, sağlıkta değişim algısı ve yaşam kalitesi ölçeğini içeren 40 soruluk bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurum ve hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler SPSS25.0 programında analiz edilmiştir. Sayı, frekans, ortalama olarak sunulan veriler ki-kare bağımsız t testi ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında %0.05 hata payı ile $p < 0.05$ olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların %64.6' sını kadındır, %23.8' i 46-55 yaşları arasındadır. Hastaların %52.3' ü okuryazar değil, %82.3' ü vasıfsız işçi olarak çalıştığını bildirmiştir. Hastaların %78.5' i evli ve tamamına yakını sosyal güvencesi mevcuttur. Hastaların %76.9' u kasabada yaşamaktadır. Hastaların %22.7' si 10 yıldan fazla süredir KBY ve diyabet tanısı konulmuşken %17.7' sinin ise bir yıldan daha az süredir tanısı konulmuştur. Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna hastaların %39.2' si fena değil derken, geçen yıla göre sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna %46.9' u bir yıl öncesine göre daha kötü olarak belirtmiştir. Hastaların %78.5' i kuvvet gerektiren faaliyetlerde, %47.7' si orta zorlukta faaliyetlerde, %49.2' si çarşı Pazar torbalarını taşımada, %51.5' i merdiven çıkarken, %36.2' si eğilirken yere diz çökerken, %56.2' si bir kilometreden fazla yürüdüğünde, %36.2' si birkaç yüz metre yürüdüğünde oldukça kısıtlama yaşadığını bildirmiştir. Hastaların çoğunluğu iş ve işle ilgili uğraşlarda kısıtlama yaşadıklarını bildirmişlerdir. İlâveten iş dışı uğraşlarla ilgili olarak da bedensel olarak kısıtlama yaşadıklarını bildirmişlerdir. Hastaların dörtte biri duygusal yaşadıkları problemlerin sosyal faaliyetlerini etkilediğini %32.3' ünün hafif düzeyde ağrı hissettiklerini ve ağrının işlerine engel olmadığını söyleyen hastalar %27.7' i oluşturmaktaydı. Hastaların emosyonel durumlarına bakınca epeyce hayat dolu hisseden hastalar %20.8, arada sırada sinirlilik durumu %33.1, hiçbir zaman sakin huzurlu hissetmedim diyenler %30 olarak belirlenmiştir. hastaların üçte birine yakını arada sırada bitkin, yorgun, mutsuz ve kederli

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

olduklarını bildirmişlerdir. Yine hastaların üçte biri duygusal ve bedensel sağlık problemlerinin sosyal faaliyetlerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

KBY ve diyabet hasta grupları karşılaştırıldığında anlamlı olarak KBY hastalarının daha yaşlı, çoğunluğunun okur yazar olmadığı ve evli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Genel sağlık algılarına bakıldığında diyabet hastaları sağlık durumlarını KBY hastalarına göre daha iyi değerlendirmişlerdir ($X^2=16.458$ $p=0.002$). Bir önceki yıla göre karşılaştırmalarında yine KBY hastaları sağlık durumlarının daha kötüye gittiğini çoğunlukla bildirmişlerdir ($X^2=15.499$ $p=0.004$).

Hastaların bedensel durumlarının yapabildikleri fiziksel faaliyetleri “her zaman, biraz, hiç” olarak 3 lü likert değerlendirilmesi istenmiş ve anlamlı bulgular tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların bazı faaliyetlerde oldukça kısıtlanma durumlarının karşılaştırılması

Fiziksel Faaliyetler	Grup 1 (KBY)		Grup 2 (Diyabet)		X ² /p
	n	%	n	%	
Kuvvet gerektiren faaliyetler	4	4	58	56	13.875/0.001
Çarşı Pazar torbalarını taşımak	4	3.1	.9		
Bir kat merdiven çıkmak	3	5	29	45	7.001/0.030
	5	4.7	.3		
Bir kat merdiven çıkmak	2	7	9	24	28.628/0.000
	8	5.7	.3		
Eğilmek, diz çökmek	3	6	16	34	28.125/0.000
	1	6.0	.0		
Birkaç yüz metre yürümek	2	5	21	44	12.229/0.002
	6	5.2	.7		
Yüz metre yürümek	2	7	10	29	22.544/0.000
	4	0.6	.4		
Yıkanmak veya giyinmek	1	6	8	33	8.105/0.017
	6	6.7	.3		

Kikare test $p<0.005$

Hastaların işle ilgili uğraşları her zamanki gibi aynı dikkatle yapamadığı durumları karşılaştırıldığında KBY hastaları(%57.1) diyabetli hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($X^2=6.190$ $p=0.010$). Hastaların duygusal ve bedensel sağlık durumlarının sosyal faaliyetleri çok fazla etkileme durumları karşılaştırıldığında diyabetli hastaların anlamlı

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

olarak KBY hastalarına göre daha fazla olduğu görülmüştür. ($X^2=19,638$ $p=0.001$). Yine ağrı durumları karşılaştırıldığında diyabet hastalarının anlamı olarak daha fazla ağrıdan etkilendiği belirlenmiştir ($X^2=18.693p=0.002$). Diyabet hastalarının ağrı durumlarının daha fazla KBY hastalarına göre işlerine engel doğu belirlenmiştir ($X^2=22.423$ $p=0.000$).

Hastalara emosyonel durumlarını “her zaman, çoğu zaman, sıklıkla, arada sırada, hiç” şeklinde 5’ li likert olarak değerlendirmeleri istenmiştir ve anlamlı bulunan bulgular tablo 2’ de verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Emosyonel durumlarının karşılaştırılması

Emosyonel Durum	Grup 1 (KBY)		Grup 2 (Diyabet)		X ² /p
	n	%	n	%	
Ara sıra sınırlı hissetme	1		3	7	20.098/0.000
Ara sıra moral bozuk ve kötü hissetme	1		9	3	25.207/0.000
Sıklıkla sakin ve huzurlu hissetme	2		1	3	16.699/0.005
Sıklıkla enerji dolu hissetme	1		2	6	16.332/0.006
Ara sıra mutsuz ve kederli hissetme	1		2	5	17.206/0.004
Ara sıra bitkin hissetme	1		2	6	15.077/0.010
Sıklıkla mutlu ve sevinçli hissetme	2		1	2	15.323/0.009

Ki kare test $p<0.005$

Hastaların bedensel ve ruhsal durumlarının sosyal faaliyetleri etkileme durumları karşılaştırıldığında Diyabet hastaları KBY hastalarına göre daha fazla engellendiklerini bildirmişlerdir ($X^2=15.992$ $p=0.003$).

TARTIŞMA

Kronik hastalıkların sağlık ekonomisi üzerine yüklerinin fazla olmasının yanında yapılan birçok çabaya rağmen hastaların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Literatürde kronik hastalıklarda yaşam kalitesi araştırmaları bulunmakta ve özellikle diyabet KBY gibi hastalıklarda yaşam kalitesinin önemli düzeyde etkilendiği görülmüştür (4, 5, 6).

Araştırmamızda hastaların sosyoekonomik özellikleri diğer çalışmalarla uyumludur. Hastaların yarısından fazlası 46 yaş üzeri, okuryazar değil ve vasıfsız işçi olarak çalıştığını bildirmiştir. Tip II diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların yarıdan fazlasının ileri yaş eğitim düzeyi düşük ve gelirleri orta veya düşük olduğu belirlenmiştir (4).

Hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirmelerinde bir yıl öncesine göre daha kötüye gittiğini düşünenlerin fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmalarda da hastaların yakınmalarının hastalık ve tedavi süresi uzadıkça arttığı belirlenmiştir (3). Bizim çalışmamızda KBY ve Diyabet hastalarının hastalık nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yaşam kalitesi belirleyicileri üzerine yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Fiziksel faaliyetlerde en fazla KBY hastalarının kısıtlandığı, duygusal faaliyetlerde ise Diyabet hastalarının kısıtlandığı belirlenmiştir. Bu durum hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. KBY hastaları günlük sosyal faaliyetlere katılmak da fiziksel yetersizlik yaşarken diyabet hastaları ise emosyonel yetersizlik nedeniyle günlük sosyal yaşam faaliyetlerine katılmadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olup olmadığının yaşam kalitesi veya beden algısı üzerinde bir etkisi tespit edilmemiştir. Beden kitle indeksi ile fiziksel ve sosyal fonksiyonlarındaki sorunlar nedeniyle günlük etkinliklere katılım arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bireyin öznel durumu ve psikolojik sağlık durumunun kronik hastalıktan çok daha etkili olduğu görülmüştür (7). Bu durum bireyin kendini iyi hissetmesi, fiziksel ve sosyal durumunun iyi olması yaşam kalitesi üzerine de doğrudan olumlu etki yapacağı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Sonuç olarak; KBY ve diyaliz hastalarının yaşam kalitesi belirleyicilerinin değerlendirilmesi üzerine yaptığımız araştırmada her iki hastalıkta da hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Her iki hastalıkta da hastaların yarıdan fazlasının günlük yaşam aktiviteleri ve duygusal durumlarının işlerini olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Yine

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastaların karşılaştırılması sonucu diyabet hastalarının duygusal durumlarının yaşam aktivitelerini daha fazla etkilediği, KBY hastalarının ise bedensel durumlarının iş ve yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Hastaların bedensel ve emosyonel durumlarını iyileştirmeye yönelik bakım faaliyetlerinin artırılması, Hastaların emosyonel durumlarını arttıracak faaliyetlerle katılmalarını desteklemek, Motivasyonları yüksek hastalarla bir araya gelmelerini sağlamak yaşam kalitelerini yükselteceği gibi hastalıkla baş etme güçlerini de arttıracaktır. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi belirleyicileri doğrultusunda yapılacak palyatif bakımın hastaların genel durumlarını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Salzman B, Collis L, Hajjar ER. Chronic disease management: the changing landscape of primary care. *Prim Care*. 2012; 39(2):xv-xxi
2. Cramm JM, Nieboer AP. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25:689-95.
3. Acar, D. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda tedaviye uyumla ilişkili faktörler: anksiyete, depresyon, hastalık algısı Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
4. Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z., & Kültür, S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;12(2), 89-98.,
5. Başer, S. Ö., & Özcan, S. Diyabet hastalarında sosyal sorun çözme tarzları/yönelimleri, yaşam kaliteleri ve HbA1c düzeyleri arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 2018;43(3), 660-668.
6. Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., & Aydın, M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007;2(6), 117-126.
7. Öngören, B., Aydemir, İ., & Öngören, Z. Yaşam evinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Beden Algıları. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 2018;29(2), 98-113.

**S-6 NURSING CARE OF INDIVIDUALS UNDER TREATMENT IN THE
PALLIATIVE CARE UNIT WITH THE DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC STROKE
IN LINE WITH THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL: CASE REPORT****Zeynep Sağlam¹, Cansev Bal¹, Zeliha Koç¹**¹Ondokuz Mayıs University, Health Science Faculty, Samsun/ Turkey**Abstract**

Stroke is a regional or partial dysfunction in the brain developing suddenly without a cause other than vascular causes. Stroke, which ranks third among the causes of death after cancer and heart diseases in the world, ranks first among the diseases that cause disability. Nursing care given to people with stroke is of great importance both in the prevention of permanent damages and in improving the quality of life of the individual and his/her family. Palliative care is a multidisciplinary approach that deals with the individual with a critical disease such as stroke and his/her family from physical, psycho-social and spiritual aspects, aims at enhancing the quality and comfort of his/her life and covers the period from the diagnosis of the disease till the end of life. The Activities of Daily Living Model of Roper, Logan and Tierney provides the individual with stroke/his or her family with a systematic and holistic approach. In this case report, the individual who was being treated for hemorrhagic stroke in the palliative care unit was evaluated according to the " Activities of Daily Living Model " and had nursing diagnosis in accordance with NANDA-I.

Key Words: Stroke, Palliative care, Nursing Care, NANDA-I, Activities of Daily Living Model

Özet

İnme, beyinde damarsal nedenler dışında bir neden olmaksızın ani gelişen bölgesel veya kısmi işlev bozukluğudur. Dünyada kanser ve kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan inme, sakatlığa yol açan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. İnmeli bireylere verilen hemşirelik bakımı hem kalıcı hasarların önlenmesinde hem de birey ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım, inme gibi kritik hastalığı olan birey ve ailesini fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönden ele alan, yaşam kalitesini ve konforunu yükseltmeyi amaçlayan, hastalığın tanı aşamasından itibaren başlamak üzere yaşam sonu döneme kadar olan süreyi kapsayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Roper, Logan, Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, inmeli hasta

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

birey/ailesine sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulmasını sağlar. Bu olgu sunumunda palyatif bakım ünitesinde hemorajik inme tanısı nedeniyle tedavi görmekte olan birey “Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli” doğrultusunda değerlendirilerek ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Palyatif bakım, Hemşirelik Bakımı, NANDA-I, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli

INTRODUCTION

Stroke is a general definition of brain diseases caused by slowing or stopping of the blood flow to a part of the brain for a non-traumatic reason, or leaking blood into the spaces around the brain cells when the unity of the brain's blood vessels is disrupted (Mollaoğlu, 2016). Stroke, also defined as “cerebrovascular disease”, occurs ischemic and hemorrhagic. Hemorrhagic stroke, which constitutes one quarter of stroke cases, occurs primarily due to factors such as primarily hypertension, then diabetes, dyslipidemia, obesity, smoking, alcohol consumption, heart disease, sickle cell anemia (Uzuner et al. 2018). Stroke is characterized by impaired cognitive, affective, motor and emotional functions of the central nervous system, and is a disease that has a very high cost of care and treatment and can be seen in all age groups and reduces the quality of life of the individual such as balance disorder, speech and cognitive dysfunction (Langhorne et al., 2011).

Stroke is the most common cause of death worldwide after cancer and heart disease. According to the data of Turkish Statistical Institute (2018), it was reported that among deaths resulting from the circulatory system diseases, ischemic heart diseases are the first with 39.7%, the cerebrovascular diseases are the second with 22.4%, 50% of the patients with the stroke got well or was discharged with slight disabilities, 30% of them needed care because of serious/permanent damage and 20% died in hospital. After stroke, the daily living activities of the patient such as moving, dressing, self-care and eating are affected by the disease. (Bilgili and Gözüm, 2014). Deprivations of muscle strength, energy, sleep, memory, speech and swallowing functions, and later, psychological problems such as anxiety and depression occur. People with stroke are particularly at high risk for mortality and morbidity, and cardiovascular complications such as recurrent stroke, myocardial infarction and death. (Karadakovan, 2011; Mollaoğlu et al., 2011). In case the individual and his/her family encounter problems related to stroke; “Palliative Care” approach, which improves the quality

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

of life of the individual and his/her family by determining physical, psychosocial and spiritual problems in the early period and carefully evaluating and treating them, is very important. Palliative care nurse, while approaching the individual and his/her family as a whole, aims to maximize the functional capacity of the individual in the remaining life and to make the life of the individual meaningful and valuable (Elçigil, 2012). In this respect, it is important to use the nursing process in order to create a common language in care, to base the practices on evidence, to provide the care with a systematic approach and to ensure the quality of care.

In this case, the data of individuals diagnosed with hemorrhagic stroke were evaluated in accordance with Roper, Logan and Tierney's Daily Living Activities Model. In accordance with NANDA-International Taxonomy II classification system, nursing diagnoses were developed, and nursing processes were developed by NIC nursing interventions.

AIM

The purpose is to create the nursing process that will meet the physical, psychological, psychosocial and spiritual needs of the individual.

CASE

S.G. is a 77-year-old single, illiterate housewife. She lives alone in a detached house in the village. The individual having headache complaints was found unconscious in her home and brought to the hospital in the district center by her relatives and then referred to the state hospital in the province center with 112 (emergency medical service). The patient with intracranial hemorrhage was admitted to the palliative care center for a week with the diagnosis of hemorrhagic stroke after receiving care and treatment for 10 days in the intensive care unit postoperatively. The individual had been suffering from hypertension for 15 years and diabetes mellitus for 10 years. Her relatives could not provide information about the family history of the individual who had goiter surgery 30 years ago. The patient is accompanied by her daughter-in-law during the hospital process.

Table 1. Findings and Neurological Evaluation of the Case

FINDINGS	NEUROLOGICAL EVALUATION
Blood pressure: 110/55 mmHg Pulse: 72/min (in Sinus Rhythm) Respiratory Rate: 22/min Body temperature: 36.9 ° C sPO₂: 96%	Glaskow Coma Scale Score: 8/15 <ul style="list-style-type: none"> • She opens her eyes with painful warning. • No voice response. • Localizes the pain. Pupilla: 2/2

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Blood glucose: 132 mg/dL	<p>Light Reflex: +/-</p> <p>Motor Strength Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Right Arm: 1/5 • Left Arm: 4/5 • Right Leg: 1/5 • Left Leg: 4/5
--------------------------	--

EVALUATION OF THE PATIENT BASED ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING

1. Maintaining a Safe Environment: The patient is unconscious and has a localizing response to the painful stimulus. The bed level is medium. The patient's bed railings are raised on both sides and the bed's brakes are locked. The patient's room is for three people. The floor of the patient room is dry. The individual's Itaki Fall Risk Scale score is 19 and is at a high level of fall risk. The individual scored 9 points on the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk Diagnosis. In the coccyx region of the patient, there is a 3.staged pressure ulcer with 10cm x 10 cm width. The patient has no edema. There is an IV cannula on the right hand of the patient. The patient receives fluid support through the peripheral vein.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Physical Inactivity, Nutritional Status Changes, Advanced Age, Braden Score 9 Associated with Chronic Diseases and "Impaired of Tissue Integrity" connected with the 10cm x 10cm wound in the coccyx region of the patient

67

Domain 11. Safety and Protection Class 2. Physical Injury Code: 00044

NIC Intervention:

Pressure Ulcer Care (Code: 3520), Pressure Ulcer Prevention (Code: 3540), Pressure Management (Code: 3500) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Skin/Sore Management

Expected Patient Result: The healing of the wound in tissue integrity of the patient, no increased sensitivity and pain especially in the areas of pressure, preservation and maintenance of skin integrity.

NANDA-I Nursing Diagnosis:Foley Catheter, Peripheral IV Cannula, PEG and the "Risk for Infection" due to Tracheostomy

Domain 11. Safety and Protection Class 1. Infection Code: 00004

NIC Intervention:

Infection Control (Code: 6540), Infection Protection (Code: 6550) Domain 4. Security, Class: Risk Management

Expected Patient Results: Lack of signs and symptoms of infection.

NANDA-I Nursing Diagnosis: "Risk for Impaired of Oral Mucous Membrane Integrity" Due to Inability to Feed More Than 24 Hours

Domain 11. Safety and Protection Class 2. Physical Injury Code: 00247

NIC Intervention:

Maintaining Oral Health (Code: 1710), Improving Oral Health (Code: 1720) Field 1. Physiological Basis, Class: Facilitating Self-Care

Expected Patient Results: Ensuring and maintaining oral hygiene of the patient, moist oral cavity but no ulceration.

NANDA-I Nursing Diagnosis: "Risk for Ineffective Cerebral Tissue Perfusion" Due to Hemorrhagic Stroke and Subsequent Changes in Consciousness Level

Domain 4. Activities/Resting Class 4. Cardiovascular/Pulmonary Response Code: 00201

NIC Intervention:

Neurological Monitoring (Code: 2620), Development of Cerebral Perfusion (Code: 2550), Positioning: Neurological (Code: 0844), Seizure Measures (Code: 2690) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Neurological Management

Expected Patient Results: The patient's life signs are within normal limits, no seizures, and that abnormal findings could be detected.

NANDA-I Nursing Diagnosis: "Risk for Falls" Depending on 19 Itaki Score Associated with Advanced Age and Chronic Diseases

Domain 11. Safety and Protection Class 2. Physical Injury Code: 00155

NIC Intervention:

Fall Prevention (Code: 6990), Environmental management: Security (Code: 6486) Domain 4. Security, Class 2. Risk Management

Expected Patient Results: Taking environmental precautions to reduce the risk of falling, no fall or injury.

2.Communicating: Since the individual was unconscious, communication with relatives was possible.

3.Breathing: The patient underwent tracheotomy 10 days ago. Pulmonary sounds were evaluated equally and diagnosed as coarse rales. The patient gets O₂ and inhaler treatment through tracheotomy. If necessary, secretion from the tracheotomy is aspirated. Its secretion is aqueous, clear, odorless, light yellow. The patient's respiratory rate was 22/min. No cyanosis was observed. There is no smoking history in the individual. sPO₂ value was measured as 96%.

NANDA-I Nursing Diagnosis: “Impaired Spontaneous Ventilation” Due to Losing of Unconsciousness and Airway Safety After Hemorrhagic Stroke

Domain 4: Activity/Resting Class 4: Cardiovascular/Pulmonary Response Code: 00033

NIC Intervention:

Respiratory Monitoring (Code: 3350), Artificial Airway Management (Code: 3180), Oxygen Treatment (Code: 3320) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Respiratory Management

Expected Patient Results: Lack of abnormal breathing sounds, adequate tissue oxygenation, normal number, type and depth of the patient's respiratory rate.

NANDA-I Nursing Diagnosis: “Ineffective Airway Clearance” Due to Ineffective Coughing because of Changes in Respiratory Sounds, Increased Respiratory Secretions and Unconsciousness

Domain 11: Security/Protection Class 2: Physical Injury Code: 00031

NIC Intervention:

Airway Aspiration (Code: 3160) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Respiratory Management

Expected Patient Results: Color, quantity, density and odor of secretion should be normal and airway clearance should be maintained.

4.Eating and Drinking: PEG was opened to the patient 20 days ago. The patient is fed with 6x200ml Diabetic Mama and 6x200ml water through PEG. Oral care is given 4 times a day by the relatives of the patients. No mucositis was observed within the mouth. Blood glucose monitoring is performed regularly before feeding. The patient's blood glucose was 132mg/dL. Crystallized insulin is administered subcutaneously to the patient if necessary.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5. Eliminating: The individual performs the micturition via the urinary catheter. Urine color and appearance is light yellow and clear. Defecation occurs once in two days. No tension was observed in the abdominal region of the individual. Intestinal sounds are 10/min. Nutrition and defecation of the patient are followed. What he eats and defecates during the day is balanced.

6. Controlling Body Temperature: Average body temperature of an individual is 36.4^{0o} C. The individual's outfit is compatible with the environment.

7. Personal Cleansing and Dressing: The relatives give the patient a wiping bath. The general appearance, pajamas and bed clothes of the individual are clean and organized. No missing and decayed teeth. The mouth is pink and moist. Hand and foot nails are clean and short. The overall look is clean.

NANDA-I Nursing Diagnosis: “Bathing Self-Care Deficit” Due to the Loss of Consciousness and Motor Power Associated with Unconsciousness

Domain 4. Activity/Resting, Class 5. Self-Care Code: 00108

NIC Intervention:

Self-Care Aid: Bath/Hygiene (Code: 1803), Bathing (Code: 1610), Perineum Care (Code: 1750), Hair and Scalp Care (Code: 1670) Domain 1. Physiological: Basis, Class: Facilitating Self-Care;

Expected Patient Results: Providing the patient with daily hygiene, maintaining the integrity of the skin and moisturizing it, comforting the patient.

8. Mobilizing: The patient is fully dependent and has loss of strength in all extremities. The individual is given a position in the bed by his relatives every 3 hours.

NANDA-I Nursing Diagnosis: “Impaired Physical Mobility” Due to Consciousness and Motor Power Loss Associated with Hemorrhagic Stroke

Domain 4. Activity/Resting, Class 2. Activity/Exercise Code: 00085

NIC Intervention:

Positioning (Code: 0840) Field 1. Physiological: Basic, Class: Immobility Management
Exercise Therapy: Joint Movement (Code: 0224) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Activity and Exercise Management

Expected Patient Results: To be able to maintain and improve muscle-joint movements.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Working and Playing: The patient lives in a detached house in the village. The relative stated that she enjoyed working in the village before the disease.

10. Expressing Sexuality: Compatible with female identity. The patient, who had three children, gave birth to her children with normal delivery. She has been in menopause for about 20 years.

11. Sleeping: The patient is unconscious.

12. Dying: Death activity could not be evaluated.

DISCUSSION

In the report of this case, the data of the individual who was diagnosed with hemorrhagic stroke and treated were evaluated and interpreted according to the Activities of Daily Living Model. In the nursing process, nursing diagnoses and NIC nursing interventions are included within the scope of NANDA Taxonomy II and NIC classification systems. The case study included 8 nursing diagnoses in NANDA Taxonomy II, 3 areas, 7 classes and 23 NIC interventions in NIC.

Stroke patients develop many complications related to cerebrovascular damage. In particular, deterioration in physical mobility, changes in nutrition, excretion problems, communication difficulties, cognitive, perceptual and sensory changes are complications that affect the individual and family negatively and affect quality of life (Tavşanlı and Eş, 2019). In the case, as the primary problem, the physical needs that threaten life are more prominent. As soon as care and treatment are given for the individual's acute needs, rehabilitation and long-term care should be initiated and the needs of the family should be met for the purpose of coordinated palliative care (Mollıaoğlu, 2016). Palliative care nurses, who play the role of educator, guide and caregiver and perform their independent roles selflessly, should support the individual and family in terms of physical, emotional, social, economic and religious aspects. It is recommended that the individual and/or his/her family should get the necessary information about the complications that may develop and how people can reach the hospital and emergency services (Elçigil, 2012).

CONCLUSION

Post-stroke patient care is a process that covers all aspects of human being. In this long and difficult process, the family of the individual is also affected emotionally. In the case, it is aimed to present the use of NANDA-I and NIC classification systems in line with their daily

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

life activities, the systematic approach to the needs of the individual with stroke and his/her family and the interrelated and qualified care applications. It is thought that the nursing care offered in the palliative care unit will be an important resource in improving the quality of life of the individual, evaluating the results of the care and improving nursing practices.

REFERENCES

Mollaoğlu M. Sinir sistemi hastalıkları ve yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö, editör. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar.1. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi; 2016: 89-98.

Uzuner N, Kutluk K, Balkan S.(Edt). İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, İstanbul; 2018:52-141.

Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke Rehabilitation. The Lancet. 2011; 377(9778):1693-1702.

Türkiye İstatistik Kurumu “2018 Ölüm Nedeni İstatistikleri”; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>; Son Erişim: 06.09.2019.

Bilgili N, Gözüm S. Home care of stroke patients: guidelines for care providers. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.2014;7(2): 128-150.

Kadakovan A. Cerebrovascular diseases. Karadakovan A, Aslan FE, editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı.Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011:1204-1214.

Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. Care burden of care givers of stroke patients and related factors. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(3):125-130.

Durna Z, Akın S. 2014. Care on patients with ischemic attack. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A., editör. Nörolojik Bilimler Hemşireliği,2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014:357-375.

Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği, Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54: 329-334.

Tavşanlı GN, Eş B. Palliative care in patient with stroke: case report. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 4(1): 35-39.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-9 PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN GÖNÜLSÜZ/ZORLA YATIŞI VE YASALAR

INVOLUNTARY / COMPULSORY HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS AND LAWS

Nermin GÜRHAN¹, Didar KARAKAŞ², Elif ALTUN³

1Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara/ Türkiye

Özet

Psikiyatrik hastaların zorunlu yatış ile tedavi ettirilmesine yönelik olan gerekçe, aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmaları ve hastalıkları/tedaviyi kabul etme ya da reddetme yeterliliğinde olmamalarına dayandırılmaktadır. Tedaviyi/yatışı reddetme hakkı olarak baktığımız ve önemli dediğimiz tedaviyi reddetme hakları bu nedenlerle dikkate alınmamakta ve vekil onamıyla gönülsüz olarak tedavi amaçlı psikiyatri kliniğine yatırılmaktadırlar. İstemsiz olarak hastaların tedavi amaçlı olsa kliniğe yatırılması hakları ve dokunulmazlıklarına yönelik bir müdahaleyi içermektedir. Bu durum ise sağlık çalışanlarının etik ikilem ve hukuki sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Ülkelerdeki sağlık politikaları, ruh sağlığı yasaları ve meslek etik kodları gibi düzenlemeler, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla hastaneye yatırılmaları ve tedavileri açısından sağlık çalışanlarının yaşadığı etik sorunların çözümünde yol gösterici olmaktadır. Gönülsüz zorla hastaneye yatırma ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Bu düzenlemeler temelde iki ana görüşe dayanmaktadır. Bu iki ana görüşte de hastada psikiyatrik bozukluk tanısı şart koşulmakta; ilk görüşte hastada tehlikeliliğin varlığına veya olasılığına, ikinci görüşte hastanın tedavi gereksinimine odaklanılmaktadır. Amerika, Avustralya, Almanya, Fransa, Belçika, İsrail ve Hollanda' da ruh sağlığı yasasında psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/zorla hastaneye yatırılmasında tehlikelilik kriterine bakılmaktadır. İsveç, Norveç, Japonya, İsviçre, İngiltere, Hindistan, İtalya ve İspanya' da ise psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz tedavi edilmesi için diğer ülkelerde kriter olan tehlikeliliğin zorunlu olmadığı belirtilmektedir. Danimarka, Portekiz, İrlanda, Yunanistan, Finlandiya' da tedavi gereksinimi ve tehlikelilik kriterinin her ikisi de hastanın hastaneye yatırılması ve tedavi edilmesinde kriter olarak kullanılmaktadır. Yunanistan, İspanya, İtalya gibi Türkiye' nin de psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla yatış ve tedavi edilmelerine yönelik yasal düzenlemelerin olmadığı az sayıdaki ülkelerdendir. Türkiye' de yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde Türk Medeni Kanunu' nun bazı maddelerinin (Madde10,13,14,432) bu konuya ilişkin genel bilgiler sunduğu belirtilmektedir. Türkiye' de yasal düzenlemeler ve etik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kodlarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla hastaneye yatırılması ve tedavilerinde, tehlikelilik riskine bakıldığı bildirilmiştir. Tehlikelilik unsurunun esas alınarak zorla hastaneye yatırılan hastanın toplumdan uzaklaştırılması DSÖ' nün hastanın toplumla bütünleştirilmesi (uyumunun sağlanması) hedefiyle örtüşmemektedir. Ancak Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) başlıklı çalışmada zorunlu hastaneye yatışın Türkiye'deki durum açısından toplum temelli sağlık sistemi oluşturmanın ve bunu sürekli kılmanın başlıca hedefleri arasında olduğu bildirilmiştir. Toplum temelli hizmet modeli olarak geliştirilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri psikiyatrik bozukluğu olan hastanın toplum ile uyumunun sağlanması, yeti yitiminin asgari seviyeye çekilmesi, hastanın işlevselliğinin artırılması, hastaneye yatışın önlenilmesi gibi amaç ve hedefler ile zorunlu yatışları önleyebileceği ya da azaltılabileceği öngörülmektedir. Ayrıca bu eylem planında Türkiye' de mevcut yasaların yeterli olmadığını ve sorunların çözümü için Ruh Sağlığı Yasası' na duyulan ihtiyaç da belirtilmiştir. Türk psikiyatri derneği, Psikiyatri hemşireliği derneği, psikologlar ve diğer ruh sağlığı meslek gruplarının ortak oluşturduğu, TBMM' ye sunulmuş olan bir yasa taslağı bulunmaktadır. Bu yasa taslağında psikiyatrik bozukluğu olan hastanın kendine veya başkalarına zarar verme riski olduğunda, kişinin ve toplumun güvenliğini sağlamak amacıyla risk halinin ortadan kalkması ya da önemli ölçüde azalmasına dek kişinin kendisinin ya da yasal vasisinin rızasının olup olmamasına bakılmaksızın mahkeme kararı ile yatırılması ve tedavi edilmesi ibaresi yer almaktadır. Bu taslak DSÖ' nün toplum temelli ruh sağlığı politikası ile örtüşmektedir. Bu yasa ile ülkemizde zorunlu yatış uygulamasındaki belirsizliklerin giderileceği ve etik sorunları azaltacağı öngörülebilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yasalar, zorunlu hastanede yatma, psikiyatri hastası.

Abstract

The rationale for treating psychiatric patients with compulsory hospitalization is based on their inability to give informed consent and their inability to accept or refuse illness / treatment. The right to refuse treatment, which we consider to be the right to refuse treatment / admission, is not taken into account for these reasons and they are reluctantly admitted to the psychiatric clinic for treatment with the consent of the attorney. Involuntary admission of patients to the clinic, albeit for therapeutic purposes, involves an interference with their rights and immunity. This situation may cause health professionals to have ethical dilemma and legal problems. Regulations in countries such as health policies, mental health laws and professional codes of ethics provide guidance in solving the ethical problems experienced by

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

health workers in terms of compulsory hospitalization and treatment of patients with psychiatric disorders. Involuntary compulsory hospitalization may vary from country to country. These arrangements are mainly based on two main views. The diagnosis of psychiatric disorder is essential in these two main views; The first view focuses on the presence or likelihood of danger in the patient and the second view focuses on the patient's need for treatment. In the United States, Australia, Germany, France, Belgium, Israel and the Netherlands, the mental health law examines the criterion of danger in reluctant / compulsory hospitalization of patients with psychiatric disorders. In Sweden, Norway, Japan, Switzerland, the United Kingdom, India, Italy and Spain, it is stated that the danger which is the criterion in other countries is not mandatory for the involuntary treatment of patients with psychiatric disorders. In Denmark, Portugal, Ireland, Greece, Finland, both the need for treatment and the danger criteria are used as criteria for hospitalization and treatment of the patient.

Turkey is one of the few countries such as Greece, Spain and Italy, where there are no regulations for the involuntary hospitalization and treatment of patients with psychiatric disorders. Turkey's legislation when assessing the Turkish Civil Code's some substances (Substance 10,13,14,432) is stated to provide general information on this topic. The treatment and compulsory hospitalized patients with psychiatric disorders have been reported as looking at the risk of dangerousness in Turkey's legal regulations and ethical codes. The removal of the compulsory hospitalized patient from the community on the basis of the element of danger does not coincide with the WHO's objective of integrating the patient with the community. According to the study ,entitled, the National Mental Health Action Plan in Turkey (2011-2023), due to the situations in Turkey, involuntary hospitalization has been reported to be among the main objectives of establishing and sustaining a community-based health system. Community Mental Health Centers, which are developed as a community-based service model, are expected to prevent or reduce compulsory hospitalization with goals and objectives such as ensuring patient compliance with society, minimizing disability, increasing functionality of the patient. In addition, in this action plan, it stated that the Mental Health Act is needed to solve the problems and inadequacies of existing laws in Turkey. There is a draft law submitted to the Turkish Grand National Assembly, which is formed by the Turkish Psychiatric Association, the Psychiatric Nursing Association, psychologists and other mental health professionals. In this draft law, it is stated that when a patient with a psychiatric disorder is at risk of harm to himself or to the society, will be admitted and treated by a court

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

decision regardless of the person or his/her legal guardian's consent until the disappearance of the state of risk or significant reduction. This draft coincides with WHO's community-based mental health policy. With this law, it can be foreseen that the uncertainties in compulsory hospitalization in our country and problems will be reduced.

Key Words: Laws, compulsory hospitalization, psychiatric patient.

GİRİŞ

Zorunlu yatış; psikiyatrik değerlendirme sonucunda ülkelerin ruh sağlığı politikalarına yönelik olarak değerlendirilen ve uygun görüldüğü takdirde yatışının yapılmasıdır (Çetin, 2019). Hukuk tarafından “Yaşama hakkı”, “sağlık hakkı”, “insan hakları” ve “ hasta hakları” gibi haklar özneye tanımlanan haklardır. “Hasta hakları” yönetmeliğine göre her hasta birey kendisine uygulanacak olan tıbbi müdahaleler ve bu müdahalelerin sonuçlarını, tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı vardır. Tedaviyi kabul ya da reddetme ile ortaya çıkacak olan olası sonuçları da kabul ve reddetmiş olacağını bilme, yazılı ve sözlü bilgilendirilme isteme hakkına da sahiptir.

Birey tüm bunları isteyemeyecek ya da ret kabul edemeyecek durumda olduğunda kendisi yerine tüm bunları isteme ve reddetme işlemlerini vasisi ya da velisi sahiptir. Şayet hasta kısıtlı ifade gücü yok ve hastanın velisi ya da vasisi bulunmuyorsa böyle bir şart aranmaz (“Hasta Hakları Yönetmeliği”, 2018, s.6). Bu gibi durumlarda hukuki olarak kendisine vasi atanabilir.

İstemsiz/zorla yatış ve tedavi hastayı, ailesini ve hekimi güç durumda bırakan ve aynı zamanda da toplumu ve hastayı korumak adına da gereklilik duyulan, psikiyatrinin etik açıdan en tartışmalı konularından biridir. Hasta hakları yönetmeliğine bakıldığında zorunlu durumlar dışında ve oluşabilecek olumsuzlukların sonuçlarının sorumluluğunun hastaya verildiği, kendisine uygulanması öngörülen ya da uygulanmakta olan tedaviyi kanunen reddetme/durdurma hakkına sahiptir (“Hasta Hakları Yönetmeliği”, 2018, s.6). Fakat buna rağmen hastalar vekil ya da vasisinin onayı alınarak zorunlu yatışı yapılarak, hastanın isteği dikkate alınmamaktadır. Bundan dolayı da sağlık çalışanları bir takım hukuki sorunlar ve etik ikilemler yaşamaktadır (Van Staden & Krüger, 2003).

Gelişmiş ülkelerde sağlık politikalarındaki düzenlemeler, zorunlu yatışta yaşanan etik sorunların çözümünde yol gösterici olmuştur. Ülkelerdeki sağlık politikaları düzenlemelerine göre gönülsüz/zorla yatış uygulamaları ülkeden ülkeye hatta farklı eyaletlerde bile değişiklik gösterebilmektedir(Oğuz & Demir, 1993). Gönülsüz/zorla yatışa yönelik olarak ülkeden

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ülkeye farklı olan uygulamalar olmasına rağmen temelde bu uygulamalar iki ana görüşe dayanmaktadır. Bu iki temel görüşe göre her ikisinde de bulunan hastanın psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olmasıdır. İlk görüşe göre gönülsüz/zorunlu yatış uygulamaları yapan ülkeler hastanın tehlikelilik oranı ya da riskine bakarken, ikinci görüşte hastanın tedavi gereksinimine odaklanmaktadır (Peele & Chodoff, 1999). Hastanın gönülsüz/zorla yatışına karar veren yetkili de ülkeden ülkeye değişmektedir. Bazı ülkelerde zorunlu yatışı yapan ve tedavi eden psikiyatri uzmanları iken, bazı ülkelerde de belediye başkanı, hâkim gibi kişiler bu görev ile yetkilendirilmişlerdir.

Hastanın psikiyatrik değerlendirilmesinin yapılması ile zorunlu yatış ve tedavisi arasındaki süre ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu süre en az 24 saat en çok 15 gün şeklindedir. Yine gönülsüz/zorunlu yatışı yapılan hastanın hastanede kalma süresi/hastanede tutulma süreside ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bazı ülkelerde bir yıldan başlayıp daha uzun yıllar sürebilirken bazı ülkelerde ise 6 aya kadar zorunlu yatışı yapılan hasta hastanede tutulmaktadır (Stefano & Ducci, 2008). Gönülsüz/zorunlu yatış ve tedaviye yönelik olarak yasal düzenlemesi olmayan ülkeler etik ve hukuki sorunlar yaşamaktadır. Türkiye' de bu ülkelerin arasındadır. Ülkemizde hazırlanan ruh sağlığı yasa tasarısı halen yürürlüğe girmemiş olup sorunlar devam etmektedir(Oğuz & Demir, 1993).

Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devletlerinde gönülsüz/zorla yatış oranı %42 iken, İskandinav ülkelerinde %48 ila %85 arasında değiştiği ve Finlandiya'da %12 oranında olduğu bildirilmiştir(Potkonjak & Karlovic, 2008). 2009-2010 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan geriye dönük çalışmada da, hastaneye yatan zorunlu yatışların tüm yatışlara oranının %23.11 olduğu saptanmıştır (Yılmaz vd., 2013).

Ülkeler arasında karşılaştırma yapıldığında Türkiye hastanın gönülsüz/zorunlu yatışını hastanın tehlikelilik riski oranına bağlı olarak uygulandığı görülmektedir. Gönülsüz/zorunlu yatışı yapılan hastanın psikiyatri ekibi tarafından en az sınırlandırma ve hastanın etik ve yasal haklarının korunması şeklinde uygulama beklenmektedir(Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi, & Välimäki, 2004). DSÖ' nün toplum temelli ruh sağlığı politikası ile örtüşen ülkemizde taslak halinde bulunan ruh sağlığı yasası ile gönülsüz/zorunlu yatışa yönelik olarak yaşanan etik ve hukuki sorunların azalacağı öngörülmektedir. Bu konuda ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

Gönülsüz/zorunlu yatışın insan onuru ve adalet ile ilgili olması temeline dayanarak Avrupa Birliği'nin özellikle eşit şartlarda sağlık hizmetinin alınması doğrultusundaki görüşüne paralel olarak belirli aralıklarla değişen koşullar ve günümüz şartlarına göre ruh sağlığı bozukluklarına yönelik olarak yasalarını gözden geçirerek gerekli değişiklikler yapılmasını sağlamaktadır. Zorunlu yatırılma ile hastanın özgürlüğü arasındaki ilişkiye özgü olarak sınırlama ve ölçütler, Avrupa Birliği Bakanlar Konseyi tarafından 2004 yılında belirlenmiştir. Bu belirlenen ölçütlere göre; kişi ruh sağlığı tanısı konulmuş, çevresine zarar verme riski bulunuyorsa, daha önce tedavi için yatırılmış ve başarısız olunmuşsa, kişinin tedavi edilmesine yönelik bir amaç bulunuyorsa ve ilgili kişinin düşüncesi de hesaba katılmışsa, kişi zorunlu yatışın öznesi olabilir (Madde17/1)(Jones & Kingdon, 2005). Burada tedaviye yapılan vurgu, hastanın en yüksek yararı, onuru ve özerkliği adına çok önemlidir. AB' ye üye ülkelerin zorunlu yatışa yönelik genel çerçevesini AB sağlık politikaları belirlemesine karşın, her ülkenin ulusal düzeyde farklılıkları mevcuttur. 2002 yılında hazırlanan Avrupa Konseyi Raporu'na göre AB üyesi ülkelerin tamamına yakınında ruh sağlığı yasası bulunmaktadır. Ülkeler arasındaki zorunlu yatışa yönelik olarak uygulama farklılıkları en belirgin şekilde zorunlu yatırılma oranlarında kendini göstermiştir. Birçok AB üyesini (Yunanistan, İtalya ve İspanya dışında) içine alan sekiz yıllık (1992-2000) retrospektif (geriye dönük) olarak yapılan çalışmada da zorunlu yatışa yönelik farklılıklar olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre Fransa, Almanya ve İngiltere' de gönülsüz/zorla yapılan hasta yatışı sayısı diğer AB üyesi ülkelere göre yüksek iken; Danimarka, İrlanda ve Portekiz' de zorla yatırılan hasta sayısı oranı tam tersine diğer AB üyesi ülkelere göre bir hayli düşük çıkmıştır (Salize, Dreßing, & Peitz, 2002). AB' ye üye ülkelerin zorla yatışa yönelik uygulamalarda uyulması gereken genel çerçeveyi AB'nin belirlemesine karşın ülkelerde görülen bu farklılıkların siyasi, ekonomik, kültürel ve sosyal yapıları ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu farklılıklar ülkelerin zorla yatışa yönelik hangi ölçütleri temel aldıkları ile de açıklanabilir.

Almanya, Hollanda, Belçika ve Avusturya' da hastanın zorla yatışında kendisine ya da çevresine tehlikelilik unsuru temel alınırken; İrlanda, İngiltere, Fransa, İsveç ve Yunanistan'da tehlikelilik unsurunun yanı sıra hastanın tedavi gereksinimi de zorla yatışta temel alınmaktadır(Freeman & Pathare, 2005; Okasha, 2003). AB' nin belirlediği zorla yatış uygulamalarına yönelik genel çerçevede bulunan tehlikelilik unsuru ve tedavi gereksinimi ölçütleri AB' ye üye ülkeleri kapsamasına rağmen temel alınan ölçüt tehlikelilik unsuru

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olmuştur. Hollanda’ da zorla yatışa yönelik temel alınan tehlikelilik ölçütü buna örnektir(Appelbaum, 1997; Priebe et al., 2008). Ulusal değişkenlere göre psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla yatışına yönelik olarak değişiklikler yapan İngiltere örnek teşkil etmektedir. Yasaları toplum ile uyumlu şekilde düzenleyen İngiltere, toplum güvenliği ve hasta hakları arasında bir denge sağlamaya çalışmaktadır. 1959’ da İngiltere’ de Ruh Sağlığı Yasası (Mental Health Act) 1983, 2007, 2011, 2013 ve 2015’ de güncellenmiş ve bunlara ek olarak da Zihinsel Kapasite Yasası (Mental Capacity Act) düzenlenmiştir(Appelbaum, 1997). İngiltere’ de ruh sağlığı yasalarının sürekli düzenlenmesi, psikiyatri hastalarının haklarına verilen önemi göstermektedir. Ruh sağlığı yasalarının varlığı ve bu yasaların içeriği Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir ülkenin gelişmişliğini göstermektedir. Yasaların varlığı ayrıca psikiyatri hastalarına karşı olan yaklaşımın resmi boyutudur.

TÜRKİYE’DE RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

Türkiye’ de psikiyatri hastalarına yönelik rehberlik edecek bir ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Ruh sağlığı yasa taslağı mevcut olup yasalaşmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Ulusal kapsamda ilk olarak 1876 yılında “Bimarhaneler Nizamnamesi” olduğu bilinmektedir. Biharhaneler önce tüm hastalara yönelik hizmet vermekteyken daha sonra akıl ve ruh hastalarına yönelik hizmet vermiştir. İdare ve işleyişine yönelik Biharhanelerde kurallar belirlenmiş, hastalara yönelik kayıtlarda hastalık öyküsünün de içinde yer aldığı belgeler tutulmuştur. Bu o dönemde akıl ve ruh hastalarının tıbbi olarak kabulü için önemli bir göstergedir.

Bimarhane ve Mecanine Mahsus Talimat (name) – Taslak kapsam bakımından “Bimarhaneler Nizamnamesini içermekte, hasta hakları ve korunması devlet tarafından kontrol altında tutulmaktadır. Taslağın 13 ve 27. Maddesinde Biharhane’ye yatma koşulu olarak tehlikelilik unsuru temel alınmıştır(Erkoç, 2011). Burada hastanın isteğinden çok toplumun güvenliğinin düşünüldüğü ortaya çıkarılabilir. Diğer ulusal hukuk metinlerimizde de tehlikelilik unsurunun temel alındığı görülmektedir. Örneğin 1934 yılında “Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu” ve T.C. 1982 Anayasası’nda görülmektedir. “Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu’nda toplum güvenliğine yönelik olarak tehlikelilik unsuru temel alınmış ve polisler toplum güvenliği açısından riskli olan bireylerin zorla hastaneye götürülmesine yönelik yetkiler verilmiştir (Alataş, Kahiloğulları, & Yanık, 2011). Polislerin bu konuda yetkilendirilmesi hastanın tedavi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

gereksiniminden çok toplum güvenliğine önem verildiği görülmektedir. T.C. 1982 Anayasa’nda 19. maddesinde toplum güvenliği açısından hastaların zorla sağlık kurumlarına yatırılacağı bildirilmiştir. Benzer yaklaşım Türk Medeni Kanunu’nun 405 ve 432. maddelerinde de görülmektedir.

“Tehlikelilik unsurunun temel alınarak psikiyatri hastalarının sağlık kurumlarına zorla yatışı DSÖ’ nün hastanın toplumla uyumu, bütünleşmesi hedefi ile uyum göstermemektedir. Ancak ülkemizde toplum temelli sağlık yapısının oluşturulmasına ve bu durumun sürekliliğinin korunmasına yönelik hedefler Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) isimli çalışmada yer almaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nın da bu konuda ülkemizde bulunan mevcut yasaların sorunları çözmediği, yeterli olmadığı ve ruh sağlığı yasasına yönelik gereksinim de belirtilmiştir (Alataş vd., 2011).

Ülkemizde 2018 yılında Türk Psikiyatri Derneği, Psikiyatri Hemşireliği Derneği, psikologlar ve diğer ruh sağlığı meslek gruplarının hazırlanmaya başlamış ve 2019’ da TBMM’ ye sunulmuş bir yasa taslağı bulunmaktadır. Bu yasa taslağında hastanın topluma uyumunun sağlanması, toplum ile bütünleştirilmesine yönelik olarak gönülsüz/zorla yatıştan mümkün olduğunca kaçınılması ve ayaktan tedavi ile tedavi gereksiniminin giderilmesi vurgulanmaktadır (“Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı”, 2018, s.22). Psikiyatri hastasının tedavisine de vurgu yapılmakta, yapılan bu vurgunun DSÖ’ nün toplum temelli sağlık politikası ile örtüştüğü görülmektedir. 19 Ocak 2017 tarihinde yapılan TBMM toplantısında ruh sağlığı yasasının yasalaştırılmasına yönelik olarak yasa tekrar gözden geçirilmiştir ve halen süreç devam etmektedir. Uzun yıllar önce ihtiyaç duyulmaya başlanması ve adımlar atılması sonucu hazırlanan bu yasa, psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonellerinin yaşadığı etik ve hukuki sorunların çözümünde, insan onuru ve hasta haklarının ihlaline karşı olarak tedavi gereksiniminin ön plana çıkarılmasında ve DSÖ’ nün toplum temelli sağlık hizmeti hedefi ile uyumlu olmada rehberlik edeceği bir gerçektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri hastalarına resmi yaklaşımı içeren ve ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilişkili ruh sağlığı yasasına Türkiye’ de de gereksinim duyulmaktadır. Bu konuda yaşanan sorunlar da ruh sağlığı yasasının varlığına duyulan ihtiyaca işaret etmektedir. Avrupa Birliği’ ne üye ülkelerden biri olan İngiltere’ de 1959 yılında ruh sağlığı yasasının yürürlüğe konulması ve değişen koşullara ve ihtiyaçlara yönelikte aralıklı olarak yapılan güncellemelere rağmen 2019 yılında ülkemizde halen ruh sağlığı yasasının olmayışı psikiyatri alanındaki durumu ortaya

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

koymaktadır. Bu durum psikiyatri hastalarının hizmet alımı ve psikiyatri alanında verilen hizmette sınırlar çizilmesine, sorumlulukların belirlenmesine yönelik olarak ruh sağlığı yasasına duyulan acil gereksinime de işaret etmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı yasasına duyulan gereksinime dikkat çekmek amacıyla bu çalışmada AB' ye üye olan ve bu konuda inceleme yapılabilecek ülkelerin ruh sağlığı yasalarına yönelik olarak inceleme yapılmıştır. AB' ye üye ülkelerin tamamına yakınında bulunan ruh sağlığı yasalarının değişen koşullara, yaşanan etik ve hukuki sorunlara yönelik olarak aralıklı olarak değiştiği görülmektedir. Ülkemizde psikiyatri alanında hizmet veren sağlık ekibinin ve psikiyatri hastalarının zorunlu yatış uygulamasında yaşadıkları sorunlara ve sağlık, hukuk, etik ihlallerin azalmasında ruh sağlığı yasa taslağının yasalaştırılması ve yürürlüğe girmesinin elzem olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Alataş, G., Kahiloğulları, A., & Yanık, M. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). *Ankara: Sağlık Bakanlığı.*
- Ambrosini, D. L. Crocker, A. G. (2007). Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada. *J Psychiatry, 52(6)*, 397-402.
- Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 25(2)*, 135-147.
- Çetin, B. (2019). Psikiyatride etik. Demirhan Erdemir A, Sezgin G, Usmanbaş Ö, Şaylıgil Ö. (Ed.), *Çağdaş klinik içinde* (s.240-241). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kejanlıoğlu, B. (2005). Medya Çalışmalarında Kamusal Alan Kavramı. Meral Özbek (Ed.), *Kamusal Alan içinde* (s. 689-713). İstanbul: Hil.
- Erkoç, Ş. (2011). Artvinli F. Osmanlı Devleti'nde modern psikiyatrinin öncüsü: Dr. Luigi Mongeri [Dr. Luigi Mongeri: The pioneer of modern psychiatry in Ottoman Empire]. *Hayat Sağlık Dergisi, 4*, 58-61.
- Freeman, M., & Pathare, S. (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation: World Health Organization.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim tarihi: 11.10.2019.
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_hastahaklari.pdf
- Jones, R., & Kingdon, D. (2005). Council of Europe recommendation on human rights and psychiatry: a major opportunity for mental health services. *European Psychiatry, 20(7)*, 461-464.
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11(4)*, 379-385.
- Oğuz, Y.N., & Demir B. (1993). Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatırma. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1 (4)*, 367-71.
- Oğuz, Y.N. (1995). Ruh hastasının özerkliği ve yeterlik sorunu üzerine. *Kriz Dergisi, 3(1)*, 31-4.
- Okasha, A. (2003). The Declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry, 2(2)*, 65.
- Öncü F, Ger C. (2007). Zorunlu tedavi. Sercan M.(Ed.), *Adli psikiyatri uygulama klavuzu içinde* (s.51-68). Ankara: Tuna Matbaacılık.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Peele, R., Chodoff, P. The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In: Bloch S, Chodoff P, Gren SA, editors. *Psychiatric ethics*. 3rd ed., New York: Oxford University Press; 1999. p. 423-40.

Potkonjak, J., & Karlovic, D. (2008). Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients: retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. *Acta Clin Croat*, 47(3), 141.

Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jorgensen, M., Walsh, D., Wiersma, D., Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.

Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı Taslağı. Erişim tarihi: 10.10.2019.

<http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf>.

Salize, H. J., Dreßing, H., & Peitz, M. (2002). Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states. *Central Institute of Mental Health Research Project Final Report, Mannheim, Germany*, 15.

Stefano, A., & Ducci, G. (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. *International Journal of Mental Health*, 37(3), 10-21.

Nys H, Welie S, Garanis-Papadatos T, Ploumpidis D. (2004). Patient capacity in mental health care: legal overview. *Health Care Anal*, 12(4), 329-72.

TC. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Erişim tarihi: 10.10.2019.

<https://www.saglik.gov.tr/TR.11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>

Van Staden, C., & Krüger, C. (2003). Incapacity to give informed consent owing to mental disorder. *Journal of Medical Ethics*, 29(1), 41-43.

Yılmaz, Y., Saygılı, İ., Yanartaş, Ö., Baykara M. B., Kesebir, S., Yıldız, D. (2013). Zorunlu yatışta psikiyatrik ve hukuksal süreç. *Yeni Symposium Journal*, 59(5), 46-49.

S-10 RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERLE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

COMMUNICATION EXPERIENCES OF INDIVIDUALS WITH MENTAL DISEASE AND NURSING STUDENTS: A QUALITATIVE STUDY

Erman YILDIZ¹

¹Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Bir psikiyatrik hastayla iletişim genellikle doğrusal olmayan, karmaşık ve değişken bir durum olabilir. Genel olarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerle hemşirelerin ilk teması, bir psikiyatri kliniğinde eğitim rotasyonları sırasında ortaya çıkar. Psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin psikiyatri hastalarıyla ilk iletişim deneyimleri, öğrencilerin psikiyatri hemşireliğini kariyer olarak düşünmeleri açısından kritik önem arz edebilir. Bu araştırmanın amacı, ruhsal hastalığı olan bireylerle psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin iletişim deneyimlerini belirlemektir. Araştırma nitel desende gerçekleştirildi. Araştırma, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören ve klinik pratiğini tamamlayan psikiyatri hemşiresi öğrencileri tarafından gerçekleştirildi. Araştırmaya 14 öğrenci ile yürütüldü. Yarı yapılandırılmış görüşmeler araştırmacı tarafından yapıldı. Veriler, indüktif bir yaklaşımla içerik analizi kullanılarak analiz edildi. Veri analizi sonucunda üç ana tema ve yedi kategori geliştirildi. Ana temalar şunlardı: (1) psikolojik engellerin neden olduğu kısıtlamalar; (2) kişisel engellerin neden olduğu kısıtlamalar; (3) etkili iletişim. Genel olarak, öğrenciler psikiyatrik klinik deneyimlerinin erken dönemlerinde psikolojik zorluklar yaşadılar ve otomatik düşünceler ve algılar nedeniyle deneyimli iletişim engelleri yaşadılar. Tüm öğrenciler, bireysel, sosyal ve kurumsal faktörler nedeniyle psikiyatri hastası ile iletişim kurmayı zor bulmuş, ancak bu engellerle etkin bir şekilde başa çıkmak için profesyonel rollerini uygulamaya çalışmışlardır. Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin birçok iletişim engeli ile karşılaştıkları görülmekle birlikte, etkili bir terapötik iletişim sağlamak için yaklaşımları uyguladıkları önemli bir gelişmedir. Sonuçlar, psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin klinik uygulamalarının geliştirilmesinde ilk adım olarak etkili hemşire-hasta iletişim becerilerinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Hemşire, Psikiyatri.

GİRİŞ

İletişim psikiyatride merkezi bir rol oynar ve esas olarak, hem hasta hem de klinisyenin hastalıkla ilgili bilgileri ve terapötik müdahaleler hakkında bilgi edinmesi iletişim sayesinde gerçekleşir (Priebe et al., 2011; Schneider et al., 2004). Her ne kadar tüm sağlık bakım ortamlarında klinisyen ve hasta arasında terapötik iletişim gerekli görülse de, özellikle ciddi ruhsal hastalığı olanlarda bu durum karmaşık, zor ve kritik bir hal alabilir (Schneider et al., 2004). Ruhsal bozukluk tanılı bireylerle iletişimde korku, stres, anksiyete, öfke, güçsüzlük duygusu gibi birçok zorlukla karşılaşma olasılığı yüksek olarak görülmektedir (Alshowkan & Kamel, 2016; Hung, Huang, & Lin, 2009; O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014). Özellikle şizofreni gibi tedaviye umut vaat etmeyen, öz-belirleme ve öz-yeterliliğe odaklanmayan koşullar, hem hasta hem de klinisyen için zorlayıcı olabilir ve sıklıkla uzun süreli tıbbi ilişkiler gerektirir (McCabe, Saidi, & Priebe, 2007). Hastalar, terapötik ilişkinin kalitesini iyi psikiyatrik bakımın en önemli unsuru olarak görür (Pestana-Santos, Loureiro, Santos, & Carvalho, 2018).

Her hasta grubunda olduğu gibi ruhsal bozukluk tanılı bireylerle de en çok zaman geçiren ve dolayısıyla en uzun süre iletişimde bulunan sağlık mensubu hemşirelerdir. Çoğu hemşirenin ruhsal bozukluğu olan bireylerle ilk temasları, psikiyatri kliniğinde eğitim rotasyonları sırasında olmaktadır. Psikiyatri hemşireliği öğrencileri eğitim görmelerine rağmen, ruhsal bozukluğu olan bireylere tehlikeli, öfkeli ve şiddete eğilimli olduğuna inanarak önyargılı davranabilirler. Bu önyargılar, psikiyatrik klinikler hakkında öğrencilerin stres ve kaygısını arttırabilir (Schafer, Wood, & Williams, 2011). Artan stres ve kaygı, öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmasına ve onlarla iletişimini sınırlandırmasına neden olabilmektedir (Al-Zayyat & Al-Gamal, 2014; Alshowkan & Kamel, 2016). Birçok çalışma psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin teorik eğitim almasına rağmen, psikiyatri hastaları ve durumları hakkındaki olumsuz inançları nedeniyle endişe ve korku yaşadıklarını ortaya koymuştur (Alshowkan & Kamel, 2016; Charleston & Happell, 2005; Demir & Ercan, 2018; Tully, 2004). Hastalara bakım veren ve toplumda değişiklik yapanlar olarak hemşirelerin, lisans eğitimleri ruhsal bozukluk tanılı popülasyona karşı olumlu tutumlar geliştirmek için iyi bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, ruhsal hastalığı olan bireylerle psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin iletişim deneyimlerini belirlemektir.

YÖNTEM

Dizayn

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik tanı alan bireylerle iletişimde yaşadıkları deneyimleri araştırmak için kalitatif bir fenomenolojik yaklaşım kullanılarak gerçekleştirildi. Fenomolojik görüşmelerin amacı, katılımcıların bakış açıları, bilgi, deneyimler, düşünceler, duygular, tutumlar ve belirli bir konu hakkındaki alışkanlıkları hakkında ayrıntılı ve çok boyutlu niteliksel bilgiler elde etmektir (Maxwell, 2008). Bu yöntem, hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik tanı alan bireylerle iletişimde yaşadıkları zorluklar hakkında ayrıntılı bilgi almak için uygun görüldü.

Katılımcılar

Araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir Hemşirelik Fakültesinde gerçekleştirildi. Araştırma Fakülte bünyesinde son sınıfta öğrenim gören psikiyatri hemşireliği dersini ve uygulamasını tamamlamış, iletişime ve iş birliğine açık olan öğrencilerden oluşmaktadır. Deneyimlerini paylaşmak isteyen muhtemel katılımcılar bu çalışmaya katılmaya davet edildi. Araştırma örneği, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Bu araştırma 14 katılımcı ile yürütüldü.

Veri Koleksiyonu

Araştırmacı tarafından araştırmanın amacına ve çalışma popülasyonuna uygun iki form düzenlenerek uygulandı. İlk formda yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, okul dışında çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durum gibi demografik veriler ve iletişimde zorluk yaşanılan psikiyatrik hastalık grubunu soran toplamda 7 soru yer aldı. Yarı yapılandırılmış ikinci form, hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerle olan iletişimde yaşadıkları iletişim deneyimlerinin doğasını daha iyi anlamak için hazırlanmış soruları içermektedir.

Veri Toplama

Mülakatların zamanı ve yeri katılımcıların tercihlerine göre seçildi. Tüm görüşmeler katılımcılardan sözlü izin aldıktan sonra bir dijital ses kaydedici tarafından kaydedildi. Çalışma verileri araştırmacı tarafından formlar hakkındaki sorular kullanılarak toplandı. Derinlemesine görüşmeler uygun, sessiz, iyi aydınlatılmış görüşme odasında, hastane ya da fakültenin ilgili biriminde gerçekleştirildi. Öğrenciler kendilerini iyi ifade edebildiler ve görüşmeler kesintiye uğramadı. Görüşmelerin süresi 30 ile 50 dakika arasında değişiyordu.

Veri Analizi

Görüşme formu ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler, nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizi kullanılarak değerlendirildi. Nitel içerik analizi çalışma olgusunu kodlama, temaların tanımlanması ve kalıpların tanınması yoluyla tanımlamayı ve yorumlamayı amaçlamaktadır. Bu araştırmada Graneheim ve Lundman tarafından önerilen içerik analizi yaklaşımı kullanıldı. (Graneheim & Lundman, 2004).

BULGULAR

Araştırmaya 14 öğrenci katıldı. Katılımcıların yaş ortalamaları 21.40 ± 2.54 idi. Katılımcıların %68'i kadındı. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%67) psikotik bozukluğu olan bireylerle iletişimde zorluk çektiğini bildirdi. Öğrenciler tarafından iletişim zorluğu yaşanan diğer psikiyatrik bozukluklar sırasıyla şöyle ifade edildi; %23 'ü deperesif belirtileri olan birey ve %10'u manik belirtileri olan bireyler şeklindedir. Veri analizi sonucunda üç ana tema ve yedi kategori geliştirildi.

TARTIŞMA

Bu araştırmada son sınıf hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle olan iletişim deneyimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Hasta semptomlarının yönetilmesindeki zorluklar, öğrenci hemşirelerin psikiyatri klinik pratiklerinde yaşadıkları temel zorluklardan biri olarak tekrar tekrar bildirilmiştir. Bu yönüyle konu ile ilgili önceki çalışmaların bulguları bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir (Fisher, 2002; Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard, & Suresky, 2009). Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin birçok iletişim engeliyle karşılaştığı açık olarak görülmesine rağmen etkili terapötik iletişimi sağlamaya yönelik yaklaşımları da uygulamaya koymaları önemli bir gelişme olarak sayılabilir. Elde edilen sonuçlar, özellikle psikiyatri kliniklerindeki hemşirelerin klinik uygulamadaki

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yeterliliğini geliştirmelerinin ilk adımı olarak, etkili hemşire-hasta iletişim becerilerinin önemini göstermektedir. Bununla birlikte ruhsal hastalık tanılı bireylerde etkili iletişim hakkında sınırlı veri bulunmaktadır ve psikiyatride iyi iletişimin ne olduğuna dair özel bir teori geliştirilmemiştir (Demir & Ercan, 2018; Pestana-Santos et al., 2018; Priebe et al., 2011). Bu bağlamda eğitim politikacıları ve klinik süpervizörler hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri kliniklerindeki uyumunu kolaylaştıran ve destekleyen stratejiler geliştirmek için bu araştırmanın bulgularını kullanabilirler.

SONUÇ

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri klinik uygulamaları süresince birçok iletişim engeliyle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Bu iletişim kısıtlılıkları; psikolojik engelerden kaynaklanan kısıtlamalar; kişisel engellerin yol açtığı kısıtlamalar şeklinde toplamda iki ana temada belirtilebilir. Bu dinamikler psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin klinik uygulamalarında süpervizör desteği almasını destekler niteliktedir. Böylece öğrencilerin ilerleyen dönemdeki çalışma yaşamlarında psikiyatri kliniği ile ilgili motivasyon eksikliği, olumsuz pekiştirmeler ve aktarımların önüne geçilebilir. Öte yandan psikiyatri hemşireliği öğrencileri ruhsal hastalığı olan bireylerle etkili terapötik iletişim stratejilerini deneyimleyip terapötik ortamın sağlanması yönünde bilinçli farkındalıklarını da ortaya koymaları önemlidir.

KAYNAKLAR

- Al-Zayyat, A. S., & Al-Gamal, E. (2014). Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 326-335. doi:doi:10.1111/inm.12054
- Alshowkan, A. A., & Kamel, N. F. (2016). Nursing student experiences of psychiatric clinical practice: a qualitative study. *IOSR J. Nurs. and Health Sci.*, 5(3), 60-67.
- Charleston, R., & Happell, B. (2005). Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perceptions of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 303-309. doi:doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00837.x
- Demir, S., & Ercan, F. (2018). The first clinical practice experiences of psychiatric nursing students: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 61, 146-152. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.019>
- Fisher, J. E. (2002). Fear and learning in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 128-134. doi:doi:10.1046/j.1440-0979.2002.t01-1-00205.x
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Hung, B.-J., Huang, X.-Y., & Lin, M.-J. (2009). The first experiences of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3126-3135. doi:doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02610.x
- Kameg, K., Mitchell, A. M., Clochesy, J., Howard, V. M., & Suresky, J. (2009). Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(8), 503-508. doi:10.1080/01612840802601366
- Maxwell, J. A. (2008). Designing a qualitative study. *The SAGE handbook of applied social research methods*, 2, 214-253.
- McCabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191(S50), s21-s28. doi:10.1192/bjp.191.50.s21
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. doi:10.1097/acm.0000000000000388
- Pestana-Santos, A., Loureiro, L., Santos, V., & Carvalho, I. (2018). Patients with schizophrenia assessing psychiatrists' communication skills. *Psychiatry Research*, 269, 13-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.040>
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry – a conceptual review. *European Psychiatry*, 26(7), 403-407. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.010>
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328-332. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>
- Schneider, B., Scissons, H., Arney, L., Benson, G., Derry, J., Lucas, K., . . . Sunderland, M. (2004). Communication Between People With Schizophrenia and Their Medical Professionals: A Participatory Research Project. *Qualitative Health Research*, 14(4), 562-577. doi:10.1177/1049732303262423
- Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 43-47. doi:doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00682.x

S-12 GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ VE EPİLEPSİ TANILI ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

NURSİNG CARE OF CHILD WITH SPİNAL MUSCULAR ATROPHY AND EPİLEPSY ACCORDİNG TO GORDON'S FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL: A CASE REPORT

Mürşide Zengin¹

¹ Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye

Özet

Spinal Müsküler Atrofi (SMA) otozomal resesif geçiş gösteren, çocukluk çağında nispeten sık görülen kalıtsal hastalıklardan biridir. Spinal kord ön boynuz hücrelerindeki dejenerasyondan kaynaklanan motor fonksiyon kaybı ve kas atrofisi ile karakterizedir. Bu hastalığın klinik seyri değişkendir. SMA'nın sınıflandırması başlangıç yaşı, ölüm yaşı, hastanın sahip olduğu motor fonksiyonlara göre yapılır. Uluslararası SMA birliği klinik olarak SMA hastalarını dört gruba ayırmıştır. Bu çalışmada SMA+Epilepsi tanılı hastanın gereksinimlerinin Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" modeline göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda ele alarak bireylere kapsamlı bakım verilmesini ve bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Olgu 10 yaşında ve yatağa tamamen bağımlıdır. Hiçbir motor fonksiyonu yerine getiremeyen, sadece sulu gıdalarla beslenen olgunun üç yaşına kadar bilinen herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Olgunun üç yaşında yürüme şikayeti başlamış, dört yaşından itibaren motor fonksiyonlardaki kayıplar ile tamamen bağımlı duruma gelmiştir. Hemşirelik tanısı olarak olguya; Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik, Yutmada Bozulma, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Oral Mukoz Membranlarda Bozulma, Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık, Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla, Konstipasyon, Aspirasyon Riski, Travma Riski ve anneye yönelik; Sosyal İzolasyon, Ümitsizlik, Bilgi Eksikliği tanıları koyulmuş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Hemşirelik Bakımı, Spinal Müsküler Atrofi, Epilepsi, Olgu Sunumu

Abstract

Spinal Muscular Atrophy (SMA) is an autosomal recessive inherited disorder that is relatively common in childhood. It is characterized by loss of motor function and muscle atrophy due to degeneration of the anterior horn cells of the spinal cord. The clinical course of this disease is variable. The classification of SMA is based on the age of onset, age of death, and motor functions of the patient. The international SMA association clinically divided SMA patients into four groups. In this study, we aimed to evaluate the needs of SMA + Epilepsy patients according to Gordon's "Functional Health Patterns" model and to present nursing care in this context. The Functional Health Patterns Model addresses the needs of individuals in 11 functional areas and provides comprehensive care and holistic evaluation of individuals. The case was 10 years old and totally dependent on the bed. The patient was unable to perform any motor function and was fed only with juicy food. There was no known disease until the age of three. At the age of three, the patient began to complain of gait and became completely dependent with the loss of motor functions from the age of four. The patient was diagnosed as nursing; Ineffective Airway Clearance, Impaired Swallowing, Impaired Skin Integrity, Impaired Physical Mobility, Impaired Oral Mucous Membrane, Disturbed Sleep Pattern, Imbalanced Nutrition: More Than Body Requirements, Constipation, Risk for Aspiration, Risk for Trauma and the mother was diagnosed as nursing; Social Isolation, Hopelessness, Deficient Knowledge and standard nursing interventions were applied.

Keywords: Functional Health Patterns, Nursing Care, Spinal Muscular Atrophy, Epilepsy, Case Report

GİRİŞ

Spinal Müsküler Atrofi (SMA) otozomal resesif geçiş gösteren, çocukluk çağında nispeten sık görülen kalıtsal hastalıklardan biridir. Spinal kord ön boynuz hücrelerindeki dejenerasyondan kaynaklanan motor fonksiyon kaybı ve kas atrofisi ile karakterizedir (1,2). Bu hastalığın klinik seyri değişkendir. SMA'nın sınıflandırması başlangıç yaşı, ölüm yaşı, hastanın sahip olduğu motor fonksiyonlara göre yapılır. Uluslararası SMA birliği klinik olarak SMA hastalarını dört gruba ayırmıştır (3). Epilepsi ise "kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan, ani, tekrarlayıcı, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epilepsi nöbetleri ile karakterize bir durumdur" (4).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelere bakım sürecinde rehberlik ederek, güvenli, kaliteli ve hasta merkezli bakım sunulmasını sağlamaktadır (5). Hemşireliğin eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarında kullanılması ile birlikte bu alanlarda kavramsal bir çerçeve sunarak temel oluşturmakta ve rehberlik etmektedir (6). Hemşireliğe özgü modeller arasında sıklıkla kullanılanlarda biri Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)" modelidir. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda ele alarak bireylere kapsamlı bakım verilmesini ve bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ayrıca modelin kullanılması ile hemşireler eleştirel düşünme ve terapötik karar verme becerilerini geliştirmektedir (7).

AMAÇ

Bu çalışmada SMA+Epilepsi tanılı hastanın gereksinimlerinin Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" modeline göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Olgu 10 yaşında ve yatağa tamamen bağımlıdır. Hiçbir motor fonksiyonu yerine getiremeyen, sadece sulu gıdalarla beslenen olgunun üç yaşına kadar bilinen herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Olgunun üç yaşında yürüme şikayeti başlamış, dört yaşından itibaren motor fonksiyonlardaki kayıplar ile tamamen bağımlı duruma gelmiştir.

Olgunun fizik muayenesinde 29 kilogram (25-50 persentil) ve 112 cm boyunda (10-25 persentil) olduğu belirlendi. Gözlerde görme kaybı bulunmakta, ağız açık pozisyonda ve konuşma fonksiyonu bulunmamaktadır. Spastisite mevcut ve yalnızca ağırlı uyaranlara yanıt vermekte ve sık sık hastaneye yatarak tedavi görmektedir. Haftada en az 1-2 kez epileptik nöbet geçirmekte, ilaçların düzenli verilmesi halinde nöbet sıklığı artmaktadır.

Olgunun ailesinin gelir durumu kötü durumda ve maddi güçlük yaşamaktadır. Anne ve baba ikinci derece akraba ve beş tane çocukları bulunmakta, soy geçmişte benzer hastalığı olan kimse bulunmamaktadır. Annenin obstetrik öyküsünde bir düşük, bir ölü doğum ve bir tane altı aylık bebeğin ölümü bulunmaktadır.

Sürekli kullandığı ilaçlar: Epanutin 100 mg 2X1 (sabah 2 tablet, akşam 1 tablet), Karazepin 200 mg 2X2,5, Frisium 10 mg 2X1, Topamax 20 mg 2X1, Mysoline 250 mg 1X1, Hiotin 5 mg tb 1X1, Madopar 125 mg 2X3

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları

Sağlığı Algılaması ve Sağlığın Yönetimi

Olgunun annesi çocuğunun sağlık durumunun ciddiyetini algılamaktadır. Olgunun ileri düzeyde motor fonksiyon kaybı bulunmakta ve ara ara epileptik nöbet geçirmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Travma Riski

Amaç: Hastanın travmalara karşı korunması ve travma gelişmemesi

Hemşirelik Girişimleri: Çocuğun sık sık gözlenmesi; yatağının olabildiği kadar alçak düzeye indirilmesi ve kenarlarının kaldırılması; gece lambasının kullanılması; çevre güvenliğinin sağlanması. Nöbet sırasında çocuğun düz bir zeminde uzanmasının sağlanması; ağzına rulo yapılmış havlu yerleştirilmesi; başının altına ince ve yumuşak bir nesne yerleştirilerek başın yana çevrilmesi; çevre güvenliğinin sağlanması; sessiz ve sakin olmasının ortam sağlanması; sıkı giysilerin gevşetilmesi; çocuğu yalnız bırakmadan nöbetin süresi ve özelliklerinin gözlenmesi.

Beslenme ve Metabolik Durum

Anne çocuğu sıvı gıdalar, püre şeklinde besinler, ekmek-çay ve gelişim maması (Fortini 4X1) ile beslemektedir. Anne çocuğu sık sık ve fazla miktarda beslemekte, çocuk ihtiyacından daha fazla kalori almakta ve fazla besinleri tolere edemediği için neredeyse her beslenmeden sonra kusmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla

Amaç: Hastaya günlük ihtiyacı olan kaloriyi karşılayacak kadar besin verilmesi

Hemşirelik Girişimleri: Günlük kalori ihtiyacını etkileyen faktörlerin açıklanması (cinsiyet, aktivite, yaş); çocuğun günlük kalori ihtiyacının (...) ve her öğünde alacağı kalori miktarının belirlenmesi; yediği besinlerin kalori miktarının hesaplanması; yatak içi egzersiz programının uygulanması.

Olgunun beslenme sırasında nefesi kesilmekte ve öksürmekte, besinler oral kavitede birikmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Yutmada Bozulma

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Amaç: Hastanın yutma yeteneğinde iyileşme olması ve aspirasyonun önlenmesi

Hemşirelik Girişimleri: Beslenme öncesi hastanın uyanıklık ve tepki düzeyinin yeterliliği değerlendirilmesi; uygun pozisyonun verilmesi (60-90 derece dik pozisyon ve baş orta hatta 45 derecelik açıda); ağıza küçük miktarda besin verilmesi; yutması için zaman verilmesi; verilen besinin yutulduğundan emin olunduktan sonra yeniden verilmesi; beslenme sırasında hastanın yorulma durumunun gözlenmesi ve beslenmeye ara verilmesi; sıvı ve katı besinlerin ayrı verilmesi; püre kıvamında ve sıvı besinlerin verilmesi; hastanın ağzında sekresyon birikimi varsa yemek öncesi ve sonra temizlenmesi; osbstrüksiyon ihtimaline karşı aileye Heimlich Manevrasının öğretilmesi.

Olgunun 11 tane dişi mevcut ancak tüm dişlerde çürük bulunmaktadır. Ağız mukozasında bozulmalar olduğu gözlenmiştir. Yeterli sıklıkta ağız bakımı uygulanmamaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Oral Mukoz Membranlarda Bozulma

Amaç: Oral mukoz membranların bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanarak sürdürülmesinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Aşırı sıcak veya aşırı soğuk, baharatlı ve sert besinlerden kaçınılması; düzenli sıklıkta ağız bakımının yapılması; ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmaması; her iki saatte bir serinletici sıvı tüketilmesi; dudakların uygun aralıklarda nemlendiriciler yardımıyla nemlendirilmesi.

Olguya sürekli supine pozisyonu verilmesine bağlı olarak basınç alanlarında kızarıklıklar mevcuttur.

Hemşirelik Tanısı: Deri Bütünlüğünde Bozulma

Amaç: Oluşan basınç yaralarının iyileşmesi ve vücut bütünlüğünün devamlılığını sağlanması.

Hemşirelik Girişimleri: Her gün genel vücut ve perine hijyenin sağlanması; derinin temiz ve kuru tutulması; kızarıklık bölgesinin sabunla hafif şekilde yıkanıp kurulması; iki saatte bir pozisyon değiştirilmesi; kıyafet ve çarşafın temiz tutulması; çarşafın kırışık olmaması; bebek yağı ile masaj yapılması; yeterli hidrasyon sağlanması; pozisyon değişikliği sırasında vücut bütünlüğünün ve kızarıklığın değerlendirilmesi.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Boşaltım Biçimi (Eliminasyon)

Altı bez ile bağlı olgunun günde 4-5 defa idrar çıkışı mevcuttur. Tamamen immobil olan olguda yetersiz sıvı almaktadır. Sert ve kuru gaita şeklinde 4-5 günde bir defekasyon gerçekleşmektedir. Karın bölgesinde şişkinlik ve gerginlik hissedilmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon

Amaç: Hastada 2-3 günde bir defekasyonun gerçekleşmesini sağlama

Hemşirelik Girişimleri: Yeterli miktarda sıvı alımının sağlanması; sabah açken bir bardak ılık su içirilmesi; diyetle posalı sıvı besinlerin eklenmesi; yatak içi ROM egzersizlerinin uygulanması; lüzüm halinde laksatif uygulanması; gerekirse fekal tıkaçın manuel olarak çıkarılması.

Aktivite ve Egzersiz Biçimi

Olgunun ağzından ve burnundan gelen çok miktarda sekresyon bulunmakta ve etkili biçimde öksürememektedir.

Hemşirelik Tanısı: Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik

Amaç: Sekresyon atılımının sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Yeterli hidrasyonun sağlanarak, sürdürülmesi; semi-fowler pozisyonunun verilmesi; havada uygun nem oranının sağlanması; postural drenaj uygulanması; sekresyonları renk ve miktar açısından değerlendirilmesi; atılmayan sekresyonların aspire edilmesi.

Olgu tamamen immobil durumda, eklemlerle şekil bozuklukları, kaslarda atrofi mevcut.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Mobilitede Bozulma

Amaç: Hastanın ekstremitelerinin gücünde ve dayanıklılığında artış olması ve immobilizasyona bağlı komplikasyonların engellenmesi

Hemşirelik Girişimleri: Sık sık pozisyonun değiştirilmesi; pasif ROM egzersizlerinin uygulanması; el ve ayak bileğinin normal pozisyonda desteklenmesi (ayak tahtası kullanımı); basınç bölgelerinin yastık kullanılarak desteklenmesi; pozisyon değişikliğinde basınç bölgelerinin ısı artışı ve renk değişikliği açısından değerlendirilmesi.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Uyku ve Dinlenme Biçimi

Olgu gün boyunca uyulamakta, gece uykuya dalmakta güçlük çekmekte ve sık sık uyanmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık

Amaç: Hastanın uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanması, yeterince uyumasının ve dinlenmesinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Uyku ve dinlenme için uygun pozisyon almasına yardım edilmesi; uyku-uyanıklık döngüsü oluşturulmaya çalışılması (gece ortam ışıklarının azaltılması); gürültünün azaltılması; uyku öncesi rutinleri- zamanı, hijyen uygulamalarının sağlanması; gündüz uyku miktarının sınırlandırılması; gün içinde egzersiz programının uygulanması; uyumadan önce rahatlatıcı girişimler uygulanması (banyo gibi).

Bilişsel Algılama Biçimi

Olgu ara ara epileptik nöbet geçirmekte, yoğun sekresyonları bulunmakta ve yutmada güçlük çekmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Aspirasyon Riski

Amaç: Aspirasyon gelişmesinin önlenmesi

Hemşirelik Girişimleri: Lateral pozisyon verilmesi; başın yükseltilmesi; ağız ve burunda bulunan sekresyonların temizlenmesi; gerekli durumlarda aspire edilmesi; beslenme sırasında ve beslenmeden sonra bir saat süresince başın 45 derece yükseltilmesi; sık ağız bakımı verilmesi.

Annenin çocuğun hastalığına, bakım ve tedavi sürecine ve hastalığın prognozuna yönelik bilgi eksikliği bulunmaktadır. Evde bakım uygulamalarında da hatalar bulunmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Bilgi Eksikliği (Anneye Yönelik)

Amaç: Annenin hastalık sürecini anlamasının sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Eğitimde verilecek konuların tespit edilerek uygun ortamda (evde) ve zamanda, eğitim materyali aracılığıyla verilmesinin sağlanması; anneye hastanın hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi verilmesi; yanlış bildiği konuların belirlenerek anneye doğru biçimde açıklanması; kullandığı ilaçlar ve öneminin anlatılması; hastanın beslenmesi ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bakım uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi; evde bakım hizmetleri ile işbirliğinin sağlanması.

Kendini Algılama

Anne duygularını ifade etmek istemiyor, ifade etmede güçlük çekiyor, çocuğunun hastalığı konusunda kendini çaresiz ve aciz hissediyor, çevre ile iletişime geçmek konusunda da oldukça isteksiz durumda.

Hemşirelik Tanısı: Ümitsizlik (Anneye Yönelik)

Amaç: Annenin şimdiki zaman hakkında optimistik duygular ve geleceğe ilişkin olumlu beklentiler ifade etmesinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: (Annenin) Duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmesi; empati kurulması; yaşamda ümidin önemli olma nedenlerinin karşılıklı tartışılması; annenin içsel (otonomi, bağımsızlık) ve dışsal kaynaklarının (önemsenen kişi, inanılan güç) değerlendirilerek harekete geçmesinin sağlanması; ailesi ve sevdiği diğer kişilerin yaşamında önemli olduğunu fark etmesinin sağlanması.

Rol ve İlişki Biçimi

Anne herhangi bir sosyal ortamda bulunmaktan uzak duruyor, çevresiyle etkileşimde bulunmakta isteksiz, duygularını paylaşmak istemiyor.

Hemşirelik Tanısı: Sosyal İzolasyon (Anneye Yönelik)

Amaç: Annenin yalnızlık duygularının azalması ve sosyal aktivitelere katılımının sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Annenin aile ve arkadaşlardan gelen destek sistemlerini onaylamasının sağlanması; sosyal aktiviteler planlanması; sosyal aktiviteler gerçekleştirilirken çocuğun bakımı konusunda aile üyelerinden destek alınması; bire bir sosyal etkileşim sağlanması ve duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmesi.

Cinsellik ve Üreme Biçimi

Olgunun annesi cinsel yaşamı konusunda konuşmaktan kaçıyor, konuyu değiştiriyor.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Baş Etme ve Stres Toleransı

Olgunun annesi bulunduğu durumla baş edebilmek için zamanının büyük bir kısmını çocuğunun bakımı, beslenmesi ve hijyen uygulamaları ile geçirmektedir. Ayrıca sık sık dua ettiğini ve ağlayarak rahatladığını belirtmektedir.

İnanç ve Değerler Biçim

Olgunun annesi “dini inançlarının oldukça güçlü olduğunu” belirtmektedir. Çocuğunun hastalığının “Allah’tan gelen bir durum olduğunu” ifade etmekte ve sürekli dua etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lunn MR, Wang CH. Spinal muscular atrophy. Lancet [Internet]. 2008 Jun 21 [cited 2019 Sep 15];371(9630):2120–33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608609216>
2. Özkara B, Budak F. Spinal Muscular Atrophy With Myoclonic Epilepsy. Epilepsi. 2017;23(1):29–30.
3. Canpolat M, Bayram AK, Bahadır O, Per H, Gümüş H, Dunder M, et al. Spinal Musküler Atrofi Olgularının Klinik Özellikleri. Güncel Pediatr. 2016;14:18–22.
4. Akdağ G, Algın Dİ, Erdiñç OO. Epilepsi. Osmangazi Tıp Derg [Internet]. 2016;38(Özel Sayı 1):35–41. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.20515/otd.88853>
5. Erol F, Tanrıkulu F, Dikmen Y. Serebrovasküler Olay Geçiren Bir Olgunun Henderson Hemşirelik Modeli ’ ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. J Contemp Med. 2016;6:94–103.
6. Sarı C. Kathryn Eleain Barnard ’ ın Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile Down Sendromlu Bir Çocuğa Hemşirelik Bakımı. STED. 2018;27(6):441–7.
7. Şahin G, Akyüz E. Derin Ven Trombozu Olan Hastanın Gordon’ un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Turk J Cardiovasc Nurs. 2018;9(18):35–40.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-13 TERMİNAL DÖNEMDEKİ KANSER HASTALARININ YAŞADIĞI
SORUNLAR VE BAKIM GEREKSİNİMLERİ

THE PROBLEMS OF CANCER PATIENTS IN TERMINAL PERIOD
AND CARE REQUIREMENTS

Yasemin ADIGÜZEL¹, Nesrin İLHAN²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
İstanbul/ Türkiye, E-posta: yaseminadiguzel19@hotmail.com

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
İstanbul/ Türkiye, E-posta: nilhan@bezmialem.edu.tr

Özet

Kanser, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, ABD'de ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Günümüzde teknolojinin ve tedavi seçeneklerinin artmasıyla kanser hastalarının yaşam süreleri uzamıştır. Böylece ileri evre, prognozu belli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen kanserli hasta popülasyonu oluşmuştur. Terminal dönem kanser hastalarında en sık karşılaşılan yaşam sonu semptomlar; ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, halsizlik, dispne, asit, anksiyete, ajitasyon, deliryum ve konfüzyondur. Kanser hastalarının en sık bildirilen karşılanmayan ihtiyaçları; günlük yaşam aktiviteleri, psikolojik, bilgi, psikososyal ve fiziksel alanlardaki ihtiyaçlarıdır. Kanser hastalık süreci, sadece hastanın kendisinde değil aynı zamanda ailede bakım verici olan kişilerin hayatlarında da değişiklikler meydana getirmektedir. Hastanın semptom yükü arttıkça, bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik yükünde bir artış yaşanmaktadır. Hem hasta bireyin hem bakım vericilerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelmede evde sağlık ve bakım hizmetleri önemli bir yere sahiptir.

Anahtar kelimeler: Kanser hastası, terminal dönem, karşılanmayan ihtiyaçlar, semptom yükü, bakım verenlerin karşılaştığı sorunlar.

Abstract

Cancer is an important public health problem and is the second leading cause of death in the USA and Turkey. Nowadays, as result of increasing technology and treatment options, the life time of cancer patients has become longer. Thus patients diagnosed with cancer who have non spesific prognosis and variety of symptoms, especially severe pain have become wider compared to recent past. The most common end-of-life symptoms in terminal cancer patients are; pain, loss of appetite, cachexia, weakness, dyspnea, acid, anxiety, agitation, delirium and confusion. The most frequently reported unmet needs of cancer patients are; activities of daily living , psychological , information , psychosocial and physical requirement. The process of cancer disease causes changes not only in the patient itself but also in the lives of the caregivers in the family. As the symptom burden of the patient increases, the physical and psychological burden of the caregivers get higher. Home health and care services which is provided by professionals play an important role in overcoming the problems experienced by both patient and caregivers.

99

Key words: Cancer patient, terminal period, unmet needs, symptom burden, problems experienced by caregivers.

Giriş

Günümüzde kanser, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, tüm dünyada en sık görülen ikinci ölüm nedenidir (1). Tıptaki gelişmeler sonucunda, kanserin iyileşme olasılığı, erken tanı ve uygun şekilde tedavi edilirse mümkün olmakla birlikte, bazı kanser türlerinde ise tedavi her zaman mümkün olamamaktadır (2). Kanser hastaları ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (3,4). Bu durum kanserli hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Türk aile yapısında dini, kültürel, sosyal ve geleneksel değerler açısından hastaların bakımı, kurum bakımı yerine ev ortamında gerçekleştirilmektedir. Fakat bakıma muhtaç olan bireyin tıbbi bakımı, tedavisi, rehabilitasyonu, psikiyatrik tedavisi ve takibi gibi durumlarda aileler rehberliğe ve profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (5). Bu bağlamda ev ortamında; hastaların muayene, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, hastanın ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ailesinin evde bakım sürecinde hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili eğitimi, evde kullanılan tıbbi cihaz ve donanımların doğru kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsayan evde sağlık hizmetlerinin sunumu hastalar ve bakım verici aile üyeleri için büyük önem taşımaktadır (6).

Bu derlemenin amacı, terminal dönem kanser hastalarının yaşadığı sorunları, bakım gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin karşılanmasında evde bakımın önemini vurgulamaktır.

Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, ABD'de ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (7,8). Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması sonucu, vücudun hemen hemen her bölümünü etkileyebilen bir hastalıktır (9). Bu sebeple klinik belirtileri ve tedavileri birbirinden farklı olan bir hastalık grubunu oluşturmaktadır (8). Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) verilerine göre dünyada 2018 yılında 18,1 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkmıştır (10). 2040 yılında yeni vaka sayısının 29,5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (11). American Kanser Birliğinin tahminlerine göre 2019 yılında ABD'de 1,762,450 yeni kanser vakası olacak ve 606,880 kişi kanser sebebiyle hayatını kaybedecektir (12). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre iyi ve kötü huylu tümörler ölüm nedenleri arasında %19,7 oranla 2.sırada yer almaktadır (13). Kanserinin nedenleri tam olarak anlaşılmasına rağmen, değiştirilebilir/önlenebilir nedenler de dahil olmak üzere hastalığın oluşumunu artıran çok sayıda faktör bulunmaktadır. Riski artıran değiştirilebilir/önlenebilir nedenler arasında sigara içmek, aşırı vücut ağırlığına sahip olmak ve alkol kullanımı yer almaktadır (12). Kanserinin görülme sıklığı, cinsiyete, yaşa, ırka ve yaşanılan bölgeye bağlı olarak değişmektedir (14). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kanser istatistiklerine göre; en sık görülen 10 kanserin sıralamasına bakıldığında erkeklerde ilk sırada %52,5 oranla trakea, bronş ve akciğer kanserleri, ikinci sırada %33,1 oranla prostat kanseri, 3.sırada ise %23,1 oranla kolorektal kanserler, kadınlarda %43,8 oranla ilk sırada meme kanseri, ikinci sırada %21,7 oranla tiroid kanseri ve üçüncü sırada %14,4 oranla kolorektal kanserler yer almaktadır (8). GLOBOCAN verilerine göre ise her iki cinsiyette de, en sık görülen (%11,6) ve mortalite oranı yüksek olan kanser türü akciğer kanseridir (%18,4) (10).

Kanser Hastalarının Yaşadığı Sorunlar

Kanser giderek artmakta, hem toplumsal hem bireysel boyutta maddi, manevi ve sosyoekonomik yüke sebep olmaktadır (8). Tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı kanser vakalarında hastanın sıkıntısını ve ağrısını azaltıp, semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır (4). Kanser hastaları, hastalık süreci ve tedaviye bağlı olarak çeşitli semptomlar yaşamaktadırlar (15,16). Terminal dönem kanser hastasında sıklıkla yaşanan son dönem semptomları; ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare, kaşeksi, konstipasyon, uykusuzluk, oral mukozit, dispne, asit, cilt ülseri, anksiyete, ajitasyon, deliryum ve konfüzyon olmakla beraber tüm sistemlere ilişkin sorunlar yaşayabilmektedirler (17,18,19). Bu sorunlara bakıldığında: duyu organlarında, (bulanık görme, kornea ülserleri, deri bütünlüğünde bozulma, aftlar ve mantar enfeksiyonları v.b.) gastrointestinal sistemde, (disfaji, kilo kaybı, distansiyon v.b.) dolaşım ve solunum sisteminde (taşikardi, bradikardi, tromboz, siyanoz, ödem, taşipne, hiperpne, hipopne ve apne) ortaya çıkabilmektedirler (20,21). Nural ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, hastalarda cinsel ilginin azalması, yorgunluk, enerji eksikliği, öfke, gerginlik, endişeli ve mutsuz ruh hali, iştahsızlık ve bulantı şikayetleri görülmüştür (22). Osse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005) ise kanser hastalarının yaşadığı en sık beş sorun; yorulma, ağır ev işleri, prognozun belirsizliği ile başa çıkma, metastaz korkusu ve hayal kırıklıkları olarak bulunmuştur (23). Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmasında hastaların genel olarak yaşadığı sorunlar sorgulanmış ve %72,9 oranla psiko-sosyal konularda sorun yaşadıkları bulunmuştur (3). Kanser hastalarının karşılanmayan ihtiyaçlarını araştıran bir çalışmada; en sık bildirilen karşılanmayan ihtiyaçlar günlük yaşam aktiviteleri (%1-73), psikolojik (%12-85), bilgi alanı (%6-93), psikososyal (%1-89) ve fiziksel (%1-89) alanlardaki ihtiyaçlardır (24). Çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi günlük temel ihtiyaçlarını karşılayamayan terminal dönem kanser hastalarının yaşam bütünlüğü bozulmaktadır. Bu süreci etkin bir şekilde yönetebilmekte, yapamadıkları işlerde ve karşılayamadıkları gereksinimlerde yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (25).

Kanser Hastalarının Bakım Gereksinimleri

Bakım, günlük temel ve enstrümental yaşam aktivitelerini ve medikal desteği sağlamada yardım etmeyi içermektedir (26,27). Günlük temel yaşam aktiviteleri (GYA), 1983 yılında

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

son çalışmaları yapılarak Roper, Logan ve Tierney tarafından 12 aktivite olarak belirlenmiştir. Bu aktiviteler; güvenli çevre sağlama, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölümdür (28). Enstrümental yaşam aktiviteleri (EGYA); telefon kullanabilme, arabataksi vs. ile yolculuk etme, gıda ve giysi alışverişi, yemek hazırlama, ev işleri, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme, para ile ilgili işleri yapabilmedir (29). Medikal destek; hastane kontrollerini ve yapılması gereken tıbbi testleri programlamak, eşlik etmek ve evde bakımı-tedaviyi sağlamak/yönetmede karar vermeyi içermektedir (27).

Kanser Hastalarında Semptom Yönetimi

Kanser hastalarının deneyimlediği semptomlar, hastanın genetik ve bireysel özelliklerine, kanser alanına, evresine, tedavisine, mevcut komorbiditelerine göre farklılık göstermektedir (17). Bu semptomlar hastaların genel durumunu etkileyerek, stres oluşturmakta, yaşam kalitelerinin bozulmasına ve tedavi sürecinin de kesintiye uğramasına neden olmaktadır (2,15,16). Hem hastanın konforu hem tedavinin etkinliği için semptomların kontrol altına alınması önemlidir (17,30). Sık görülen bazı semptomların nedenlerinden ve kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerden aşağıda söz edilmiştir.

102

Ağrı: Ağrı kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini, otonomisini ve yaşam kalitesini azaltan hastayı en çok zorlayan semptomlardan biridir (17,31). Tedavide öncelik, ağrıyı hafifletmek ve olası tekrarları önlemektir. Bu bağlamda genel olarak noninvaziv (farmakolojik ve nonfarmakolojik) ve invaziv yöntemler kullanılmaktadır. Ağrının şiddetini öğrenmek, tedavinin ve bakımın seyrini kontrol etmek için oldukça önemlidir. Evde bakım hemşiresi, hastanın sözel olarak ağrı ifadesini alır (31). Hasta, ağrı günlüğü tutma konusunda cesaretlendirilmelidir, böylece semptom yönetimi kolaylaşır (17). Nonfarmakolojik ağrı tedavisi yöntemleri periferik / fiziksel ve psikolojik / davranışsal yöntemlerdir (17,31). Periferik / fiziksel yöntemler; sıcak ve soğuk uygulama, masaj, vibrasyon, transkutan sinir stimülasyonu ve akupunkturdur. Psikolojik / davranışsal yöntemler; gevşeme egzersizi ve dikkati başka yöne çekmedir (31).

Yorgunluk: Kanser hastalarında yorgunluk hastalığın başlangıcından itibaren bireyi etkileyerek, tedaviden aylar, yıllar sonra bile devam edebilmektedir (32). Tedaviye ya da hastalığa bağlı ortaya çıkabilen yorgunluk birçok faktörden etkilenmektedir. Ulusal Kapsamlı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Kanser Ağrı'nın kansere bağlı yorgunluk klinik uygulama rehberinde bu faktörler; ağrı, duygusal rahatsızlık, anemi, beslenme dengesizliği, uyku bozukluğu / kötü uyku hijyeni, azalan fonksiyonel durum ve komorbiditelerdir (33). Bu bağlamda evde bakım hemşireleri hastanın ağrı, yorgunluk durumunu sorgulamalı, fiziksel tanılmasını yapmalı ve laboratuvar sonuçlarını kontrol etmelidir. Günlük aktivitelerde öncelikleri belirleyerek hastayı kendi bakımına teşvik etmeli ve gerekli stratejileri öğreterek enerjisini korumasını sağlamalıdır. Kötü uyku hijyenini önlemek için yeterli dinlenme ve uyku periyotlarını sağlamada hastaya ve ailesine bilgi vermelidir. Ayrıca doktor önerisi ile çeşitli multivitaminler ve ilaç desteği sağlanabilmektedir (17,18,33).

Bulantı-Kusma: Gastrointestinal semptomlar, hastalığın doğasından, kanserin bu alanda olmasından ya da uygulanan tedavilerin (kemoterapi, uzun süreli ilaç kullanımı) yan etkisi olarak ortaya çıkmaktadır. Bulantı-kusmanın yaşandığı zaman dilimi sorgulanarak gerekli önlemler alınmalıdır. Bu önlemler; kemoterapi öncesi yemek hazırlamama, naneli şeker, sakız ve zencefil tüketme veya hekimiyle görüşerek antiemetik kullanımı olabilmektedir (34). Evde bakım hemşiresi diyetin düzenlenmesini sağlamalıdır. Bulantı ve kusmanın en az olduğu saatler belirlenip beslenme ona göre düzenlenmeli, bulantı ve kusmayı artıran yiyeceklerden kaçınılmalı, hasta sık, az ve oda sıcaklığında besin tüketmeye teşvik edilmelidir (17,18).

Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunlar

Kanser hastalık süreci, sadece hastanın kendisinde değil aynı zamanda ailede bakım verici olan kişilerin hayatlarında da değişiklikler meydana getirmektedir (35). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında, hastalara genellikle bakım verenlerin ağırlıklı olarak eğitim düzeyi düşük orta yaşlı ve evli kadınlar, eş, kız çocuk veya gelinler olduğu görülmektedir (36,37). İlerleyen hastalık sebebiyle hasta bireyin hayatındaki rol işleyişinde değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler bakıcının bir zamanlar kanser olan kişi tarafından gerçekleştirilen gereksinim ve sorumlulukları yerine getirmesini gerektirmektedir (38,39). Aile bakıcıları, hastanın ev veya aile sorumluluklarını kendilerine ek olarak alarak bakımı sağlarken “aşırı rol yüklemesi” yaşayabilmektedirler. Bu rol ve görevler, bakım verenlerin normal rutinlerini bozmakta, onlar üstünde duygusal ve fiziksel olarak yük oluşturmaktadır. Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya (2006) göre bakım vericilerin üstlendiği roller ne kadar fazla olursa, yaşam kalitelerini azaltabilecek stres ve olumsuz etkiyi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yaşama ihtimalleri o oranda artmaktadır (40). Bu bağlamda kanserli kişi için bağımlılık ve semptom yükü arttıkça, bakım verenlerin fiziksel yükünde bir artış yaşanmaktadır (38,39). Glajchen'in (2012) kanser hastalarının fiziksel iyi oluşunu incelediği derlemesinde kanser hastalarının fiziksel iyi oluşlarının bakımının sağlık durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmış olup zaman içinde bakım verenler, bakım vermenin fiziksel taleplerini karşıladıklarından daha fazla sorun bildirmektedirler (38). Bu nedenle ailedeki bakım vericilerin ve hastanın kendi ortamında desteklenmesi, tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren evde bakım hizmetleri çok önemlidir (3). Tayvan'da yapılan bir çalışmada ailedeki bakım verici bireylerin iyi oluşlarına bakılmış, olumlu sağlık personeli-hasta ilişkisi ve aileyi destekleme ile bakım verici aile üyelerinin daha sağlıklı olabilecekleri gösterilmiştir (35). Kanserli hastalara bakım verenlerin stres düzeyleri kontrol edilmezse gelecekte onlarda sağlık sorunları yaşama konusunda risk altında olabilmektedirler (38).

Kanserli Hastanın Evde Bakımı

Kanser hastalarının bakım gereksinimleri dikkate alındığında yaşam kalitelerini arttırmak için profesyonel bakıma ihtiyaçları bulunmaktadır (41). Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri hastayı desteklemek için hayati önem taşır, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırır (22). Evde bakım hizmetleri, sağlığı korumak, geliştirmek, rehabilitasyon ve yaşam kalitesini artırmak için ev ortamında sunulan bir hizmettir. Ayrıca, bireylerin hastanede yatış süresini ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürür, kanser hastalarının hastalıkla ilgili semptomlarının yönetimini sağlar, tedavi edici ve destekleyici bakım ihtiyaçlarını karşılayarak bağımlılıklarını en aza indirir (42). Ülkemizde evde bakım hizmetleri; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, yerel yönetimler, özel evde bakım şirketleri ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilmektedir. Ülkemizde toplumun evde sağlık bakım hizmetlerine olan ihtiyacı nedeniyle, özel evde bakım merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde genellikle multidisipliner, bütüncül yaklaşımla evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde bakım hizmetleri 2010 yılında başlamıştır. Bu kapsamda hastaların evde sağlık bakımı ihtiyaçları kamu hastanelerinin evde sağlık birimleri tarafından karşılanmaktadır (6). Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı tarafından engelli bireylerin ailelerine sosyoekonomik durumlarına göre bakım hizmeti verilmektedir. Hastanın evde bakım hizmeti veren akrabasına bir aylık net asgari ücret ödenebilmektedir (43). Yerel yönetimlerin evde bakım uygulamaları büyükşehir belediyeleri ve büyük ilçe belediyeleri ile sınırlıdır. Yerel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yönetimler tarafından verilen evde bakım hizmetleri, bu alanda ihtiyacı olan çok fazla hastaya ulaşılması ve önemli bir hizmet açığının kapatılması açısından ise son derece önemlidir (44,45,46).

Kanser Hastasının Evde Bakımda Hemşirenin Rolü

Hemşireler çalıştıkları her alanda hastaları holistik bakış açısıyla değerlendirir ve bakım gereksinimlerini karşılar. (41). Bu bağlamda evde bakım hemşireleri, ayaktan kanser tedavisi alan ve evde yaşayan bireyler için değerlendirme yapmak, triyaj yapmak ve semptom yönetimi sağlamak için yeterli donanıma sahip kişilerdir (16).

Evde bakım hemşiresi, hemşirelik süreci doğrultusunda hasta ve ailesinin sağlık gereksinimlerini tanımlar (28). Sonrasında fiziksel tanımlama yapılır. Kendine bakım yetenekleri ve biyo-psiko-sosyal, politiko-ekonomik boyutları sorgulanır, bakım ve sosyal gereksinimleri belirlenir. Ailenin/bakım verenlerin tanımlaması ve çevrenin değerlendirilmesi ile tanımlamaya devam edilir, bu bilgiler kaydedilir (18,45). Toplanan veriler değerlendirilir, hemşirelik girişimleri planlanır ve hedefler oluşturulur (28). Hedeflerin oluşturulmasında hastanın beklentileri tam olarak sorgulanmalıdır. Hasta ve hemşirenin belirlediği ortak hedefler doğrultusunda planlanan hemşirelik girişimleri uygulanırken hasta ile ailesinin bakım ve tedaviye etkin katılımı sağlanır (47). Evde bakım hizmetlerini sunan hemşire temel fiziksel bakımın yanı sıra hastayı bilgilendirme, evde beslenme desteği sağlama (enteral, parenteral beslenme), evde IV tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonları ve semptom yönetimi yapar. Evde beslenme, IV tedavi, kemoterapi ve radyoterapi gibi uygulamalardan sonra oluşabilecek komplikasyonları gözlemler, hasta ve ailesini bilgilendirir (18,48). Girişimler sonucunda hasta değerlendirilir evde bakım hemşiresi hastayı izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar (18).

Sonuç

Terminal dönem kanser hastaları ağrı başta olmak üzere çok sayıda semptom yaşamaktadırlar. Kanser hastalarının en sık bildirilen karşılanmayan ihtiyaçları; günlük yaşam aktiviteleri, psikolojik, bilgi, psikososyal ve fiziksel alanlardaki ihtiyaçlarıdır. Hastanın semptom yükü arttıkça, bakım verenlerin de fiziksel ve psikolojik yükünde bir artış görülmektedir. Hem hasta bireyin hem bakım vericilerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelmede evde sağlık ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bakım hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Evde bakım hemşireleri, kanser hastalarının sorunlarını tanılama ve semptom yönetimi sağlamada yeterli donanıma sahip, yetkin kişilerdir.

Kaynaklar

1. Baysal, S. (2019). *Edirne merkez ilçede sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yaşayan erişkin kadınlarda kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı* (Yayımlanmamış doktora tezi/yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Trakya/Türkiye. Erişim Adresi: dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/1/3012
2. Ovayolu, Ö. ve Ovayolu, N. (2013). Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 83-98.
3. Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29. Erişim Adresi: https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_9_3_22_29.pdf
4. Özçelik, H. Fadiloğlu, Ç. Karabulut, B. Uyar, M. Elbi, H. Eyigör, S. ve diğerleri. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı*, 26(2), 47-56. <https://doi.org/10.5505/agri.2014.93585>
5. Boyoğlu, R. ve Oktay, S. (2002). Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi*, 12(49), 99-118.
6. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. Erişim Tarihi: 25.08.2019.
7. Nichols, H. (2019, 4 Temmuz). What are the leading causes of death in the US? *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/282929.php>. Erişim Tarihi: 12.07.2019.
8. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2018). *Türkiye kanser istatistikleri 2015*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Erişim Tarihi: 12.07.2019.
9. World Health Organization. (2019). *Health topics – Cancer*. <https://www.who.int/topics/cancer/en/>. Erişim Tarihi: 12.07.2019.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

10. Bray, F. Ferlay, J. Soerjomataram, I. Siegel, R. L. Torre, L. A. ve Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 394–424. <http://doi.org/10.3322/caac.21492>.
11. Global Cancer Observatory. (2019). *Cancer tomorrow*. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>. Erişim Tarihi: 12.07.2019.
12. American Cancer Society. *Cancer facts&figures 2019*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>. Erişim Tarihi: 13.07.2019.
13. Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Ölüm nedeni istatistikleri: 2018*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim Tarihi: 12.07.2019.
14. Can, G. (2016). Kanser. N. Akyolcu, ve F. Eti Aslan (Ed.). *Fizyopatoloji içinde* (s. 33-51). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
15. Rha, S. Y. Nam, J. M. & Lee, J. Development and evaluation of the cancer symptom management system: symptom management improves your life (smile) – a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. doi: 10.1007/s00520-019-04865-3.
16. Nichol, K. Stacey, D. Kuziemy, C. & Gifford, W. (2016). Cancer symptom management in the home: a scoping review. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 26(1), 4-10.
17. Uğur, Ö. (2017). Kanser hastasının semptom yönetimi. Z. Bahar, ve A. Beşer (Ed.). *Evde Bakım içinde* (s. 366-392). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
18. Yıldırım, Y. (2013). Kanser hastasının evde bakımı. Ç. Fadiloğlu, G. Ertem, ve F. Ş. Aykar (Ed.). *Evde Sağlık ve Bakım içinde* (s. 3-12). Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
19. Aydoğan, F. ve Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24, 4-9.
20. Tosun, H. ve Aştı, T. (2019). Palyatif bakım ve ölüm. A. Akçakaya (Ed.). *Palyatif Bakım ve Tıp içinde* (s. 630,635). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
21. Millî Eğitim Bakanlığı. (2015). *Sağlık hizmetleri - terminal dönemde bakım*. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Terminal%20Dönemde%20Bakim.pdf. Erişim Tarihi: 20.07.2019.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Nural, N. Hintistan, S. Gürsoy, A. A. ve Duman, E. N. (2009). The effect of home healthcare on quality of life in patients diagnosed with gastrointestinal cancer. *Gastroenterology Nursing*, 32(4), 273-283.
23. Osse, B. H. P. (2005). The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Supportive Care In Cancer*, 13(9), 722-732. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-004-0771-6>
24. Harrison, J. D. Young, J. M. Pricee, M. A. Butow, P. N. & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(8), 1117-1128.
25. Yadigaroğlu, H. (2019). Kanser hastası bulunan ailelerde hastalık deneyimi ve fertlerin yaşam bütünlüğünün bozulmasına etkisi. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 404-415.
26. Adelman, R. D. Tmanova, L. L. Delgado, D. Dion, S. & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
27. Collins, L. G. & Swartz, K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, 83(11), 1309–1317.
28. Kaya, N. (2014). Hemşirelik süreci – hemşirelik tanılması. T. Atabek Aştı, ve A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* içinde (s. 138-174). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
29. Şahbaz, M. ve Tel, H. (2006). Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(2): 85-93.
30. Tarakçıoğlu Çelik, G. H. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 93-100.
31. Büyükyılmaz, F. (2019). Palyatif bakımda semptom yönetimi ve hemşirelik yaklaşımı. A. Akçakaya (Ed.). *Palyatif Bakım ve Tıp* içinde (s. 57-68). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
32. Bag, B. (2012). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(4):253-273.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

33. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network). (2015). Cancer-related fatigue, version 2.2015 - clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(8).
34. Albayrak Okçin, F. A. (2019). Bulantı ve Kusmada Hemşirelik Bakımı. A. Akçakaya (Ed.). *Palyatif Bakım ve Tıp içinde* (s. 130-137). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
35. Yeh, P. M. Wierenga, M. E. & Yuan, S. C. (2009). Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4), 154-166.
36. Bekdemir, A. ve İlhan, N. (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3).
37. Sanuade, O. A. & Boatemaa, S. (2015). Caregiver profiles and determinants of caregiving burden in Ghana. *Public Health*, 129, 941-947.
38. Glajchen, M. (2012). Physical well-being of oncology caregivers: An important quality-of-life domain. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 226-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.005>
39. Grov, E. K. Fossa, S. D. Sørebo, Ø. & Dahl, A. A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63, 2429-2439. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.008>
40. Kim, Y. Baker, F. Spillers, R. L. & Wellisch, D. K. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-Oncology*, 15, 795-804.
41. Güngör, A. (2015). *Kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
42. Dik, A. (2017). Evde bakım ekibi, rol ve sorumlulukları. Z. Bahar, ve A. Beşer (Ed.). *Evde Bakım içinde* (s. 366-392). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
43. Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik. (2006). Erişim Adresi: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_bakimamuhtacozurlulertesbiti_vebakimi.pdf. Erişim Tarihi: 25.08.2019.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

44. Fadiloğlu, Ç. (2013). Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi. Ç. Fadiloğlu, G. Ertem, ve F. Ş. Aykar (Ed.). *Evde Sağlık ve Bakım* içinde (s. 3-12). Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
45. Çevirme, A. (2016). Evde Bakımda Halk Sağlığı Hemşireliği. B. Erci (Ed.). *Halk Sağlığı Hemşireliği* içinde (s. 57-68). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
46. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri. <http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx>.
Erişim Tarihi: 10.09.2019.
47. Şendir, M. ve Büyükyılmaz, F. (2014). Planlama. T. Atabek Aştı, ve A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* içinde (s. 138-174). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
48. Aydoğdu, N. G. Çal, A. ve Bahar, Z. (2017). Z. Bahar, ve A. Beşer (Ed.). *Evde Bakım* içinde (s. 366-392). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

S-14 YAŞLI BAKIMINDA ROBOT KULLANIMI

ROBOT USE IN ELDERLY CARE

Duygu Çelik Seyitoğlu*, Gülsen Güneş*, Rukuye Aylaz**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Özet

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ve buna paralel olarak yaşlı bakımında işgücü talebi artmıştır ve artmaya devam edecektir. Bu talebi karşılamak için bilim dünyasının farklı arayışları vardır. Bakım ve sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamada, robot kullanımı bir alternatif çözüm olabilir. Bilim dünyasında bu konuyla ilgili çalışmalar ve geliştirilen modeller vardır. Geliştirilen robotlar fiziksel destek sağlayabilir, sağlık hizmet robotları olabilir. Bu çalışma, “yaşlı bakımı, robot” kelimeleri Google scholar, pubmed gibi çeşitli bilimsel makale tarama programlarında tarama yapılarak, elde edilen çalışmaların gözden geçirilmesi niteliğindedir. Tansiyon ve kan şekerini ölçmeyi başaran ve sağlığı izleyebilen robotlar kullanılmıştır. Sağlık hizmet sunumu noktasında yardımcı olabilecek bu modellerin en önemli özelliklerinden biri hayati sağlık parametrelerini izleyip çıktılarını hastaların doktorlarına iletmesidir. Bakımevinin çalışanları en çok “düşmeleri tespit etmek, yardım çağırmak” konusunda bir robotun yararlı olacağını düşünürken, bakımevinde kalanlar ise ağır şeyleri kaldırma konusunda yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Artan kronik hastalıklarda, koruyucu hekimliğin temellerinden biri olan erken tanı konulması, toplum taramalarının daha hızla yanıt vermesi için robotların ve yapay zekanın sağlık alanında çok daha fazla yer bulacağına inanılmaktadır.

Anahtar kelimeler: yaşlı bakımı, robotlar

Abstract

With the increase in the average life expectancy, the number of people in need of care and the demand for labor in elderly care have increased and will continue to increase. To meet this demand, the world of science has different quests. The use of robots can be an alternative solution to meet the needs of care and health care. There are studies and models developed in the world of science. Developed robots can provide physical support and health service robots. The aim of this study is to review the studies obtained by searching the words “elderly care, robot Google in various scientific article screening programs such as Google scholar and pubmed. Robots that monitor blood pressure and blood sugar and monitor health are used. One of the most important features of these models that can help in the provision of health services is monitoring vital health parameters and communicating their outputs to their doctors. The employees of the nursing home thought that a robot would be most useful in tespit detecting falls, calling for help,, while those in the nursing home could help in lifting heavy things. In increasing chronic diseases, it is believed that robots and artificial intelligence will find much more room in the health field for early diagnosis, which is one of the foundations of preventive medicine, and for community screenings to respond more rapidly.

Keywords: elderly care, robots

GİRİŞ

Dünya üzerinde 2015 yılında 900 milyon kadar 60 yaş üzeri kişinin var olduğu rapor edilmiş ve 2050 yılında bu sayının 2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2017 yılında nüfusumuzun %8.5'i 65 yaş ve üzerindedir (2). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranında artış trendi vardır. Bu durumun halk sağlığı penceresinden bakıldığında iki önemli sonucu bulunmaktadır.

Bunlardan ilki kronik hastalık sıklıklarında artıştır. Bu hastalıklarının tedavisi ve komplikasyonlarının profilaksisi için hastanelerden ayakta ya da yatarak hizmet alımların artmasına, hastanede kalış sürelerinin uzaması, çoklu ilaç kullanımı sorununun daha da yaygınlaşması dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına neden olacaktır. Bu dönemde yaşlılarda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon olup yine kalp-damar hastalıkları, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoartrit, depresyon ve demans gibi hastalıklarda yaygındır (3). Ayrıca işitme kaybı, katarakt, sırt ve boyun ağrıları da önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Günümüz sağlık sistemini ve şartları ile doğabilecek sağlık hizmeti talebi karşılanamayabilir ve yeni çözümler aranmalıdır.

Bir diğer sonuç ise yaşlanma ile ortaya çıkan, yeti yitimlerine bağlı bakım ihtiyacının artmasıdır. Bakım, kişinin fiziksel ve zihinsel yetersizliğinden dolayı günlük gereksinimlerini yerine getirmede verilen emek, yapılan yardımdır. Bu emeği veren kişiye de bakım veren denmektedir (4). Bakım kapsamına, giyinme beslenme gibi temel ihtiyaçlardan, ilaçların alınmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin alınımının planlanması ve koordinasyonu, sosyal destek sağlanması gibi pek çok konu girmektedir. Bu bakım ihtiyacını, aile bireyleri, bakım evleri, yaşlının evinde çalışan görevliler gibi başlıca çeşitli kaynaklardan sağlanmaktadır. Türkiye'de bakım verenle ilgili yapılan pek çok çalışmada, bakıcı rolünün öncelikle kadınlar tarafından yürütüldüğü ortaya çıkmıştır (5-7).

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ve buna paralel olarak yaşlı bakımında işgücü talebi artmıştır ve artmaya devam edecektir. Bu talebi karşılamak için bilim dünyasının farklı arayışları vardır.

Bakım ve sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamada, robot kullanımı bir alternatif çözüm olabilir. Bilim dünyasında bu konuyla ilgili çalışmalar ve geliştirilen modeller vardır. Geliştirilen robotlar fiziksel destek sağlayabilir, sağlık hizmet robotları olabilir veya arkadaşlık yapabilir. Dünyada kullanılmış ve/veya kullanılan robotlara örnekler verebiliriz.

YÖNTEM

Bu çalışma, “yaşlı bakımı, robot” kelimeleri Google scholar, pubmed gibi çeşitli bilimsel makale tarama programlarında tarama yapılarak, elde edilen çalışmaların gözden geçirilmesi niteliğindedir. Geleneksel derleme tipinde yazılmıştır.

BULGULAR

PARO, Japonya'daki Ulusal İleri Endüstriyel Bilim ve Teknoloji Enstitüsü'nün (AIST) Akıllı Sistemler Araştırma Enstitüsü (ISRI) tarafından geliştirilmiş olan ve yaşlılara arkadaşlık

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

edebilecek bir robottur. Hayvanların etkilerini incelemek için geliştirilmiştir. Çeşitli sensörlere sahiptir. Işık sensörü sayesinde aydınlık ve karanlığı algılayabilmektedir. Bunun dışında dört sensörü daha olan bu 40 cm büyüklüğündeki şirin robot yalnız yaşayan yaşlılar için iyi bir arkadaş tercihi olabilir(8).



Şekil1. Japonya’da “National Institute of Advanced Industrial Science and Technology” tarafından geliştirilen robot PARO

Yaşlılar için mobil robotik asistanlar geliştirmeye yönelik bir diğer çaba ise PEARL’dir. Bu robot insanlara yeme, içme, ilaç alma gibi rutin faaliyetler hakkında hatırlatmalar yapabilmekte ayrıca banyoyu kullanmak ve mobilize olma konularında da yardımcıdır. Birden çok üniversitenin ve disiplinin beraber çalışarak ürettiği bu robot yaşlılar için fizik destek de sağladığı için dikkat çekicidir.(9)

Tansiyon ve kan şekerini ölçmeyi başaran yalnız dış görünümünün hoş gitmemesi sebebiyle artık üretilmeyen HOPIS, sağlığı izleyebilen CAFERO, HEKTOR gibi robotlardan da söz etmek mümkündür. Sağlık hizmet sunumu noktasında yardımcı olabilecek bu modellerin en önemli özelliklerinden biri hayati sağlık parametrelerini izleyip çıktılarını hastaların doktorlarına iletmesidir(10).

Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Çünkü bilim dünyasının teknoloji ve mühendislik alanındaki beyin gücü sürekli bir öncekinden daha gelişmiş ve yaşlıların isteklerine göre en ideal modeli oluşturmada son hızla çalışmaktadır. Bu aşamada tasarımcılara yardımcı olacak en büyük yaklaşım şudur: “yaşlılar ne istemektedir?” Çünkü robot kullanımı konusunda yaşlılar isteksiz olabilirler. Robotların soğuk olduğunu ve bakım sağlayamayacağı düşünülebilir. Yaşlıların yaşam tarzı değişikliklerine açık olamaması ve teknoloji kullanımı konusunda isteksiz olması robot kullanımını olumsuz etkileyebilir (11).

Ayrıca insan-teknoloji etkileşimi konusunu psikolojik bir perspektiften ele alarak, robotik cihazların insanların günlük yaşamındaki potansiyel etkilerine ışık tutmak amacıyla yapılan bir çalışmada, yeni teknolojilerin kullanımı konusunda genel olarak olumlu bir değerlendirme ortaya konmuştur. Yalnız özellikle katılımcıların yaşı arttıkça teknolojinin yaşamlarını nasıl geliştirip geliştiremediklerine dair güvensizlikte artış olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, kadınların erkeklere göre daha fazla güvensiz oldukları ortaya çıkmıştır (12). Aynı çalışmada bu güvensizliğin azaltılması için küçük boyutlu, yavaş

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hareket eden, kadınsı ses tonuna sahip, yalnızca işbirlikçi robotların daha yararlı olabileceği ortaya konmuştur(12).

Yaşlılar için robot hasta bakıcılara karşı tutumların incelendiği bir çalışmada, çalışmaya yaşlılar ve onlara bakım sağlayan bakımevi personeli dahil edilmiştir. Bu çalışmada hem yaşlıların hem de bakım sağlayanların robotları aşına olmadığı sonucu rapor edilmiştir. Bakımevinin çalışanları en çok “düşmeleri tespit etmek, yardım çağırmak” konusunda bir robotun yararlı olacağını düşünürken, bakımevinde kalanlar ise ağır şeyleri kaldırma konusunda yardımcı olabileceğini belirtmiştir. aynı çalışmada bakımevinde kalan yaşlıların bir robotun faydalı olabileceği konular arasında en az işaretlenen seçeneğin “tıbbi öneride bulunmak” olduğu rapor edilmiştir (13).

Sağlık hizmet sistemlerinin sürdürülebilirliği için yapay zeka, 3D-printing ve robotlar gibi dijital sağlık teknolojilerince desteklenmelidir. Bu sayede sağlık çalışanlarının hastaya birebir ayıracakları zaman da artmış olacaktır (14).

Sağlık alanında farklı amaçlarla kullanılacak robotlar var olduğu gibi yaşlı kişinin evinde çeşitli fonksiyonlarıyla görev yapacak robotlar da vardır ve yakın zamanda hayatlarımıza daha çok girmiş olacaklar. Aynı zamanda artan kronik hastalıklarında, koruyucu hekimliğin temellerinden biri olan erken tanı konulması, toplum taramalarının daha hızla yanıt vermesi için de robotların ve yapay zekanın sağlık alanında çok daha fazla yer bulacağına inanılmaktadır..

SONUÇ

Yirminci yüzyılın önemli sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın yol açtığı problemlerken, sağlık hizmetlerinde ve teknolojideki gelişmelerle enfeksiyon hastalıkları önemli şekilde kontrol altına alınmış ve aşırı doğurganlıkta belirgin azalma sağlanmıştır. Böylece insan ömrü uzamış, toplumlar yaşlanmaya başlamış, kronik ve dejeneratif hastalıklar artmaya başlamıştır. Bu değişimlere paralel olarak sağlık hizmet sunucuların ilgi alanında değişiklik yapması ve çözümler üretme konusunda girişimlerde bulunması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595>
3. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):1-6.
4. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. Clinical Experimental Health Sciences. 2013;3(5).
5. Unver V, Basak T, Tosun N, Aslan O, Akbayrak N. Care Burden and Self-Efficacy Levels of Family Caregivers of Elderly People in Turkey. Holistic nursing practice. 2016;30(3):166-73.
6. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(3):22-9.
7. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal. 2012;13(3).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Broekens J, Heerink M, Rosendal H. Assistive social robots in elderly care: a review. *Gerontechnology*. 2009;8(2):94-103.
9. Pollack ME, Brown L, Colbry D, Orosz C, Peintner B, Ramakrishnan S, et al., editors. Pearl: A mobile robotic assistant for the elderly. AAAI workshop on automation as eldercare; 2002.
10. Robinson H, MacDonald B, Broadbent E. The role of healthcare robots for older people at home: A review. *International Journal of Social Robotics*. 2014;6(4):575-91.
11. Terkeş N, Bektaş H. Yaşlı Sağlığı ve Teknoloji Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016;9(4).
12. Scopelliti M, Giuliani MV, Fornara F. Robots in a domestic setting: a psychological approach. *Universal Access in the Information Society*. 2005;4(2):146-55.
13. Broadbent E, Tamagawa R, Patience A, Knock B, Kerse N, Day K, et al. Attitudes towards health-care robots in a retirement village. *Australasian journal on ageing*. 2012;31(2):115-20.
14. Vercelli A, Rainero I, Ciferri L, Boido M, Pirri F. Robots in elderly care. *DigitCult-Scientific Journal on Digital Cultures*. 2018;2(2):37-50.

S-15 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDEKİ YATAN HASTA PROFİLİ VE REHABİLİTASYON UYGULAMALARI

PATIENT PROFILE AND REHABILITATION APPLICATIONS IN PALIATIVE CARE UNIT

Büşra Candiri¹, Sibel Duman², Burcu Talu¹

¹İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Malatya, Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada, bir eğitim araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesindeki hasta profilinin belirlenmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ve rehabilitasyon alan hasta oranlarının tanımlanması amaçlandı.

Metod: Çalışmada, tek merkezli ve geriye dönük olarak Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım kliniğinde, 1 Ocak 2019 ve 11 Temmuz 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastaların elektronik dosya kayıtlarının incelenmesi ile veriler elde edildi. Hastalar; yaş, cinsiyet, yatış ve taburculuk tarihleri, asıl tanı ve yatışa neden olan tanıları, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının varlığı ve mortalite ile ilgili bilgileri alınarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada ortalama yaşı 75 olan 99 hasta incelendi. Hastanede ortalama kalış süreleri 21.9 gündü. 9 hasta nakil ve 38 hasta exitus olmuştu. Hastaların primer hastalık tanıları arasında en çok malignite (%31.31, n=31) görülürken bunu serebrovasküler hastalıklar (%27.27, n=27), alzheimer (%10.10, n=10), kalp rahatsızlıkları (% 5.05, n=5), parkinson (%4.04, n=4), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (%3.03, n=3), diyabet ve amputasyon vakaları (%3.03, n=3) ve diğer rahatsızlıklar (%16.16, n=16) izledi. Yakınma nedenleri arasında 60 hastada beslenme bozukluğu görülmesi itibariyle ilk sırada yer almakta 18 hastada ağrı, 16 hastada dekübit ülser, 14 hastada solunum problemleri, 12 hastada diğer problemler görülmekte olup bazı hastalarda birkaçı birlikte görülebilmekteydi. 25 hastanın rehabilitasyon uygulamaları aldığı kaydedildi. Rehabilitasyon alan hastaların mortalite oranı %28 olarak belirlendi.

Tartışma: Fiziksel hareketsizliğin kanser, erken ölüm gibi durumları arttırdığı bilindiğinden; palyatif bakım ünitelerinde sadece ileri yaş ve son evre rahatsızlıkların değil; akut, immobil durumdaki ya da farklı tanılardaki her hastanın rehabilitasyon uygulamalarından faydalanmasının daha hızlı iyileşme süreçlerine katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Rehabilitasyon, palyatif bakım, palyatif tedavi, kanser rehabilitasyonu

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the patient profile in a palliative care unit of an educational research hospital and to define the rate of patients receiving rehabilitation and rehabilitation practices.

Methods: The data were obtained by examining the electronic records of inpatients between January 1, 2019 and July 11, 2019 in a single center and retrospective palliative care clinic of Malatya Training and Research Hospital. Patients; age, sex, hospitalization and discharge dates, diagnosis and causes of hospitalization, presence of physical therapy and rehabilitation and mortality.

Results: The study included 99 patients with a mean age of 75 years. Mean hospital stay was 21.9 days. 9 patients had transplantation and 38 patients had exitus. Malignancy (31.31%, n = 31) was the most common diagnosis of the patients, whereas cerebrovascular diseases (27.27%, n = 27), Alzheimer's (10.10%, n = 10), heart diseases (5.05%, n = 5), Parkinson's disease (4.04%, n = 4), chronic obstructive pulmonary diseases (3.03%, n = 3), diabetes and amputation cases (3.03%, n = 3) and other disorders (16.16%, n = 16). The most common cause of complaints was malnutrition in 60 patients, pain in 18 patients, decubitus ulcer in 16 patients, respiratory problems in 14 patients, and other problems in 12 patients. It was recorded that 25 patients received rehabilitation applications. The mortality rate of the patients receiving rehabilitation was 28%.

Discussion: Since physical inactivity is known to increase conditions such as cancer and early death; in palliative care units, not only of advanced age and end-stage disorders; We think that each patient in acute, immobile or different diagnoses benefit from rehabilitation applications will contribute to faster healing processes

Key Words: Rehabilitation, palliative care, palliative treatment, cancer rehabilitation

GİRİŞ

Palyatif bakım; hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi semptomların kapsamlı olarak değerlendirilmesini, kontrolünü ve tedavi ile giderilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını, acıların hafifletilmesini, ailenin ve/veya diğer bakım verenlerin desteklenmesini sağlayan bakımdır (1,2). Palyatif bakımda rehabilitasyon kavramı ise, terminal hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini artırma, ağrıyı azaltma, fonksiyonu koruma veya iyileştirme potansiyeline sahip olması açısından dikkat çekmektedir (3).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Rehabilitasyon, palyatif bakıma benzer, çünkü ikisinde de amaç hastalığı iyileştirmek veya ortadan kaldırmak değil, yaşam kalitesini arttırmaktır (4).

Hastalığın ilerlemesi ile hospis ve palyatif bakımda, hastalar yüksek düzeyde fonksiyonel kayıp, günlük yaşam aktivitelerinde (ADL) bağımlılık ve mobilite işlev bozukluğu yaşarlar (5,6). Bu hastalardaki özürülük durumu; ağrı, yorgunluk, nörolojik ve muskuloskeletal problemler, yetersiz beslenme, mesane ve bağırsak disfonksiyonu, depresyon, tedavilerden kaynaklanan komplikasyonlar ve eşlik eden komorbiditeleri içeren birçok faktöre bağlıdır (3).

Lehmann ve meslektaşları hastane ortamında kanser hastalarının %35'inin fiziksel zayıflık nedeniyle fonksiyonel kayıp, % 32'sinin ADL'lerde performansla ilgili yardıma ihtiyaç duyduğunu, % 23'ünün ambulasyonda zorluk yaşadığını ve % 7'sinin de transferlerde eksiklik olduğunu belgelemiştir (7). Fiziksel sakatlık yaşamın birçok yönünü etkiler ve depresyona, yaşam kalitesinin düşük olmasına, artan bakıcı gereksinimleri ve sağlık hizmeti kaynak kullanımına ve kurumsallaşma ihtiyacına yol açar (3). Yoshioka'nın yaptığı bir çalışmada, son aşamada bile, hastaların %85'inin yürümek ya da tekerlekli sandalyede dolaşmak istediğini ve bu yönleriyle ilgili müdahalelerin etkili ve tatmin edici olduğunu bildirmiştir (8). Motivasyonu ve mobil olma arzusunu sürdürmek uzun ve gelişmiş bir yaşam kalitesine katkıda bulunabilirken, fiziksel hareketsizlik her yıl erken ölümlere neden olur. Pate ve arkadaşları ve Bryan ve arkadaşları zayıf egzersiz ve beslenmenin toplam kanser ölümlerinin yaklaşık %30'uyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (9,10). Rehabilitasyon bu ihtiyacı gidermeye hizmet edebilir ve daha yüksek bir yaşam kalitesi sağlamak için palyatif bakım için gerekli bir disiplin olabilir (11). Hastalığın ileri evrelerinde bile rehabilitasyon, fonksiyonun geri kazanılmasına veya korunmasına ya da güçlendirilmesine, ambulasyon, hareket açıklığı (ROM) ve günlük yaşam aktivitelerinin (ADL) iyileştirilmesi ve ağrıların azaltılması gibi yollarla fonksiyonel düşüşün yavaşlatılmasına yardımcı olabilir (6).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar; motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS), ileri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin), tedaviye yanıtız kanserler, HIV/AIDS, çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır (12). Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici ya da tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin sayısında hızlı bir artış olması ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artması; palyatif bakımın yeni bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yer almasını sağlamıştır (13). Son yıllarda; kanserlerin artması, yapılan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

tedavilerle yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların çoğalmasıyla palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç duyulmakta ve gittikçe önemi artmaktadır (14). Palyatif bakım ve rehabilitasyonun ikisi de hasta ve aile merkezli bakımı vurgulamakta ve multidisipliner bir yaklaşım kullanarak hastanın hedeflerine ulaşmaya odaklanmakta olduğundan rehabilitasyon da dahil olduğu bir ekip yaklaşımı gerekmektedir. Bu ekip yaklaşımı, hekimin, terapistin, hemşirenin, sosyal hizmetin aynı hedefe yönelik çalışmasını sağlar (11).

AMAÇ

Ülkemizde “palyatif bakım” kavram olarak henüz yerleşmemiş olup sıklıkla “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır (15). Fakat multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği ve hastanın tüm sorunlarına yönelik yaklaşımlar geliştirilmesi gerektiği aşikardır. Bu açıdan rehabilitasyon da hastaların semptom yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır. Yeni gelişmekte olan palyatif bakım içinde rehabilitasyonun rolüyle ilgili ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu açıdan palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların rehabilitasyona olan ihtiyacını tanımlamak açısından; palyatif bakıma başvuran genel hasta profilini belirlemek, sıklıkla görülen semptomları değerlendirmek önemli yer tutmaktadır. Daha sonra rehabilitasyon uygulamalarının çeşitli hastalıklara, semptomlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek gerekmektedir. Bu çalışmada amaç belirli bir örnekleme yatan hasta profilini, yakınmalarını, rehabilitasyon alan hasta çeşitliliğini belirlemek ve palyatif bakımda rehabilitasyonun etkisini değerlendirmek için yapılacak ileriki çalışmalara zemin oluşturmaktır.

YÖNTEM

Tek merkezli ve retrospektif olarak Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım kliniğinde, 1 Ocak 2019 ve 11 Temmuz 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastaların elektronik dosya kayıtlarının incelenmesi ile veriler elde edildi. Elektronik dosyalardan hastaların yaş, cinsiyet, yatış ve taburculuk tarihleri, asıl tanı ve yatışa neden olan tanılar, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının varlığı ve mortalite ile ilgili bilgileri alınarak değerlendirildi. Ayrıca tedavi programındaki rehabilitasyon uygulamaları da kaydedildi. Yatış süresi 1 gün ve daha az olan hastalar dahil edilmedi.

BULGULAR

Çalışmada 45 erkek, 54 kadın olmak üzere toplam 99 hasta incelendi. 26-96 yaş aralığındaki hastaların ortalama yaşı 75 idi. Hastanede ortalama kalış süreleri 21.9 gündü. 9 hasta nakil ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

38 hasta exitus olmuştu. Hastaların primer hastalık tanıları arasında en çok malignite (% 31.31, n=31) görülürken bunu serebrovasküler hastalıklar (% 27.27, n=27), alzheimer (% 10.10, n=10), kalp rahatsızlıkları (% 5.05, n=5), parkinson (% 4.04, n=4), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (% 3.03, n=3), diyabet ve ampütasyon vakaları (% 3.03, n=3) ve diğer rahatsızlıklar (% 16.16, n=16) izledi. Yakınma nedenleri arasında 60 hastada beslenme bozukluğu görülmesi itibariyle ilk sırada yer almakta 18 hastada ağrı, 16 hastada dekübit ülser, 14 hastada solunum problemleri, 12 hastada diğer problemler görülmekte olup bazı hastalarda birkaçı birlikte görülebilmekteydi. 25 hastanın eklem hareket açıklığı ve güçlendirme egzersizleri, yatak içi ve dışı mobilizasyon, postural drenaj, solunum egzersizleri, yutma terapisi gibi rehabilitasyon uygulamaları aldığı belirlendi. Rehabilitasyon alan hastaların % 56' sı başta serebrovasküler hastalık (n=8) olmak üzere alzheimer (n=4) ve parkinson (n=2) gibi nörolojik hastalıklardan oluşmaktaydı. %24'ü ise çeşitli malignitelere; %20' si ise çeşitli organ yetmezlikleri ve kırığa bağlı semptomlara yönelik rehabilitasyon almaktaydı. Rehabilitasyon alan hastaların mortalite oranı ise % 28 olarak belirlendi.

TARTIŞMA

Bu araştırmada palyatif bakım ünitesinde en çok palyatif bakıma ihtiyaç duyan tanılarının belirlenmesi, rehabilitasyon hizmeti alan hasta sayılarının tanımlanması ve rehabilitasyonla mortalite arasındaki ilişkinin ortaya konulmasına odaklanılmıştır. Palyatif bakım ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir (16). Çalışmamızda palyatif bakım ünitesinde bakım alan hastaların kronik ve ilerlemiş tanılara sahip olduğu görülmektedir. Bazı hastalarda bir ya da birkaç kronik hastalık birlikte iken primer olarak hastaların % 31.31' inde malignite ön plandadır. Kanser hastalarının tanı ve tedavilerinin her aşamasında rehabilitasyon uygulamalarının yeri vardır. Bu hastalarda rehabilitasyon hizmetleri ayaktan hasta, yatan hasta, konsültasyon hizmetleri, evde terapi ve bakım merkezleri ve palyatif bakım ile sağlanabilir. Palyatif bakım prensipleri sadece terminal dönem hastalara değil, hastalıkların pek çok aşamasında semptomları azaltmak ve hayat kalitesini arttırmak amacı ile kullanılmaktadır. Palyatif amaçlı rehabilitasyonda da hastalık ileri evrededir. Bu dönemde temel hedefler mobilite ve bağımsızlığı mümkün olduğunca arttırmak ve uygun ortez ve cihazlarla hastayı desteklemektir. Kötü prognoz düşüncesi ve temel kanser tedavilerinin öncelik kazanması nedeniyle kanser rehabilitasyonuna ilgi azdır (17). Çalışmamızda da az sayıda kanser hastasının rehabilitasyon hizmeti aldığı görülmektedir. Palyatif bakımda fizik tedavinin

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

önemli bir rolü vardır. Terapistler, kanser tanısı alan hastaların bütünsel bakımında önemli bir rol oynar (18). Hastane temelli bir palyatif bakım ünitesinde, fizyoterapistler, ağrı, dengesizlik ve fokal zayıflık gibi genel fonksiyonel sakatlıkları tedavi eder (19). Palyatif onkolojide fizyoterapistlerin kullandığı diğer tedavi stratejileri arasında ambulasyon, kas-iskelet sistemi terapisi, nörolojik terapi, solunum terapisi, elektrofiziksel ajanların kullanımı, mekanik terapi ve dekonjestif fizyoterapi bulunur (6). Birden fazla çalışma, bu terapi tekniklerinin kansere bağlı yorgunlukta faydalı olabileceğini bildirmektedir (11). Cole ve arkadaşlarının kapsamlı yatan hasta rehabilitasyonu yapılan 200 kanser hastasındaki çalışması, motor işlevinde sadece kayda değer bir iyileşme olan intrakranial neoplazmı olanlar hariç hem motor hem de bilişsel işlevlerde iyileşme gösterdiğini belirtmişlerdir (20). Çalışmamızda serebrovasküler hastalık, alzheimer, parkinson gibi nörolojik hastalıklar sonucu da palyatif rehabilitasyon alan hasta sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun nörolojik rehabilitasyonun bu hasta gruplarında etkinliğine dair araştırmaların fazlalığı dolayısıyla daha etkin kullanılmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Palyatif bakım alan hastalar bir ya da birkaç semptomu sıklıkla birlikte yaşamaktadır. Çalışmamızda palyatif bakım ünitesine yatış endikasyonu olarak sıklıkla beslenme bozuklukları görülmektedir. Bu iştahsızlık, mide bulantısı şeklinde görülmekteydi. Hastalara gerekli beslenme desteği sağlanmaktaydı.

Yaşanan semptomlar arasında yaşam kalitesini en çok bozan ve hasta ve ailesini en çok korkutan semptomlardan biri ağrıdır. Çalışmamızda, kabul edilen hastaların yakınma nedenleri arasında 2. Sırada yer almaktadır. Terminal dönem kanser hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların %45'inde ağrı olduğu belirtilmiştir (21). Ağrı tedavisinde farmakolojik, farmakolojik olmayan ya da invaziv yöntemler kullanılmaktadır. Ağrıyı tedavi etmek için kullanılan fiziksel modalitelerin örnekleri arasında masaj, sıcak, soğuk, ultrason, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), diatermi, manuel lenfatik drenaj ve yumuşak doku mobilizasyonu bulunur (22). İlerlemiş hastalıkları olan hastalarda ayrıca farmakolojik olmayan bir yöntem olan egzersizin olumlu etkileri fonksiyonel kapasite, vücut kompozisyonu, ruh hali, özgüven, yaşam kalitesi ve yorgunluk, bulantı, ağrı, kas spazmı ve ödem gibi fizyolojik ve psikolojik fonksiyonel parametrelerdeki gelişmeleri içerir (3). İlerlemiş kanserli hastalarda yapılan bir çalışma tedavi grubunda haftada 3 kez tedavi alan hastaların (aktif egzersiz, miyofasiyal gevşetme ve proprioseptif nöromusküler fasilitasyon) kontrol grubuna göre Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği ve ağrıdan memnuniyet

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

skorlarının iyileştiğini göstermiştir (23). Gevşeme teknikleri ve biofeedback, hastaların ağrı yönetimi için kullanabilecekleri çeşitli araçlardır. Akupunktur, dikkat temelli stres azaltma ve hipnoz gibi tamamlayıcı stratejilerin hepsi hem malign hem de malign olmayan ağrı için bazı faydalar göstermiştir (24,25,26). Pujol ve Monti'nin kanser ağrısı için farmakolojik olmayan ve tamamlayıcı tedavileri incelemesi, tedaviyi yönlendirmek için yüksek kaliteli çalışmaların yetersizliğini kabul etmişlerdir (27). Palyatif bakımda ağrı yönetiminde fiziksel ve tamamlayıcı yöntemlerin etkilerine dair kapsamlı araştırmaların yapılması daha ucuz ve ulaşılabilir ağrı yönetim tekniklerinin kullanılmasını arttıracakı görüşündeyiz.

Palyatif sürecin başında bası ülserlerinin önlenmesi temel amaç olmalıdır. Çalışmamızda bası ülserleri palyatif bakıma yatış semptomu olarak görülmektedir. Terminal dönemdeki hastalarda amaç bu bölgenin ağrı ve acısının azaltılmasıdır. Bu amaçla yaraya basıyı azaltan destekler kullanılır (dekübit minderi, simidi), sık pozisyon değişikliği yapılır, gerekirse analjezik uygulanır (28). Multisipiliner bir ekibin üyesi olan fizyoterapistlerin pozisyon değişikliği konusunda dahil olması, bası ülserlerinin oluşmasını engelleme noktasında aktif olmaları gerekmektedir.

Solunum problemlerine yönelik pulmoner rehabilitasyon uygulanabilir. Pulmoner rehabilitasyon, hastaların kronik hastalıklarına adapte olmalarına, semptomları azaltmalarına ve hastalığın tezahürlerini stabilize ederek veya tersine çevirerek fonksiyonlarını optimize etmelerine yardımcı olan interdisipliner bir yaklaşımdır. Amerikan Doktorlar Koleji ve 2 Cochrane incelemesi, pulmoner rehabilitasyonun dispne ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini, hastaneye tekrar yatışı ve mortaliteyi azalttığını ve maliyet etkin olduğunu bildirmiştir (11).

Çalışmamızda rehabilitasyon alan hastaların mortalite oranlarının düşüklüğü dikkat çekmektedir. Fakat çalışmamızda verilerin retrospektif olarak elektronik hasta kayıtlarından elde edilmesi çalışmamızın en büyük limitasyonudur. Bu yüzden rehabilitasyonun palyatif bakımda morbidite ve mortaliteye olan etkisini değerlendirmek için daha kapsamlı bir çalışma yöntemi gerekmektedir.

SONUÇ

Palyatif bakım ve rehabilitasyon hastanın yaşam kalitesini artırma amacıyla paralellik göstermektedir. Ülkemizde palyatif bakımı yaygınlaştırma çalışmaları artmaktadır. Palyatif bakım kanserden nörolojik hastalıklara, ileri dönem organ yetmezliklerinden AIDS gibi infeksiyonlara kadar geniş bir çeşitlilik gösterir ve her yaş grubundan hastayı kapsadığı bilinmektedir. Bu nedenle palyatif bakım alan tüm hastalar; rehabilitasyonun yaşam kalitesini

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

arttırma, bağımlılığı azaltma ve son dönemdeki semptomların kontrolü için sağlayabileceği katkılar noktasında değerlendirilmelidir. Yaygınlaşmaya başlayan palyatif bakımda rehabilitasyon aktif rol almalıdır. Palyatif rehabilitasyonun farklı hastalık gruplarındaki etkileri ile ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılmasının rehabilitasyonun tedavi programlarına güvenle dahil olmasını arttıracacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization 2017, WHO Definition of palliative care. Reviewed August 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
2. Wiener L, Weaver MS, Bell CJ, Daly UM. Threading the cloak: palliative care education for care providers of adolescents and young adults with cancer. *Clin Oncol Adolesc Young Adults* 2012;5:1-18.
3. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient *Journal of Palliative Medicine* 2011;14(5) 638-648.
4. Desai MJ, Kim A, Fall PC, Wang D. Optimizing quality of life through palliative care. *J Am Osteopath Assoc*. 2007;107(12 suppl 7):ES9-ES14.
5. Cheville AL: Rehabilitation of patients with advanced cancer. *Cancer Suppl* 2001;92:1039–1048.
6. Santiago-Palma J, Payne R: Palliative care and rehabilitation. *Cancer Suppl* 2001;92:1049–1052.
7. Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, deLateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG: Cancer rehabilitation: Assessment of need, development, and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978;59:410–419
8. Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994;73(3):199-206.
9. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. *J Am Med Assoc*. 1995;273(5):402-407.
10. Bryan A, Hutchinson KE, Seals DR, Allen DL. A transdisciplinary model integrating genetic, physiological and psychological correlates of voluntary exercise. *Health Psychol*. 2007;26(1): 30-39.
11. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2015;32(1):34–43.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

12. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
13. Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(2): 81-90.
14. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *HSP* 2017;4(2):132-135.
15. Bingley A, Clark D (2008). Palliative care in the region represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC): A Review and Comparative Analysis. National Cancer Institute. <http://mecc.cancer.gov/PCMONOGRAPH.pdf> (erişim: 3 Aralık 2015)
16. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11: 56-70.
17. Taspınar Ö, Aydın T, Akcakaya A. The importance of palliative care in cancer rehabilitation. *Bezmialem Science* 2014; 1: 31-37. doi:10.14235/bs.2013.213
18. Flomenhoft D. Understanding and helping people who have cancer: a special communication. *Phys Ther.* 1984;64(8):1232-1234.
19. Montagnini M, Lodhi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Palliat Med.* 2003;6(1): 11-17.
20. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L: Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:623–637
21. Yalcın B, Buyukcelik A, Şenler-Cay F, Utkan G, Tek İ, Doğan M, et al. Frequency of symptoms in patients with advanced cancer. *Turkish Journal of Cancer* 2005; 35(4):177-80.
22. Charlton JE (ed): *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle, WA: IASP Press, 2005.
23. Pyszora A, Budinski J, Wojcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017;25(9):2899-2908.
24. Montgomery GH, Hall Quist MN, Schnur JB, David D, Silverstein JH, Bovbjerg DH. Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):80-88.
25. Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Femand-Brule S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *Clin Oncol.* 2003;21(22):4120-4126.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

26. Coker KH. Meditation and prostate cancer: integrating a mind/body intervention with traditional therapies. *Semin Urol Oncol.* 1999;17(2):111-118.
27. Pujol L, Monti DA. Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. *J Am Osteopath Assoc.* 2007;107(12 suppl 7):E515-E521.
28. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010;24:669-73.

S-17 HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE PERCEPTION LEVELS AND AFFECTING FACTORS OF NURSING FACULTY STUDENTS

Ebru GÜL¹, Behice ERCİ², Elif KARAKURT³

¹Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

²Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

³Hemşire, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Bu araştırma hemşirelik fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

126

Yöntem: Araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Anket Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, korelasyon, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U ve Oneway ANOVA kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin %65'inin kadın, %57.1'inin hemşireliği istemeden seçtiği, %94.1'inin manevi bakımı gerekli gördüğü saptanmıştır. Öğrencilerin ölçek puan ortalamasının cinsiyete, sınıfa, mesleği isteyerek seçme ve manevi bakımın gerekliliğine inanma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelik eğitiminde manevi bakıma kapsamlı yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Maneviyat, Manevi Bakım

Abstract

Introduction and purpose: This research was conducted as a descriptive study in order to determine the perception levels of spirituality and spiritual care perception of nursing students.

Method: The research was conducted in a university's School of Nursing in the east of Turkey. Data were collected by using the Descriptive Questionnaire, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. Descriptive statistics, correlation, t test in independent groups, Mann Whitney-U and Oneway ANOVA were used for data analysis.

Results: In the study, it was found that 65% of the students were women and 57.1% of them chose nursing unintentionally and 94.1% of them deemed spiritual care necessary. It was found that the students' mean scores differed significantly according to gender, class, willingness to choose the profession and believing in the necessity of spiritual care ($p < .05$).

Conclusion and Suggestions: It is recommended that nursing education should include comprehensive spiritual care.

Keywords: Nursing students, Spirituality, Spiritual Care

GİRİŞ

Sağlık bakımının bireylere holistik yaklaşımla verilmesinin ortaya çıkmasıyla birlikte bireylerin manevi boyutu da diğer boyutlar gibi önem kazanmıştır (Kostak, Çelikkalp, Demir, 2010). Maneviyat bireye destek ve umut sağlamakla beraber hayattan bir anlam, amaç ve yol bulmayı içermektedir. Maneviyatın iyileşme süreci üzerindeki olumlu etkilerinin bilinmesinden itibaren sağlık bakım uygulamalarında manevi bakımın önemi gün geçtikçe artmaktadır (Aksoy ve Çoban, 2017). Manevi hemşirelik bakımı, “bir bireyin veya toplumun manevi görüşünü etkileyen strese verilen tepkilere sağlığın teşviki ve geliştirilmesi” anlamına gelmektedir ve ruhsal sağlığı (bir kişinin biyopsikososyal ve manevi tarafları arasındaki denge) bir iyilik ve bütünlük hissini sağlamaktadır (Tan, Özdelikara, Polat, 2018). Sağlık bakım ekibinde yer alan hemşireler, hasta/birey ile en fazla zaman geçiren sağlık bakım profesyonelleri olduklarından hemşirelik manevi bakım sağlamada en iyi pozisyonda olan meslek grubu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksoy ve Çoban, 2017). Hemşirelik mesleğinin ilk adımı olan eğitim sürecinde de geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin manevi ve manevi bakım ile ilgili bilgi eksikliklerinin belirlenerek gerekli

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

girişimlerin planlanmasının mesleki uygulamadaki yetersizliklerin kapatılarak bütüncül bakımın sağlanmasında önemli olduğu söylenebilmektedir (İnce ve Akhan, 2016).

Eğer hemşireler manevi bakım ve maneviyat ile ilgili kavramlar bilgisine sahipse ve maneviyatı hemşirelikte kullanırlarsa, bu entegre bir yaklaşımın uygulanmasına katkıda bulunacak ve bakım kalitesini artıracaktır (Çetinkaya, Azak ve Dünder, 2013).

AMAÇ

Geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama durumlarının belirlenmesinin hemşirelik eğitim içeriğinin düzenlenmesine ve hemşirelik bakım kalitesinin yükselmesine önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma hemşirelik fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Mayıs - Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde eğitim gören 1209 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup veri toplama zamanlarının öğrencilerin uygulama günlerine denk gelmesi, devamsızlık haklarını kullanmaları ve çalışmaya katılmak istememeleri gibi nedenlerle 674 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Hemşirelik eğitimi görüyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişim kurmada sorun yaşamamak,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından sınıf ortamında anket formunun katılımcıya verilip doldurulduktan sonra tekrar alınması şeklinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Anket Formu ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu anket formu öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile maneviyat ve manevi bakım bilgisini belirleyen 16 sorudan oluşmaktadır.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) McSherry ve arkadaşları tarafından 2002 yılında 17 maddelik çok boyutlu olarak geliştirilmiştir (McSherry, 2002). Ergül ve Temel ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini yapmışlardır. Ölçek beşli likert tipi bir ölçektir. 3., 4., 13. ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85, en düşük puan 17'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması maneviyat ve manevi bakım algısının pozitif yönde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım ve dinsel alt boyutlarından oluşmaktadır. Ergül ve Temel tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ergül ve Temel, 2007). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.80 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, standart sapma, ortalama, Pearson Korelasyon, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U ve Oneway ANOVA kullanılmıştır. Maneviyat ve manevi bakımı

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

dereceleme ölçeğinin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach α güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Araştırmamızda sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılığ düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden gerekli kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya katılacak bireylere, araştırmanın verilerini toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırma için kullanılacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onayları alınmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular tablolarla sunulmuştur.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=674)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (S)	%
Cinsiyet		
Kadın	438	65.0
Erkek	236	35.0
Medeni Durum		
Evli	16	2.4
Bekar	658	97.6
Gelir Düzeyini Algılama Durumu		
İyi	64	9.5
Orta	518	76.9
Kötü	92	13.6
Sınıf		
1	110	16.3
2	190	28.2
3	210	31.2
4	164	24.3
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	289	42.9
Hayır	385	57.1
Manevi Bakımın Gerekliliğine İnanma Durumu		
Evet	637	94.5
Hayır	37	5.5
Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Bilgi Alma Durumu		
Aldım	249	36.9
Almadım	425	63.1
Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	213	31.6

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hayır	461	68.4	
Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Eğitim Almanın Gerekliliğine İnanma Durumu			
Gereklidir	609	90.4	
Gereksizdir	65	9.6	
Hemşirelik Eğitimi Boyunca Manevi Bakım Verme Konusunda Desteklenme Durumu			
Evet	214	31.8	
Hayır	460	68.2	
Manevi Sağlıklarını Tanımlama Durumu			
İyi	187	27.7	
Orta	424	62.9	
Kötü	63	9.3	
	Minimum	Maximum	X±SD
Yaş	18	34	21.2±1.68

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmada öğrencilerin yaş ortalamasının 21.2, %65’inin kadın, %97.6’sının bekar, %76.9’unun gelirini orta düzey olarak algıladığı, %31.2’sinin 3. sınıfta eğitim gördüğü, %57.1’inin hemşirelik mesleğini istemeyerek seçtiği, %94.5’inin manevi bakımın gerekliliğine inandığı, %63.1’inin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi almadığı bulunmuştur (Tablo 1).

Öğrencilerin %31.6’sının hemşirelik eğitimleri boyunca maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim aldığı, %90.4’ünün bu eğitimi almanın gerekli olduğuna inandığı, %68.2’sinin hemşirelik eğitimleri süresince uygulama alanlarında ve teorikte manevi bakım verme konusunda yeterince desteklenmediğini düşündüğü ve %62.9’unun manevi sağlığını orta düzey olarak algıladığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Puan Ortalamasının Dağılımı

Ölçek	Min	Max	X±SD
Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme toplam ölçek	29.0	85.0	62.1±9.07
Maneviyat ve Manevi Bakım	8.0	35.0	26.7±5.2
Dinsellik	6.0	20.0	13.0±2.8
Bireysel Bakım	4.0	20.0	15.2±2.7

Öğrencilerin MMBDÖ puan ortalaması 62.1±9.07 olup, pozitif yönde iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	MMBDÖ Puan Ortalaması			İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	n	%	Ortalama ± SS	
Cinsiyet				
Kadın	438	65.0	62.9±9.11	t= 3.238
Erkek	236	35.0	60.5±8.81	p= 0.001*
Medeni durum				
Evli	16	2.4	59.8±9.16	Z= -1.244
Bekar	658	97.6	62.1±9.07	p= 0.214
Gelir düzeyi algılama durumu				
İyi	64	9.5	61.2±9.50	F= 0.343
Orta	518	76.9	62.1±9.00	p= 0.710
Kötü	92	13.6	62.2±9.24	
Sınıf				
1	110	16.3	60.7±8.34	F= 3.961
2	190	28.2	61.1±9.29	p= 0.008*
3	210	31.2	62.2±9.23	
4	164	24.3	63.9±8.82	
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu				
Evet	289	42.9	63.0±8.64	t= 2.435
Hayır	385	57.1	61.3±9.32	p= 0.015*
Manevi Bakımın Gerekliliğine İnanma Durumu				
Evet	637	94.5	62.5±8.97	t= 4.772
Hayır	37	5.5	55.2±8.39	p= 0.000**
Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Bilgi Alma Durumu				
Aldım	249	36.9	61.8±9.67	t= -0.525
Almadım	425	63.1	62.2±8.71	p= 0.600
Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Eğitim Alma Durumu				
Evet	213	31.6	62.6±9.15	t= 0.952
Hayır	461	68.4	61.8±9.03	p= 0.341
Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Eğitim Almanın Gerekliliğine İnanma Durumu				
Gereklidir	609	90.4	62.7±8.85	t= 5.375
Gereksizdir	65	9.6	56.4±9.19	p= 0.000**
Hemşirelik Eğitimi Boyunca Manevi Bakım Verme Konusunda Desteklenme Durumu				
Evet	214	31.8	61.4±9.34	t= -1.349
Hayır	460	68.2	62.4±8.93	p= 0.178
Manevi Sağlıklarını Tanımlama Durumu				
İyi	187	27.7	64.2±9.00	F= 7.564
Orta	424	62.9	61.4±8.94	p= 0.001*
Kötü	63	9.3	60.2±9.19	
Toplam	674	100.0		

*p<0.05, **p<0.001

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Öğrencilerin yaşlarının, MMBDÖ toplam puanı ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı ($p=0.243$, $r=0.045$) bulunmuştur ($p>0.05$). 438 kadın ve 236 erkek öğrencinin, MMBDÖ ortalama puanları sırasıyla 62.9 ve 60.5 olarak bulunmuştur. MMBDÖ toplam puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların MMBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durum ve gelir düzeyi ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş olup aradaki farkın 4. sınıf öğrencilerinden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş ve aradaki farkın mesleği isteyerek seçenlerden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Manevi bakımın gerekliliğine inanma durumu ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş ve aradaki farkın manevi bakımın gerekliliğine inananlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi ve eğitim alma durumları ve hemşirelik eğitimleri süresince uygulama alanlarında ve teorikte manevi bakım verme konusunda yeterince desteklenme durumları ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelik bakımı için maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim almak gereklidir şeklinde düşünenler ile gereksizdir şeklinde düşünenler arasında anlamlı fark bulunmuş ve aradaki farkın gereklidir şeklinde düşünenlerden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.001$). Öğrencilerin manevi sağlıklarını tanılama durumları ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş ve aradaki farkın manevi sağlığını iyi olarak tanımlayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada MMBDÖ puan ortalaması 62.1 olarak bulunmuştur. İnce ve Akhan tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde MMBDÖ puan ortalaması 64.99 olduğu bulunmuştur (İnce ve Akhan, 2016).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Bu araştırmada bağımsız değişkenlerden cinsiyete, sınıfa ve manevi bakımın gerekliliğine inanma durumlarına göre MMBDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Kalkim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da cinsiyet, eğitim yılı ve maneviyat ve manevi bakım konusunda eğitimin gerekli olduğunu düşünme durumlarının öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım algılarını etkileyen önemli yordayıcılar olduğu tespit edilmiştir (Kalkim, Midilli ve Baysal, 2016).

Bu çalışmada hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Aksoy ve Çoban tarafından yapılan hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algılarının belirlendiği çalışmada da mesleği isteyerek seçme konusundaki istekliliğinin anlamlı olduğu belirlenmiştir (Aksoy ve Çoban, 2017).

SONUÇ

Sonuç olarak cinsiyetin, sınıfın, mesleği isteyerek seçmenin, manevi bakımın gerekliliğine inanma, hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitimi almanın gerekliliğine inanma ve manevi sağlık durumlarının öğrencilerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin eğitimleri sırasında manevi bakım verme konusunda yeterince desteklenmediklerini düşündükleri de belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik eğitiminde maneviyat kavramına ilişkin yeterli bilginin verilmesi için ders içeriğinde maneviyat ve manevi bakıma daha fazla yer verilmesi ve teori ile uygulama entegrasyonunun sağlanmasının gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Aksoy M, Çoban Gİ. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences* 2017; 10(3): 1136-46.

Çetinkaya B, Azak A, Dündar, SA. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2013; 31(1): 5-10.

Ergül Ş, Bayık TA. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 23(1): 75-87.

İnce SÇ, Akhan LU. Nursing students' perceptions about spirituality and spiritual care. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13(3): 202-6.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kalkim A, Midilli T, Baysal E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions* 2016; 7(8): 1-13.

Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 218-25.

McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(7): 723-34.

Tan M, Ozdelikara A, Polat H. An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care among Turkey Nurses. *International Journal of Caring Sciences* 2018; 11(2): 1311-18.

S-25 ÇOCUKLARDA AĞRI VE STRESİ AZALTMA YÖNTEMİ; ATRAVMATİK BAKIM

PAIN AND STRESS REDUCTION METHODS IN CHILDREN; ATRAVMATIC CARE

Engin TURAN¹, Mensure TURAN², Kadriye DEMİR³

1, 2 SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

3 Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara/Türkiye

Özet

Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemelere rağmen hastalıkları önlemek, teşhis ve tedavi etmek için yapılan girişimlerin çoğu travmatik ve acı vericidir. Bu travma ve acı verici girişimler özellikle çocuklarda korku, anksiyete ve stresi artırmaktadır. Çocuğa zarar vermeden, ailesiyle beraber en iyi bakımı almasını sağlamak için, atravmatik bakım gereklidir. Atravmatik bakım; sağlık bakım modellerinde, tedavi veya sağlığı iyileştirme davranışları sırasında sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan müdahaleler aracılığıyla çocukların ve ailelerinin yaşadığı fiziksel ve psikolojik stresi azaltmak ya da ortadan kaldırmak için geliştirilmiş bir terapötik bakım felsefesidir. Atravmatik bakımın temel amacı öncelikle zarar vermeme- dir. Bunun yanında çocukların ailelerinden ayrılmasını en aza indirmek veya önlemek, duygusal yönden desteklemek, bedensel yaralanmayı ve ağrıyı en aza indirmek veya önlemek amaçlanır. Bu makalede hemşirelerin atravmatik bakıma yönelik bilgi birikimlerini geliştirmeleri amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: atravmatik bakım, hemşire, çocuk

Abstract

Despite technological advances in health, most attempts to prevent, diagnose and treat diseases are traumatic and painful. These trauma and painful interventions increase fear, anxiety and stress, especially in children. Atraumatic care is necessary to ensure that child and its family receive the best care without harming the child. Atraumatic care; In health care models, it is a philosophy of therapeutic care developed to reduce or eliminate the physical and psychological stress experienced by children and their families through interventions by health professionals during treatment or health improvement behaviors. The main purpose of atraumatic care is primarily to prevent harm. In addition, it is aimed to minimize or prevent the separation of children from their families, to support them emotionally, to minimize or

prevent physical injury and pain. In this article, it is aimed that nurses develop their knowledge about atraumatic care.

Key Word: atraumatic care, nurse, children

GİRİŞ

Günümüzde çocukların sağlığını korumak ve hastalıkları tedavi etmek için uygulanan işlemlerin birçoğu çocuklarda travmaya sebep olmaktadır (1). Hastanede yatan ya da herhangi bir işlem uygulanan çocuklar ve aileleri karşılaşılan stres, korku, travma ve ağrıya yönelik iyi bir bakım almalıdırlar (2). Atravmatik bakım; sağlık bakım modellerinde, tedavi veya sağlığı iyileştirme davranışları sırasında sağlık personeli tarafından uygulanan müdahaleler aracılığıyla çocukların ve ailelerinin yaşadığı fiziksel ve psikolojik stresi azaltmak ya da ortadan kaldırmak için geliştirilmiş bir terapötik bakım felsefesidir (3, 4). Atravmatik bakımda çocukların ailelerinden ayrılmasını en aza indirmek veya önlemek, duygusal yönden desteklemek, bedensel yaralanmayı ve ağrıyı en aza indirmek veya önlemek amaçlanır (2). Çocuklar için en önemli stres kaynağı ebeveynlerinden ayrılmaktır (5). Çocuğun zihinsel, bedensel, fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı yetişmesinde ve sağlık davranışlarını kazanmasında ailenin rolü çok büyüktür. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin duygusal, fiziksel, sosyal, kültürel, entelektüel ve spiritüel alanlarda bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarıdır (6).

Pediatri hemşireleri bakımın planlanmasında ve uygulanmasında etkin bir rol oynayarak atravmatik bakıma katkı sağlarlar (2). Sağlık profesyonellerinin atravmatik bakım yöntemlerini bilmesi ve uygulaması ile bebeklerin ve çocukların daha iyi bir bakım almasına yardımcı olmaları gerekmektedir.

Atravmatik Bakım

Çocukların tedavisinde ve bakımında önemli ilerlemeler olmasına rağmen yaşamı uzatmak ve hastalıkları tedavi etmek için yapılan müdahalelerin çoğu travmatik, ağrılı, korkulu, stres verici ve anksiyete oluşturabilecek niteliktedir. Bu durumun bilincinde olan hemşireler için stresi en aza indirecek bakımı geliştirmek önemlidir (7). Atravmatik bakım, çocuk ve ailesi tarafından deneyimlenen psikolojik ve fizyolojik stresin ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi için girişimlerin kullanılması yoluyla terapötik bakım geliştirilmesi felsefesine dayanmaktadır (4). Atravmatik yaklaşımlar içinde; hastaya zarar vermemek, çocuk ve ailede stres faktörlerini saptamak, çocuğun ailesinden ayrılma kalma durumunu en aza indirmek, kontrol duygusunu geliştirmek, ağrı ve yaralanmaları önlemek ya da en aza

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

indirmek, çocuğu yapılacak girişimlerde yaşına uygun açıklamalarla yapmak, girişim için kullanılacak malzemeleri tanıtmak, sağlık ekibi ile tanıştırmak, analjezik uygulamalar ile ağrı kontrolü sağlamak, invaziv işlemler öncesi ağrı azaltıcı kremleri kullanmak, terapötik oyun aktivitelerini kullanmak yer alır (1).

Atravmatik bakım ilkeleri;

- Çocuk ve ailesini yapılacak uygulamalar hakkında bilgilendirmeyi ve uygulanan işleme dahil etmeyi,
- çocuğun ailesinin işlemler sırasında mümkün olduğunca çocuğun yanında bulunmasını sağlamayı,
- ağrıyı ve acıyı azaltmayı ya da dindirmeyi,
- çocuğun kendisine uygulanacak işlemler hakkında söz sahibi olmasını sağlamayı,
- çocuk ve ailesinin kendi aralarında iletişimini devam ettirerek duygu ve düşüncelerini ifade etmelerini kapsar (1, 2, 8)

Pediyatrik Hastalarda Ağrı Kontrolü

Yaşamı ağrısız sürdürmek her çocuğun hakkıdır. Çocukların ağrısını dindirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek ise hemşirelik bakımının temel amaçlarından birisidir. Hemşire çocuk ve ailesi ile en fazla zaman geçiren sağlık çalışanı olduğundan çocuğun ağrısını takip etmek ve değerlendirmek, çocuğu ve aileyi ağrı kontrolü ilkeleri ile ilgili bilgilendirmekle yükümlüdür (5). Travma, hastalık ya da çeşitli tıbbi işlemlere bağlı olarak görülen ağrı, çocuklar tarafından sık yaşanan ve istenmeyen bir deneyimdir. Çocuk ve aileler için ağrı deneyimi korku, anksiyete ve strese neden olmakta, sistemlerin çoğu üzerinde istenmeyen fizyolojik etkiler ve çeşitli semptomlar meydana getirmektedir (5,9,10). Çocuğun hastanedeki ağrı deneyimi tüm yaşamını olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin, çocuklarda ağrı mekanizmalarını, ağrı değerlendirmesini ve ağrı kontrolünü iyi bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri bilme ve uygulama sorumlulukları vardır (11,12). Ağrı kontrolünde hemen etki gösterdiği ve kolay uygulanabildiği için en yaygın ve en fazla tercih edilen yöntemler farmakolojik yöntemlerdir (13,14,). En etkili yöntem ise ilaç tedavisi ile birlikte bilişsel ve davranışsal yöntemlerin bir arada kullanılmasıdır. Farmakolojik yöntem uygulanmadan önce çocuğun hazırlanması için nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması, analjezik dozuna olan ihtiyacını da azaltabilir. Kullanılacak yöntemin seçiminde, çocuk ve ailenin yöntemi bilmesi ve bu konuda istekli olmaları önemlidir (5,9). Çocuklarda ağrıya sebep olan uygulamalardan önce çocuğun yaşına

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

uygun bilginin verilmesi, gevşeme, solunum egzersizleri ve hayal kurma gibi bilişsel ve davranışsal yöntemlerin kullanılması, çocuğun dikkatinin ağırlı işlemlerden uzaklaştırarak gerginliği, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmaktadır (5,9).

Farmakolojik uygulamalar

İlk basamakta parasetamol gibi opioid olmayan analjeziklerle ya da nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlarla başlanmalıdır. Tek başlarına ya da kombine edilerek kullanılabilirler. İkinci basamakta hafif ya da orta şiddetteki ağrılar için kodein gibi zayıf opioidler kullanılmalıdır. Üçüncü basamakta ise orta ya da şiddetli ağrılar için morfin gibi güçlü opioidler kullanılmalıdır (15,16). Lokal anestezi ilaçları: Bu grup ilaçların kullanımı gittikçe artmaktadır. Daha çok invaziv girişimler öncesi kullanımı daha fazladır. Lidokain ve prilokain içeren (EMLA vb.) kremler, venöz girişimler, lomber ponksiyon öncesi lokal anestezi amaçlı sıklıkla kullanılmaya devam etmektedir. Ağrılı uyanların, periferden santral sinir sistemine geçişini keserek etki gösterirler (12,17).

Nonfarmakolojik uygulamalar

Kanguru bakımı; gerek bebeği sakinleştirmesi gerekse bebeğin ortama uyumunu sağlayarak onun için önemli olan sağlık bakımını alması açısından travmatik bakım uygulamaları arasında önemli bir yer tutar (18-22). Kanguru bakımı; bebeğin doğum sonrası ya da ilerleyen bebeklik döneminde anne ya da baba ile ten tene temasının sağlanmasıdır (18,21,22). Yapılan çalışmalarda; kanguru bakımının anne-bebek bağlanmayı güçlendirdiği, invaziv işlemler sırasında ağrıyı azalttığı, bebeklerde vücut sıcaklığını kontrol etmede etkili olduğu, kalp hızını düzenlediği, stresi azalttığı, bebeğin solunum hızının düzenlendiğini ifade edilmiştir (21,23-25).

Oral sükröz verme; tatlı solüsyonların hastanede yapılan işlemler sırasında oluşan ağrının azaltılmasında tek başına ya da emzikle kullanımının faydalı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (26-28). Oral olarak uygulanan sükröz solüsyonun endojen opioid salgısını tetikleyerek ağrıyı azalttığı kabul edilmektedir (28). Oral sükröz uygulaması bebeklerde ağlama süresini kısaltır, kalp hızını ve bebeğin ağrı algısını azaltır (3). Oral sükröz uygulaması bebeğe yapılan topuktan kan alma, aşılama, parenteral uygulamalar sırasında oluşan ağrıyı opioid etkisi göstererek azaltmada ya da gidermede yardımcıdır (26)

Masaj uygulaması; Çocuklarda travmatik bakım uygulamalarında en etkili ve yaygın olarak kullanılan alternatif terapilerden biridir (29). Çocuklara yapılan invaziv işlemler sonrasında ağrının azaltılmasında masaj etkili bir yöntemdir (30). Masaj uygulaması ile

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

birlikte, ağrının iletimini sağlayan reseptörlerin geçişi engellenir ve endorfin salgılanmasını sağlar. Bu sayede ağrı eşiği yükselir (12). Masaj uygularken bitkisel yağların kullanılması masajın etkinliğini artırmaktadır (31).

Sıcak-soğuk uygulama; periferik teknikler ile ağrıyı taşıyan impulslar baskılanır ve ağrı hissi azalır ya da ağrı hissi olmaz. Soğuk uygulama, özellikle travma sonrası ağrı, şişme ve kas spazmlarında etkilidir. İşlem sonrası sinir liflerindeki impuls iletiminin baskılanması sonucu kanama ve ödemin azaldığı görülür. Sıcak uygulama ise daha çok kas ve eklem ağrılarında etkilidir. Bu uygulama ile dokunma reseptörleri uyarılır, vazodilatasyon oluşur, endorfin salgılanır ve bunun sonucunda ağrı eşiğinin yükselmesi sağlanır (5,13).

Dikkati başka yöne çekme; dikkatin ağrı dışındaki başka bir uyarana yoğunlaştırılarak ağrı toleransının artmasını sağlamak ve ağrıya karşı duyarlılığı azaltmaktır (5,9). Dikkati başka yöne çekmede; ritmik solunum, düşünme, kitap okuma, öykü anlatma, resim yapma, farklı oyun şekilleri, dijital oyunlar kullanılabilir (12). Bebek ve küçük çocukların dikkatini başka yöne çekmek için somut objelere ihtiyaç vardır. Daha büyük çocukların ise oyuna konsantre olmaları gerekebilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda hastanede yatan çocuğa uygulanan farklı oyun tiplerinin çocuğun anksiyetesini azaltmada ve hastanede uygulanan işlemlere uyumunu arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir (32).

Pozisyon Değiştirme; pozisyon değiştirmenin özellikle yenidoğanlarda önemli ölçüde rahatlık sağlamaktadır. Cenin pozisyonunun, girişimsel işlemlerde ve işlem sonrasında ağrıyı azalttığı, Prone pozisyonunun, topuktan kan alma gibi akut işlemlerden sonra ağrı ve stresi azalttığı saptanmıştır (33).

Müzikle terapi; Uygulaması ve ulaşması kolay olan müzik terapisi, gevşemeyi, dikkati başka yöne çekmeyi ve erken iyileşmeyi sağlar. Müzik ile birlikte çocuğun dikkati ağrı dışındaki bir uyarana odaklanması sağlanır ve endorfin salınımı artar (12,13). Müzik terapisinin anksiyeteye etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, müzik terapisinin çocuğun kaygısını azalttığı belirlenmiştir (34).

Literatürde yapılan çalışmalar; bebeklerde fiske atma yönteminin aşılama işlemi boyunca ağrıyı azaltma ve ağlama süresi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ağrıyı azalttığı (35), kan alma işlemi boyunca çocuklarda ağrıyı hafifletmek üzere farklı üç tane dikkati başka yöne çekme metodunun (yumuşak bir topu sıkma, balon şişirme ve dikkati başka yöne çekme kartları) ağrıyı azalttığı (36), periferik damaryolu açma işlemi uygulanan okul çağı çocuklarında dikkati başka yöne çekme işleminin ağrı seviyesini azalttığı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

(37), çocuklarda intravenöz damaryolu açma işlemi süresince soğuk uygulama ve buzlu ile titreşimli uyarıların verilmesinin ağrı ve anksiyete seviyesini azalttığı (38), onkoloji hastası çocuklarda ağrıyı ve anksiyeteyi arttıran intratekal tedavi ya da kemik iliği aspirasyonu işlemi üzerinde masaj terapisinin ağrıyı azalttığı (39), yenidoğanlarda topuk delme işlemi sırasında oluşabilecek ağrı hissini önlemek için mekanik vibrasyon uygulamasının ağrıyı azalttığı (40) süt çocuklarına uygulanan ayak refleksolojisinin aşı yapma sonrası ortaya çıkabilecek akut ağrıyı azalttığını tespit etmişlerdir (41).

Atravmatik Bakımda Terapötik Oyun

Tüm çocukların hayatında oyun yeri önemli olan bir etkinliktir. Çocuklar oyun aracılığıyla dış dünyayı tanırlar ve ortamla baş etmenin yollarını öğrenerek, psiko-motor, bilişsel ve sosyal kapasitelerini arttırmaları. Hastanede oyun, çocuğun öfkesini, agresyonunu, güvensizliğini, korkusunu, hayallerine, ailesi, arkadaşları ya da hastane personeli ile ilgili algıladığı duygularını yansıtmaları açısından önemlidir (42).

Terapötik oyun; çocuğun kendini ifade etmesini sağlayan, hastalık veya hastaneye yatmanın neden olduğu travmayı azaltan, çocuğun tedavi ya da işlemlerde duygularını ve yanlış anlamalarını belirleyen, olumlu davranışlar geliştirmesini yardım eden bir oyun yöntemidir. Ayrıca terapötik oyun yöntemi, çocuğun stresini azaltır ve stres yaratan olaylarla birlikte olumlu baş etme yöntemleri öğrenmesi için kullanılır, otonomi, yeterlilik duygularını kazanmasını destekler, travmatik bakım ortamı oluşturur (5,9).

Terapötik oyunun çocuklar için yararları;

- çocuğun hastalığı ve hastaneye yatmanın sebep olduğu travmayı azaltır,
- Çocuğun sakinleşmesini ve rahatlaması sağlar,
- Çocuğun enerjisini harcamasını sağlar,
- Çocuğun tedaviye ya da işlemlere ilişkin yanlış anlamalarını azaltır,
- Tanımadığı ortamda kendini daha güvende hissetmesini sağlar,
- Çocuğun kendi seçimini yapmasını ve kontrolü elinde tutmasını sağlar,
- Hastanede yapılan işlemleri öğrenmesini ve işlemlere hazırlanmasına yardım eder

(9,43). Oyunun sağlık ekibi açısından yararları;

- Çocuk ve ebeveynler ile güven verici bir ilişki kurulmasını sağlar,
- Çocuğun duygularının öğrenilmesine yardımcı olur,
- Sağlık eğitiminde etkili bir araç olarak kullanılır (9,43-45).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hemşire terapötik oyun sayesinde topladığı bilgiler ile hemşirelik bakımını oyunla entegre eder (42).

Terapötik Oyun Türleri

Hemşire, terapötik oyun yöntemlerini kullanırken çocuğun mesajlarını, davranışlarını dikkatle incelemesi ve iyi bir şekilde gözlemlemesi gerekir. Terapötik oyun, çocuğun enerji harcamasını sağlayan oyun, dramatik oyun ve yaratıcı oyun olmak üzere üçe ayrılır (20,22).

1. Enerji Harcanmasını Sağlayan:

Çocuklar stresi saldırgan davranışlar ile ifade ederler. Hastane ortamında bu duygularını yönetebileceği uygun materyalin verilmesi, onun anksiyete, öfke ve agresif duygularının azalmasına yardımcı olur. Okul öncesi dönemdeki çocuklar için kille oynamak, okul çağı ve adölesanlar için yastığı yumruklamak kullanılır (43).

2. Dramatik Oyun

Hastane ortamında çocuğun kendisi için önemli olan olaylara karşı duygularını ifade etmesini sağlar. Özellikle okul öncesi dönemde çok etkilidir(43). Oyun sırasında iğnesiz enjektör, stetoskop, eldiven, maske gibi çocuğun hastanede yaşadığı deneyimlerde karşılaştığı gerçek ve zararsız malzemeleri tanıması ve kullanmasının sağlanması gerekir (45). Anne, hekim, hemşireyi temsil eden kuklalar ile oynatıp duygularını ifade etmesi sağlanabilir (43).

3. Yaratıcı Oyun

Çocuklara yapılan işlemlerden önce ve sonra maket kullanarak açıklama yapılırsa işlem hakkında bilgi almaları sağlanmış olur (44,47). Çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerini sağlamak için üç çeşit yaratıcı oyun vardır. Bunlar; resim çizme, cümle tamamlama, üç dilek hakkıdır (47).

Resim Çizdirme: Çocuktan bir insan çizmesi ve onun hikayesini anlatması istenir. 7-14 yaş grubu çocuklarda etkindir.

Cümle Tamamlama Testi: 9-14 yaş grubunda etkin. Dolaylı olarak duygularını ifade etmesi sağlanır.

En çok sevdiğim şey.....

Üç Dilek Testi: Çocuğun şimdiki zamana ya da geleceğe ilişkin hayallerinin araştırılmasına dayanır.

‘Dünya’da sahip olmak istediğin üç şey ne olurdu?’ diye sorulur.

Bu oyun resim çizme sırasında çizilen çocuk üzerinden de gidilebilir. Hemşire çocuk ile hastalığın onun için ne anlama geldiğini tartışabilir (43).

Atravmatik Yaklaşımında Aile Merkezli Bakımın Önemi

Aile merkezli bakım; bebeğin ve çocuğun ailesinin çocuğun bakımının planlanmasında ve uygulanmasında etkin rol oynamasıdır (48,49). Aile merkezli bakım felsefesi; ailenin çocuğun bakımı ve gereksinimleri hakkında görüşlerini bildirmesinin önemli olduğunu ve çocuk için büyük bir öneme sahip aile üyelerinin çocuğun yaşadığı psikolojik sosyal, fiziksel streslere ortak olması ve bu olumsuzluklarla baş ederken aldığı bakımın planlanmasında, uygulanmasında, değerlendirilmesinde bakıma dahil edilmesini esas alan yaklaşımdır (50,51). Pediatri hemşireleri, bakımı sağlarken aileyi temel alan, kanıta dayalı uygulamaları kullanarak travmatik olmayan, iyileştirici bir bakım ile hastalarının sağlığını yükseltmeli ve korumalıdır (46).

Ebeveynler kendi çocuklarının bakımında uzmandır ve kriz dönemlerinde çocuğu krizin etkilerinden korumaya yönelik önemli bir destek kaynağıdır. Aile merkezli bakım ile ailenin güçlü yönlerini ve baş etme becerilerini kullanarak atravmatik bakıma bir kapı açılır. Aile ve sağlık çalışanının iletişiminin artması ile karşılıklı doyuma ulaşma ve terapötik ortam oluşturma kolaylaşacaktır. Çocuğunun bakımının planlanması ve uygulanmasına katılan ebeveynin kontrol kaybı duygusu ve anksiyetesi azalır. Çocuklar için en önemli stres kaynağı ebeveynlerinden ayrılmaktır. Çocuğa gerekli duygusal desteği sağlamak için primer bakım veren kişiler ile hastaneye yattığında da ilişkisinin devam ettirilmesi önemlidir. Aile merkezli bakımın bu yönü çocuğun hastane deneyiminin travmatik olmasını önlemeye yardımcı olur. Hastanede yapılan işlemler sırasında ebeveynleriyle birlikte olan çocukların işleme uyum gösterdiği ve daha az sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ebeveynleri aktif olarak bakımına katılan çocukların, katılmayanlara oranla daha az ağrı ve uyku problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (5).

SONUÇ

Atravmatik bakım, sağlık personelleri tarafından terapötik yöntemlerle, çocukların hastalıklarının iyileştirilmesi, yasamlarını devam ettirmelerinde hem çocuklar hem de aileleri üzerinde oluşan fiziksel ve psikolojik baskıyı en aza indirmek amacıyla verilen bakımdır. Ağrı ve ağrılı uygulamalar atravmatik bakımda önemli yer tutar. Hemşirelerin ağrı değerlendirilmesini doğru yapma yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin atravmatik bakım uygulamalarını bilmeleri ve bu ilkeler doğrultusunda çocuğa profesyonel hemşirelik bakımını sağlaması gerekmektedir.

KAYNAK

1. Teksöz E, Ocakçı AF. Çocuk hemşireliğinde sanat uygulamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7 (2): 119-123.
2. Ocakçı A, Yiğen E. Çocuk sağlığı ve hastalıklarında travmatik hemşirelik bakımı (ağrı ve ağrılı uygulamalarda hemşirelik yaklaşımı). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20(1): 117-126.
3. Pazarcıkcı F, Efe E. Çocukluk dönemi aşı uygulamalarında travmatik bakım yöntemleri. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2017; 9(3): 62-77.
4. Wong DL, Whaley FL. Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing, 5th edition, Mosby. 2008.
5. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. Çocuk, hastalık ve hastane ortamı. Pediatri Hemşireliği. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2013.
6. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1).
7. Potts L, Mandelco L. Pediatric nursing: caring for children and their families. 3rd Edition. 2012.
8. Yavaş Çelik M. Çocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi 2018; 28(1): 26-31.
9. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları, Ankara: Göktuğ Yayıncılık. 2012:170-192.
10. Zengerle-Levy K. Nursing the child who is alone in the hospital. Journal of Pediatric Nursing 2006;32:226-37.
11. Mutlu B. Çocuklarda venöz kan örneği alınırken oluşan ağrıyı azaltmada balon şişirme ve öksürme yöntemlerinin etkisi (tez). İstanbul:İstanbul Üniversitesi. 2012.
12. Tuncay S. Dijital oyunların anjiyografi olmuş çocukların ağrı ve immobilizasyona etkisi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi. 2017.
13. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Turk Journal of Clinics and Laboratory 2016;7(4): 99-105.
14. Valizadeh F, Ahmadi F, Zarea K. Neglect of postoperative pain management in children. a qualitative study based on the experiences of parents. Journal of Pediatric Nursing 2016;31(4):439-48.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

15. Mitra R, Jones S. Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. *The American Journal Hospice&Palliative Care*. 2012;29(1):70-9.
16. Arslan D, Tatlı MA, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal (Derleme)* 2013;2(3):21-32.
17. Uğurlu ES. Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;(4):198-201.
18. Koç S, Kaya N. Doğumda kanguru bakımının sağlıklı yeni doğanların fizyolojik parametrelerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017; 19(1): 1-13.
19. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, Kajeepeta S, Wall S, Chan GJ. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Official Journal of The American Academy of Pediatrics*. 2016; 137(1): e20152238.
20. Tully KP, Holdict-Davis D, White-Traut RC, David R, O'Shea TM, Geraldo V. A test of kangaroo care on preterm infant breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016; 45(1): 45-61.
21. Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(2): 167-175.
22. Çalık C, Esenay FI, Sezer TA. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2015; 17(1): 1-9.
23. Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32(6): 375-381.
24. McCain G, Ludington-Hoe SM, Swinth JY, Hadeed AJ. Heart rate variability responses of a preterm infant to kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34(6): 689-694.
25. Nimbalkar A, Patel D, Sethi A, Nimbalkar S. Effect of skin to skin care to neonates on pulse rate, respiratory rate SPO2 and blood pressure in mothers. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2013; 58(2): 174-177.
26. Sülü Uğurlu E. Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 4: 198-201.
27. Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme ve yönetim. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 10(2): 41-48.
28. Göl İ, Altuğ Özsoy S. Aşı enjeksiyonlarında ağrının azaltılmasına yönelik kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2017; 3(1): 39-45.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

29. Field T. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract.* 2014; 20(4): 224-229.
30. Koç Özkan T, Balcı S. Çocuklarda ağrı kontrolünde akupresür. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018; 7(1): 234-239.
31. Küçük S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kaliteli uyku. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2015; 8(3): 214-217.
32. Nilsson S. Procedural and postoperative pain management in children. experiences, assessments and possibilities to reduce pain, distress and anxiety (thesis). *Jönköping: Jönköping University;* 2010.
33. Çağlayan N, Balcı S. Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: cenin pozisyonu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2014; 22 :63- 68.
34. Kazemi S, Kazemi S, Ghazimoghaddam K, Besharat S, Kashani L. Music and anxiety in hospitalized children. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2012;6(1):94-96.
35. Karaca Ciftci E, Kardas Ozdemir F, Aydın D. Effect of flick application on pain level and duration of crying during infant vaccination. *Ital J Pediatr.* 2016;42(1):8.
36. Aydın D, Şahiner NC, Çiftçi EK. Comparison of the effectiveness of three different methods in decreasing pain during venipuncture in children: ball squeezing, balloon inflating and distraction cards. *J Clin Nurs.* 2016;25(15-16):2328-2335.
37. Karakaya A, Gözen D. The Effect of Distraction on Pain Level Felt by School-age Children During Venipuncture Procedure-Randomized Controlled Trial. *Pain Manag Nurs.* 2016;17(1):47-53.
38. Canbulat N, İnal S, Sönmezer H. Efficacy of distraction methods on procedural pain and anxiety by applying distraction cards and kaleidoscope in children. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2014;8(1):23-28.
39. Çelebioğlu A, Gürol A, Keskin Yıldırım Z, Büyükavcı M. Effects of massage therapy on pain and anxiety arising from intrathecal therapy or bone marrow aspiration in children with cancer. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(6):797-804.
40. Dolu FN. Term yenidoğanlarda topuk delme işleminde ağrı kontrolü için kullanılan mekanik vibrasyonun etkisi. *Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.* 2013.
41. Koç T, Gözen D. The effect of foot reflexology on acute pain in infants: a randomized controlled trial. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2015;12(5):289-296.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

42. Kıran B, Çalık C, Esenay FI. Terapotik oyun: hasta çocuk ile iletişimin anahtarı. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013 2 (1-2-3), 1-10
43. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği, Ankara: Bizim Büro Basımevi Sistem Ofset, 3. Baskı. 2013:50-68.
44. Çelebi A, Aytekin A, Küçüköğlü S, Çelebioğlu A. Hastanede yatan çocuk ve oyun. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2015;5(3):156-160.
45. Kerimoğlu G, Boztepe H. Çocuğa oyunla yardım ve hemşirenin rolü. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi. 2014;13:44-45.
46. Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. DEUHYO ED. 2014;7 (4):315-320.
47. Caleffi CCF, Rocha PK, Anders JC, Souza AIJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37(2): e58131.
48. Tosun A, Güdücü Tüfekçi F. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18(2): 131-139.
49. Boztepe H. Pediatri hemşirelerinin ağırlı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. Ağrı Dergisi. 2012; 24(4): 171-179.
50. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 11-24. 63.
51. Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: hekim ve hemşire görüşleri. Bozok Tıp Dergisi. 2017; 7(1): 12-21.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-28 ÇOCUKLARDA PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINA GENEL BİR
BAKIŞ**

AN OVERVIEW OF PALIATIVE CARE APPLICATIONS IN CHILDREN

Mensure TURAN¹, Engin TURAN²

1,2 SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır/ Türkiye

Özet

Son yıllarda tıp ve teknolojideki gelişmeler doğumda beklenen yaşam süresini uzatırken beraberinde kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklardan muzdarip bebek ve çocukların hızla artmasına neden olmaktadır. Bu durum palyatif bakıma olan gereksinimi arttırmıştır. Palyatif bakım; fiziksel, psikososyal ya da manevi olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili problemlerle karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin erken tanı ve tedavi süreci ile acılarını minimum düzeye indirgeyip, yaşam kalitelerini artırma çabasıdır. Palyatif bakım, hastaya tanı konulmasıyla başlar, yaşamı boyunca devam eder ve ölümünden sonra ailesinin yas sürecinin desteklenmesiyle sona erer. Palyatif bakım, yaşamı destekleyerek ölümü normal bir süreç gibi kabul eder. Palyatif bakım hastaların acılarının hafifletilmesini ve semptom kontrolünü içerir. Etkili palyatif bakım; hasta ve aileye odaklı, toplumdaki kaynakların kullanımını sağlayan multidisipliner bir yaklaşımı içerir. Çocuklarda palyatif bakım uygulamaları, ağrı yönetimi, gastrointestinal sisteme yönelik müdahaleler, solunum problemlerinin yönetimi, kanama kontrolü, cilt ve doku bütünlüğünün sağlanması, anksiyete ve depresyon yönetimi, çocuk ve ailesinin desteklenmesi ve spirüüel bakımı ve aile üyelerinin yas sürecinin yönetimini kapsar. Ülkemizdeki palyatif bakım uygulamaları 2010 yılından itibaren artarak, evde bakım hizmetleri, aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde kurulan palyatif bakım birimlerinde verilmektedir. Bu makaledeki amaç çocuklarda semptomlara yönelik palyatif bakım uygulamalarını açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, palyatif bakım, hemşire

Abstract

In recent years, advances in medicine and technology have increased the life expectancy at birth, but also a rapid increase in infants and children suffering from chronic and life-threatening diseases. This increased the need for palliative care. Palliative care; It is an effort to improve the quality of life by minimizing the pain and early diagnosis and treatment

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

process of patients and their families who are faced with problems related to life threatening diseases physically, psychosocially or morally. Palliative care begins with the diagnosis of the patient, continues throughout his life and ends with the support of its family's mourning process after its death. Palliative care supports life by accepting death as a normal process. Palliative care includes relieving pain and symptom control. Effective palliative care; It includes a multi-disciplinary approach that focuses on patient and family and providing the use of resources in society. Palliative care practices in children include pain management, interventions to the gastrointestinal tract, management of respiratory problems, bleeding control, ensuring skin and tissue integrity, anxiety and depression management, support for the child and family, and spiritual care and management of family members' mourning process. Palliative care practices in our country have been increasing since 2010 and are being provided in home care services, family medicine, palliative care units established in secondary and tertiary public hospitals. The aim of this article is to explain palliative care practices in children.

Key Word: child, palliative care, nurse

GİRİŞ

149

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; “yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde saptayıp değerlendirerek ve tedavi ederek onların yaşam kalitelerini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Çocuklar için DSÖ'nün yaptığı palyatif bakım tanımı yetişkinlerinkine benzer olup "Çocuğun bedeninin, aklının ve spiritüel yönünün bütün olarak aktif bakımındır, ayrıca aileye destek vermeyi içerir" şeklindedir (1). Sağlık sağlayıcıları, çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntısını değerlendirmeli ve hafifletmelidir. Palyatif bakımın etkili sunumu, aileyi içeren geniş bir multidisipliner yaklaşımı gerektirir. Palyatif bakım, hastaya tanı konulmasıyla başlar, yaşamı boyunca devam eder ve ölümden sonra ailesinin yas sürecinin desteklenmesiyle sona erer. Palyatif bakım felsefesinde; hastalara son dönemlerinde profesyonel bakım ve desteğin sağlanması, ölümün yaşamın normal bir parçası olduğu anlayışına dayanması, bakımın sosyal, fiziksel, ruhsal ve spiritüel yönlerini birbirine entegre ederek yaşam kalitesinin güçlendirilmesi, uzman bir ekip tarafından hastaların ve ailelerin farklı gereksinimlerinin karşılanması görüşüne dayanır (2). Palyatif bakımda hastalığın neden olduğu dispne, ağrı, yorgunluk vb. semptomların

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastaya yaşamının son dönemine kadar rahat, konforlu bir yaşam sunulması hedeflenmektedir. Palyatif bakım hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlar ve ölüm sonrası yas sürecinde aileyi destekleyici bir bakımla sona ermektedir (3,4). Ülkemizdeki palyatif bakım uygulamaları 2010 yılından itibaren artarak, evde bakım hizmetleri, aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde kurulan palyatif bakım birimlerinde verilmektedir. Her düzeydeki palyatif bakım hizmetlerinde hemşire, ekibin önemli bir üyesidir (5).

Ağrı yönetimi

Çocuk palyatif bakımda ağrı yönetimi tedavinin temel esaslarından biri olarak kabul edilir (6). Ağrı, çocuklar ve aileleri tarafından sürekli tanımlanmasına rağmen ağrı tedavisiyle ilgili klinik uygulamalar, ağrı eğitimi ve araştırmaların gelişimi yavaş olmuştur (7). Kronik ağrının dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 20 ile % 35'ini etkilediği tahmin edilmektedir (8). Ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisi yaşam sonu dönem için özellikle gereklidir. Yaşamın sonunda çocuklarda ağrı kontrolü için farmakolojik olmayan fiziksel ve davranışsal yaklaşımlar, nonopoid ağrı kesiciler, opioidler kullanılmaktadır (9). Çocuklarda ağrı değerlendirilmesi yapılırken hemşire ve çocuğun iletişimi önemlidir. Ağrı değerlendirilmesi için küçük çocuklarda gözleme dayalı ölçekler kullanılırken daha büyük çocuklarda görsel ölçekler kullanılmaktadır (10).

Ağrı tedavisinde analjezik ilaçlar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre basamak sistemine göre seçilmelidir. Ağrının niteliği ve şiddeti belirlenmeli, ilk olarak oral yol tercih edilmeli, düzenli zaman aralıklarıyla hastaya verilmelidir (11). Nonopoid analjeziklerden sonra kullanılan opioidler bulantı kusma, konstipasyon, solunum depresyonu gibi ciddi yan etkileri olması bakımından dikkatli uygulanmalıdır. Uygun doz ve farmakolojik tedaviler çocuk ve ailesinin ağrı nedeni ile ilaçlarını almak için uyanmak zorunda kalmadan seçilmesi sağlanmalıdır (9). Farmakolojik tedavinin yanı sıra nonfarmakolojik tedavilerde ek olarak ya da tek başına uygulanabilir. Bunlara örnek verecek olursak; fizik tedavi yöntemleri (aktif-pasif egzersizler, geveşeme teknikleri), masaj, terapötik dokunma-oyun, akupunktur, hipnoz, müzik terapi, oyun odaları, sıcak-soğuk uygulama, yaşına göre hayal etme, dikkati başka yöne çekme (çizgi film izletme, kitap okuma vb.) gibi nonfarmakolojik yöntemler verilebilir (10,11).

Sindirim Sorunları Yönetimi

Çocuk palyatif bakım hastalarında sindirim yolu problemleri sık görülmekle beraber çocuğun beslenme durumunun bozulması; ilaç etkileşiminin azalması, bulantı kusma, konstipasyon, diyare, yara iyileşme sürecinin bozulması, büyüme gelişme sorunları ve bağışıklık sisteminin bozulması gibi etkilere neden olmaktadır (12). Sindirim problemlerine yönelik semptomların yönetimi çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini artırmada önemli bir yere sahiptir (10). Bulantı kusma, klinik profilden ya da tıbbi tedaviden (kemoterapi, opioidler gibi) kaynaklan sık karşılaşılan bir sorundur ve problemin kontrol edilmesi hemşirenin sorumluluğundadır. Yapılabilecek girişimler ; sık aralıklarla az miktarda besleme, pozisyonun uygun verilmesi, diyetle kalori, yağ, baharat durumuna dikkat edilmesi, ağız hijyenine dikkat edilmesi, öğünlerden önce antiemetik ilaç uygulanmasıdır (13). Diyareye bağlı gelişebilecek dehidratasyon, malnütrisyon ve elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonları önlemek için; çocuk GİS i uyaran yiyeceklerden uzak durulmalı, beslenme programı diyetisyenle beraber oluşturulmalı, Aldığı çıkardığı ve elektrolit takibi yapıp beslenme düzenlenmelidir.(10). Çocuğun beslenmesine yönelik sorunların yönetiminde aile ile beraber sağlık profesyonellerininde işbirliği önemlidir semptomların önlenmesi fiziksel ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasını önleyecek, çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini etkileyecektir (12). Bulantı ve kusması olan hastalarda, özellikle anksiyete eşlik ediyorsa çocuğun dikatinin dağıtılması, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavinin birlikte verilmesi, fizik tedavi, psikolog ve müzik terapi konsültasyonları yapılması tavsiye edilebilir (14).

Solunum Sorunları Yönetimi

Solunum sistemi sorunları hastalarda sık görülen ve ciddi problemlere neden olan durumlardır. Terminal dönemdeki çocuklarda dispne, öksürük, hemoptizi, sekresyon solunum sistemi problemleri olarak görülmektedir. En sık karşılaşılan semptom olan dispne çocuklarda fiziksel olarak yorgunluk, aktivite intoleransı, aile ve çocukta depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyona neden olmaktadır (15). Terminal dönem hastalarda dispnenin nedeninin belirlenmesi komplike problemlerden dolayı zor olabilir ve kontrol altına alınamayabilir. Bu hastalarda kullanılacak tedavi yaklaşımının yönetimine dispnenin şiddeti ve oksijen saturasyonu dikkate alınarak karar verilir. Farmakolojik yaklaşımların yanı sıra non-farmakolojik yaklaşımların kullanımı da gerekli olabilir (16). Aileler çocuğun solunum güçlüğü sırasında öleceğini düşünürler ve anksiyete yaşarlar bu nedenle dispne yönetiminde;

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

uygun pozisyon verilmeli, aile ve çocuk sakinleştirilmeli, O₂ saturasyonu %90 altında olan hastalarda 2-5 lt/dk O₂ tedavisi uygulanmalı, uygun yaş grubundaki çocuklarda derin nefes ve gevşeme egzersizleri yapılmalı, sekresyonların aspirasyonu sağlanmalı, gerekli durumlarda farmakolojik (opoid) tedavi uygulanmalıdır. Opioidlerin, santral algı, anksiyete ve oksijen tüketiminin azaltılmasını sağlayarak dispneyi azalttığı belirtilmiştir (10, 17). Solunum problemlerinin kontrolünün sağlanması aile ve çocuğun anksiyete ve stresini azaltacaktır (15). Solunum güclüğü yaşayan hastalara solunum egzersizlerinin yapılması ve bilgi verilmesi, bulunduğu ortamın temiz hava almasını sağlanması, dispne durumunda morfin verilmesi, slunum yollarında mukus olması durumunda, tıkanıklığı çözmek için hipertonic solusyon (NaCl 0.9 %) yada serum fizyolojik (NaCl 3 %) kullanılması, bronş tıkanıklığı yada astım durumlarında mukolitik ilaçlar, kortikosteridler, bronkodilatörler inhale olarak verilmesi ve oksijen desteğinin sağlanması tavsiye edilmektedir (14).

Cilt ve Mukoza Sorunları Yönetimi

Palyatif bakım alan çocuklarda uygulanan tedaviye ve hastalığın seyrine bağlı olarak oluşan deri ve mukoza sorunlarının bakımı ve yönetimi çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirmek için önemlidir (18). En sık görülen sorunlar; alopesi, mukozit, stomatit, kaşıntı, basınç ülserleri, döküntü ve tırnak problemleridir (18,19). Dermatolojik sorunlar her zaman aileyi de kapsamakta ve derinin vücutta en fazla görünen kısım olması nedeniyle çocuk için stres kaynağı olabilmektedirler. Dermatolojik sorunlarda hemşirelik uygulamalarındaki temel amaç enfeksiyon oluşmasını önlemek ve deri bütünlüğünü korumaktır. Bu amaçlar doğrultusunda; ağız ve genel vücut bakımına dikkat edilmeli, pozisyon sıklığı ve cildin nemlendirilmesi sağlanmalı, tırnak bakımı uygun şekilde yapılmalıdır (20). Cilt problemleri olan hastalarda, nemli bez ile kabukların tedavi edilmesi, kuru ciltler için merhem verilmesi, kaşıntı için kaşıntı önleyici (mentollü) merhem verilmesi, egzema için kortikosteroidli merhem verilmesi, cilt enfeksiyonları için dezenfektan, antifungal ve/ya da antibiyotikli merhem verilmesi, opoid ilişkili kaşıntılarda opoid antagonistlerinin verilmesi, cildi serinletme, antihistaminiklerin verilmesi, lenfoma ilişkili kaşıntılarda kemoterapi ve/yada steridlerin verilmesi tavsiye edilmektedir (14).

Yorgunluk Yönetimi

Sağlıklı bireylerde yorgunluk, fiziksel veya zihinsel strese koruyucu bir cevap olarak işlev görür fakat kronik hastalığı olan hastalarda yorgunluğun ciddi şekilde zayıflatıcı etkileri

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

vardır. Bu nedenle yaşam kalitesi ve günlük aktiviteleri üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir (21). Palyatif bakımda bir çocuğun “her zaman yorgun hissetme” şikayeti artık hastalık veya aktivitenin etkileri olarak kabul edilmek yerine, kendi başına bağımsız bir semptom olarak görülmektedir. Dünyada akranlarıyla birlikte olmak isteyen ergenler için, yorgunluk yaşam kalitelerine büyük bir engel teşkil etmektedir (22). Çocuklarda yorgunluğu azaltmak için; Elektrolit bozukluklar, dehidratasyon ve/ veya malnütrüsyon tedavisinin yapılması, eşlik eden hastalıkların (astım, enfeksiyon, kaşıntı, ağrı gibi) tedavi edilmesi, uyaranlardan sakınılması ve düzenli uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanması, rahatlama önerilerinin verilmesi, yorgunluk yönetimi için psikolojik eğitim verilmesi, fiziksel aktiviteler ile dinlenme arasındaki dengenin öneminin vurgulanması, egzersiz programı için fizyoterapist desteğinin alınması, uyku bozuklukları için melatonin yada kısa süreliğine benzodiazepine ile tedavi edilmesi, düşük hemoglobin(<5mmol/l) düzeyinde kan transfüzyonun başlanması gibi uygulamalar tavsiye edilmektedir (14).

Anksiyete ve Depresyon Yönetimi

Anksiyete çocukluk ve yetişkinlik döneminde diğer psikolojik bozuklukların birçoğuna eşlik eden yaygın psikolojik bir rahatsızlıktır. Anksiyete, duygu olarak korkuya benzemekle beraber, anksiyeteyi ortaya çıkaran etkenler genellikle belirsiz, kişi huzursuz ve kötü bir durum yaşayacağından endişe etmektedir. Fakat kişi bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı tanımlayamamaktadır (23). Anksiyetenin fizyolojik belirtileri çarpıntı, terleme, baş dönmesi, hipertansiyon, çarpıntı, huzursuzluk, reflekslerde artma, kol ve bacaklarda yanma, konfüzyon, algılama bozukluğu, dikkat bozukluğu, unutkanlık, öğrenme güçlüğü gibi belirtiler görülmektedir (24). Çocuğun yaşamı boyunca ailesi tarafından kendisine yapılan bakım aktivitelerinin her aşamasında rol alan aile üyeleri için de psikolojik belirtilerin çıkmasına sebep olmaktadır. Depresyon ve anksiyete, özellikle ergen hastaların yaşamlarının sonunda görülmektedir (25). Anksiyete durumunda hem hasta hem de hasta yakınıyla iletişim kurarak rahatlatıcı, destekleyici konuşmalar yapılması gibi ekibe (psikolojik manevi danışmanlık, sosyal hizmetler desteği) ciddi görevler düşmektedir. Gevşeme teknikleri, manevi destek, müzik tedavisi, hipnoz gibi nonfarmakolojik teknikler denenebilir. Akut durumlarda ya da sözel iletişim kurulamadığında ilaç tedavisi uygulanmalıdır (11). Anksiyete ve depresyon durumlarında; zihinsel engelli insanlar veya benzer bir disipline sahip kişiler için gerekirse bir psikolog, pediatrik psikiyatriste danışılması, Çocuğun kaygısı ve /

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

veya depresyonu için ebeveynlerle görüşülmesi, varoluşsal felsefi sorulara yardımcı olmak için manevi bir bakıcının (aileyle aynı inanca sahip olan) dahil edilmesi, endişe durumunda rahatlama ve dikkat dağıtma tekniklerinin kullanılması, anksiyete durumunda, depresyon eşlik olsun olmasın, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'ları) verilmesinin düşünülmesi, depresyon durumunda metilfenidat verilmesi, kendi kendine hipnoz için uzmanlardan yardım alınması gibi uygulamalar tavsiye edilmektedir. (14).

Aile ve Çocuğun Spritüel Bakımı

Yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan, kronik, kriz yaratan kanser gibi hastalıklar hasta ve aile üyelerinde var olma, hayatın anlamı ve kader hakkında sorular uyandırmakta, manevi sıkıntılara neden olmaktadır. Bu durum ise çocuk ve ailesinin hastalığa uyumunu zorlaştırmakta, tedavi sürecini güçleştirmekte, yardım alma ihtiyacını arttırmaktadır (26). Kanser gibi ölümcül hastalığa sahip çocuk ve ailelerinin bakımında, problemi çözme/baş etme sürecinde özellikle manevi boyut daha önemlidir (10). Palyatif bakım alan çocuk ve ailelerine manevi bakım olarak, yanlarında olmak, din ve inanç desteği sağlamak, soru ve sorunları varsa çözümünde yardımcı olmak, örf/adet ve ibadetlerini yerine getirebilmelerine yardım etmek, var oluşlarına bir mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede yardımcı olma gibi destekler verilebilir (27). Ayrıca ailelerle açık ve anlaşılır iletişimi sürdürmek en etkili yoldur. Çocuğun hastalığına bağlı ebeveynlerde görülen acı çekme, öfke ve yas gibi duygularının ifadesi desteklenmelidir (28).

Aile Destek Uygulamaları

Son yıllarda, pediatrik palyatif bakım klinisyenleri, aileyi sadece hastanın bakımına dahil etmek gerektiğini değil aynı zaman da ölen bir çocuğun aile üyelerine de bakmaları gerektiğini savunmaktadırlar. Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi, tam şifa bulamaması, sık sık ve uzun süreli hastaneye yatışlar, çocuk ve ailesinin sosyal, duygusal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır (29). Hastanın ailesi, arkadaşları ve bakım vericilerine bilginin en erken sürede, anlaşılır ve kişiye özgü olarak sunulması, üzüntü ve yas sürecinin desteklenmesi palyatif bakımın önemli ilkelerinden biridir. Hemşire aileye veya bakım verene şu destekleri vermelidir; üzüntü, yas, affetme/affedilme duyguları ile nasıl başa çıkacağı konusunda yardım etme, yapılması gereken müdahaleleri anlamada yardımcı olma, hastayla nasıl iletişim kuracağını ve onu nasıl rahatlatacaklarının ve nasıl bakım vereceğinin öğretilmesi, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerinin karşılanması konusunda destek

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olunması gerekmektedir (11). Aile üyelerinde özellikle bakımdan primer sorumlu olan annede bu süreç tükenmişliğe neden olabilir. Aile üyelerinin belirli ve düzenli periyotlarla evden uzaklaşmaları için destek olunmalıdır (3).

Aile Üyelerinin Yas Sürecinde Desteklenmesi

Son yıllarda, pediatrik palyatif bakım klinisyenleri, aileyi sadece hastanın bakımına dahil etmek gerektiğini değil aynı zaman da ölen bir çocuğun aile üyelerine de bakmaları gerektiğini savunmaktadırlar. Palyatif bakımın temel bileşeni olarak kritik hastalıkları olan çocuklar ve aileleri için, tanıdan ölüm ve yas sürecine kadar etkili ve şefkatli bakım yapılmalıdır (30). Çocuğunu kaybeden ebeveynler kaygı, depresyon, intihar düşüncesi, uzun süreli keder, yaşam kalitesini düşürme, ilişki kurmada zorlanma ve sosyal izolasyon riski altındadır (31). Martinson ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir araştırmada, Ebeveynlerin çocuklarının ölüm anında en yoğun stresi yaşadıklarını belirtmişlerdir (3). Steele ve arkadaşlarının 2013'te yaptıkları nitel bir çalışmada; ölen çocuğunun doktoru, aile ile iletişimde kalmaya devam ettiğinde Ebeveylere biri, "Dışarıda bırakılmadığımızı hissediyoruz. Yani, bizi düşünen birileri var" şeklindeki ifadesiyle, rahatlık hissi yaşadığını belirtmiştir (32). Palyatif bakım üyelerinin yas sürecindeki aile üyelerine yaklaşım önerileri;(10,33)

- Ölümün haber verildiği ortam uygun olmalı,
- Dürüst ve zamanında bilgi sunmak, tedavi ve yaşam sonu bakımında paylaşılan kararları bildirmek ailede "her şeyin yapıldığı" hissine sahip olmalarını sağlar ve aileler için karmaşık yas tutma riskini azaltabilir.
- Ailenin öfke, inkar, suçlama gibi tepkilerinin normal olduğu bilinmeli ve tepkilerini yaşayarak yas tutma sürecini yaşamalarına izin verilmelidir.
- Aşırı duygu yüklü ifadeler yerine, hastanın son anları olumlu geçirdiğini belirten ifadeler kullanılmalıdır.
- Aile bireylerinde aşırı kontrol yitimi olmadığı sürece kendilerine verilmemeli, yas sürecini yaşamaları sağlanmalıdır.
- aile ile iletişimin açık tutulması sağlanmalıdır.
- Psikososyal ekibin üyeleri aile ve kardeşlere destek vermeye devam etmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan hastalıkları olan çocuğun ve ailesinin gereksinimini araştıran çalışmalar, çocuk ve ailesinin yaşam kaliteleri için önemlidir. Araştırmalar sadece ağrı, anksiyete, dispne, depresyon ve stres gibi semptomlara yönelik değil aynı zamanda uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonları da kapsamalıdır. Hemşire çocuğun yaşadığı semptomları ve bu semptomlara uygun yapılacak uygulamaları bilmelidir. Hemşire tarafından terminal dönem boyunca çocuğa ve aileye yapılacak profesyonel yardımla yaşam kaliteleri iyileştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (01.09.2019).
2. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. HSP2017;4(2):132-135. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.316894 132.
3. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012;54(3): 29-334.
4. Uslu ŞF, Terzioğlu F. Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4 (2): 81-90.
5. Cimete G. Dünyada ve Ülkemizde Palyatif Bakım Uygulamaları. Cimete G, editör. Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.1-6.
6. Komatz K, Carter B. Pain and symptom management in pediatric palliative care. *Pediatr Rev.* 2015;36(12):527-33. doi: 10.1542/pir.36-12-527.
7. Lioffi C, Anderson AK, Howard RF. Development of research priorities in paediatric pain and palliative care. *British Journal of Pain* 2017;11(1):9–15.
8. Melanie L, Rojas BE, Gouda S. A mind–body approach to pediatric pain management. *Children.* 2017;4: 50. doi:10.3390/children4060050.
9. Snaman JM, Baker JN, Ehrentraut JH, Anghelescu DL. Pediatric oncology: managing pain at the end of life. *Paediatr Drugs.* 2016;18(3):161-80. doi: 10.1007/s40272-016-0168-2.
10. Akgün Kostak M, Akan M. Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26(4):182-192.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

11. Kabalak Aa, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
12. Baklacioğlu Yıldız D, Eren Fidancı B, Suluhan D, Kızılar E. Terminal dönemdeki çocuklarda iştahsızlık, anoreksiya, kaşeksi sorunları ve yönetimi. Cimete G (ed). Çocuklarda palyatif bakım; terminal dönemdeki çocuk ve aileye yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.33-40.
13. Bolışık B. Kanser hastalarında beslenme ve kaşeksi. Erişim tarihi: 27.08.2019. <http://kansermerkezi.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=126>.
14. Knops RG, Leontien C, Kremer M, Verhagen EA. Paediatric palliative care: recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands. BMC Palliative Care 2015;4:57. DOI 10.1186/s12904-015-0054-7.
15. Aydın A, Aydın N. Terminal dönemdeki çocuklarda solunum sorunları ve yönetimi. Cimete G (ed). Çocuklarda palyatif bakım; terminal dönemdeki çocuk ve aileye yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.47-51.
16. Gülbeyaz can (ed). Konsensus 2017-kanser hastasında palyatif bakım. dispne s:19.
17. Jennings A, Davies A, Higgins J, Gibbs J, Broadley K. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002;57(11):939-44.
18. Seval M, Akçay Didişen N. Terminal dönemdeki çocuklarda deri-mukoza sorunları ve yönetimi. Cimete G (ed). Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.57-65.
19. Uksal Ü, Ozturk P, Colgecen E, Taslidere N, Patiroglu T, Ozdemir MA, Altuner Torun Y, Borlu M. Dermatological findings in turkish paediatric haematology-oncology patients. Eurasian J Med 2016; 48: 107-11.
20. Törüner KE, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. Göktuğ yayıncılık Ankara 2013 s:926-951.
21. Mochamat MM, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, Radbruch L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD006788. DOI:10.1002/14651858.CD006788.pub3.
22. Sourkes BM. Children's Experience of Symptoms: Narratives through Words and Images. Children (Basel). 2018 Apr 19;5(4). pii: E53. doi: 10.3390/children5040053.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

23. Seçer İ, Gülbahçe A. Çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeğinin türk kültürüne uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Middle Eastern & African Journal of Educational Research. 2013;(3): 91.
24. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına Genel bir bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;175-184.
25. Weaver MS, Heinze KS, Bell CJ, Wiener L, Garee AM, Kelly PK, Casey RL, Watson A, Hinds PS. Establishing psychosocial palliative care standards for children and adolescents with cancer and their families: an integrative review. Palliat Med. 2016; 30(3): 212–223. doi:10.1177/0269216315583446)
26. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, HansenFlaschen J, Heffner JE. An official american thoracic society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177(8):912- 27.
27. Erişen M, Karaca Sivrikaya S. Manevi bakım ve hemşirelik. GÜSBD 2017; 6(3): 184-190.
28. Algier L. Çocuklarda palyatif bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:132-135.
29. Polh G, Marosi C, Dieckmann K, Goldner G, Elandt K, Hassler M, Ludwing H, Watzke H. Survey of palliative care concepts among medical students and interns in Austria:A comparison of the old and the new curriculum of the Medical University of Vienna.Palliative Care. 2008;2:1-7.
30. Field MJ, Behrman RE. Institute of medicine, committee on palliative and end-of-life care for children and their families. when children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
31. Hendrickson KC. Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. Palliat Support Care. 2009;7(1):109–119 pmid:19619380.
32. Steele AC, Kaal J, Thompson AL. Bereaved parents and siblings offer advice to health care providers and researchers. J Pediatr Hematol Oncol. 2013;35(4):253–259pmid:23612375.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

33. Jones BL, Contro N, Koch KD. The duty of the physician to care for the family in pediatric palliative care: context, communication, and caring. Pediatrics. 2014; 133(Suppl 1):S8–15. [PubMed: 24488541].

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-29 KANSERİN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ İLE İLGİLİ 2010-2019 YILLARI ARASI
YAPILAN BİLİMSEL YAYIMLARIN SİSTEMATİK İNCELENMESİ
SYSTEMATIC REVIEW OF SCIENTIFIC PUBLICATIONS MADE BETWEEN
2010-2019 ABOUT THE EFFECT OF CANCER ON MENTAL HEALTH**

Ayşegül Bilge¹, Cennet Seda Özcelik²,

¹ Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir

***Sorumlu yazar:** Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans, İzmir. E-posta: cennet.ozcelik@hotmail.com

Özet

Kanser bireyde kronik bir hastalıktan çok korku, çaresizlik, umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, pişmanlıklar, terk edilme duygusu ve ölüm korkusunu çağırır.

Bu derleme bildiride; kanserin hastaya, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma olan ruhsal etkilerini, 2010-2019 yılları arasında yapılmış olan ulusal ve uluslararası bilimsel yayımlardan araştırmak, bunlara dikkat çekmek ve bu konudaki gereksinimleri sistematik olarak incelemek amaçlanmıştır. Google akademi arama motorundan “kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık” anahtar kelimeleriyle araştırma yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; 2010-2019 yılları arası literatür taraması yapıldığında; 118 yayıma ulaşılmıştır. Bulgular, hemşireler, doktorlar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları tarafından yapılan araştırmaların çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmaların hasta yakınlarının bakım yüklerine ve kanser ve yaşam kalitesi ilişkisine, kanserin etkisi olarak umutsuzluk, stres, anksiyete üzerine odaklandığı, yüklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde bulgulara ise saptanmadığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak yaşadıkları güçlüklerle baş etmeye çalışan bakım vericinin mevcut sağlık hizmetinde gereksinimlerinin karşılanmadığı ve literatürde yeterince araştırma konusu olmadığı görülmektedir. Araştırmaların bu yönde artırılması ve uygulamaya katkı sağlaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık.

Abstract

Cancer evokes fear, helplessness, hopelessness, unbearable pain, regret, abandonment and fear of death rather than a chronic illness.

In this review prepestation; the aim of the study is to investigate the psychological effects of cancer on patients, patient relatives, health care workers and society from national and international scientific publications made between 2010-2019, to draw attention to these and to systematically examine the requirements in this regard. Search made with “cancer, mental health, mental illness” keywords. From google academy search engine were researched with “cancer, mental health, mental illness” keywords.

According to the research findings; when the literature review is made between 2010-2019; 118 publications have been reached. The findings show that we have researches which made by nurses, doctors, psychologists, social workers and clergy. It was seen that the researches focused on the care burdens and quality of life of the patients' relatives, on hopelessness, stress and anxiety caused by cancer, and no application was made to reduce burdens and improve the quality of life.

As a result, it is seen that the needs of the caregiver who are trying to cope with their difficulties are not met in the current health service and there is not enough research subject in the literature. It is recommended that researches should be increased in this direction and contribute to the implementation.

Keywords: cancer, mental health, mental illness.

GİRİŞ

Kanser; insan yaşamını ciddi anlamda etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan, hem hastayı hem de bedensel ve ruhsal olarak etkileyen zor bir hastalıktır (1,2,3,4). Kanser bireyde kronik bir hastalıktan çok korku, çaresizlik, umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, pişmanlıklar, terk edilme duygusu ve ölüm korkusunu çağırır (5). Yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile yaşam kalitesini düşürmeye, yaşam doyumunu engellemeye, anksiyete, korku, umutsuzluk, depresyon gelişmesine ve intihara yol açmaktadır (6,7).

Kanser hastalarında çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik komplikasyonlar gelişir. Bu kişilerde ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizler hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmanın ötesinde hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkilemektedir (8). Kanser tanısı alan hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın doğasına, kullanılan tedavi ve yan etkilerine bağlı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olarak gelişmektedir. Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de hastanın tüm tepkilerinin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır (1,2,3,4).

Kanser hastası yoğun korku içindedir, geleceği hakkında kaygılıdır. Bu nedenle kanser hastası korku ve çelişkilerini yenmek için, emosyonel onarıma, psikososyal adaptasyon için psikososyal desteğe çok fazla gereksinim duyar. Bazı kanser hastaları da toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak ya da yanlış anlaşılmaktan korkarlar. Bu nedenle hastalıklarını bir sır gibi saklamanın psikolojik yükünü taşırlar (9). Kanser hastalarında vücut üzerindeki kontrolün azalışı, özerkliğin yitirilişi ve hastalıkla ilgili belirsizlik fazlasıyla gözlenir. Hastalığın aşamalarında ortaya çıkan belirsizliğe bağlı olarak birçok test ve tedavi prosedürüne razı olmak hastalarda umutsuzluk, anksiyete, bağımlılık ve bağımsızlık gibi çeşitli depresyon belirtilerine yol açabilir (9).

Kanserle baş eden bir hasta için iyileşmeye giden yolda, ne kadar etkili olursa olsun, yalnızca tıbbi tedavi protokolleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale gibi) yeterli değildir. Tedavi sürecinde ve sonrasında hastanın psikososyal esenliğini kazanması ve bunu sürdürebilmesi de temel tedavi ölçütleri arasındadır (10,11).

Ailede kanser hastasının olması tüm üyelerin yaşam akışını değiştirmektedir. Hasta olan aile üyesiyle ilgili yaşanan kaygılar ve çaresizlikler duygusal yüke neden olduğu gibi, hasta yakınına ek ve alışılanın dışında roller ve sorumluluklar da yüklemektedir (12,13,14).

Kanserli hasta bakımında hasta psikolojisini düşünmek kadar, hastaya refakat eden yakınlarının psikolojik durumlarını da göz önünde bulundurmak ve aileyi bir bütün olarak ele alıp, tüm bireylere psikolojik destek vermek gerekmektedir (15).

Bakım verenlerin, bakım verme sürecinde gösterdiği tepkiler arasında; depresyon, yalnızlık, korku, öfke, şaşkınlık, anksiyete ve üzüntü sıkça görülen yanıtlardır. Aile üyelerinin bu duygular içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. İsyan etme, hastaya karşı çelişkili duygular, hastalığın ciddiyetini reddetme, hastalık haricinde bir şey düşünüp konuşmama, sosyal aktivitelerden uzaklaşma gibi durumlar da görülmektedir (16,17).

AMAÇ

Bu derleme bildirinin amacı; kanserin hastaya, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma olan ruhsal etkilerini, 2010-2019 yılları arasında yapılmış olan ulusal ve uluslararası bilimsel yayımlardan araştırmak, bunlara dikkat çekmek ve bu konudaki gereksinimleri sistematik olarak incelemektir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

YÖNTEM

Google akademi arama motorundan 2010-2019 yılları arası “kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık” anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma bulgularına göre; “kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık” anahtar kelimelerini içeren, 2010-2019 yılları arası literatür taraması yapıldığında; 118 yayıma ulaşılmıştır ve araştırmaların büyük çoğunluğunun meme kanseri, akciğer kanseri üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Bu konudaki araştırmaların büyük çoğunluğunun hemşireler (Uzman hemşire, psikiyatri hemşiresi, çocuk hastalıkları hemşiresi) tarafından yapıldığı ve ek olarak; hekimler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları tarafından da yapıldığı saptanmıştır. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunun; kanser hastalarına bakım verenlerinin/hasta yakınlarının bakım yüklerine ve yaşam kalitesine kanserin neden olduğu umutsuzluk, stres, anksiyete üzerine odaklandığı, fakat yüklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde bir uygulama yapılmadığı görülmüştür. Bakım vericinin yaşadığı güçlükler hastanın sağlık durumu üzerinde de olumsuz etkiye sebep olabilmektedir.

Kansere dair yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunun meme kanseri üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı, bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur (8).

Kanser ve kanser tedavisi sonucu hastalarda psikiyatrik bozukluk yaygınlığının %50 olduğu belirtilmektedir. Kanser ilerlemiş olması ve kötü gidişatı psikiyatrik bozukluk yaygınlığını artırmaktadır. Kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların üçte ikiden fazlasını uyum bozuklukları oluşturur. Yatan hasta çalışmalarında depresyon (%20 ile %45) ve deliryum (ilerleyen hastalıkla birlikte %15’ten %75’e dek yükselen) daha yüksek oranda görülmektedir (8,18).

Karabulutlu ve arkadaşları, 96 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada kanser türünün ve tedavisi ve tedavi süresinin hastaların hastalıkla başa çıkma stratejilerini olumsuz etkileyerek kaygı ve depresyon bozukluklarına neden olduğunu saptamışlardır (19,20).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Turan ve ark (2019) tarafından 47 kanser, 56 kanser olmayan birey ile yapılan çalışma sonucunda kanserli bireylerin olumsuz duygudurumu düzenleme beklentilerinin kanser olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (21).

Çapar'ın yatarak kemoterapi gören, benzer evrelerdeki akciğer ve meme kanseri tanısı alan, 25 yaş ve üzeri 60 hasta ile yaptığı çalışmada ağrı düzeyi arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeyinin de arttığı saptanmıştır (22).

Denizgil ve Sönmez'in, 50 meme kanseri kadınıla (25 mastektomi, 25 meme koruyucu cerrahi) yaptıkları çalışma bulgularına göre, meme koruyucu cerrahi operasyonu olan kadınlarda, total mastektomi uygulanan kadınlardan oluşan iki grubun beden algıları ve cinsel yaşantı ölçek skorları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir. Benlik saygısında ise farklılık gözlenmemiştir (23).

Aslan (2019)'ın, meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin deneyimlerinin araştırıldığı çalışmanın sonucunda; tedavi süreci bir bütün olarak düşünülerek hasta ve eşinin psikososyal destek ve bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve eş desteğinin olması tedavi sürecine olumlu yansıdığı bulunmuş, ayrıca çiftlerle eş ilişkisi, aile, toplumsal cinsiyet rolleri gibi temel bazı konularda görüşme yapmanın faydalı olacağı düşünülmektedir (24).

Meme kanseri olan kadınlarda farkındalık temelli stres azaltma tedavisinin global ve spesifik yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu, sanat terapinin kanserli kadınlarda stres belirtilerinde belirgin bir azalma ve sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesinde ise belirgin artışa neden olduğu, kolorektal kanserli hastalarda yoga egzersizlerinin hastaların yaşam kalitesinde iyileşme, ağrı, yorgunluk ve stresin azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır (25,26).

Yıldırım (2017) tarafından yapılan, kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi başlıklı araştırma sonucunda; kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve algılanan sosyal destek puanları arttıkça umutsuzluk puanlarının düştüğü bulunmuştur (27).

Yapılan birçok çalışmada kanser tanısı intihar riski ile ilişkili bulunmuş ve kanserli hastalardaki intihar riskinin genel popülasyonla karşılaştırıldığında 1-20 kez daha fazla

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olduğu tespit edilmiştir (28,29,30,31,32,33,34). Bu riskin tanı alınmasının ilk yılında, özellikle de ilk üç ayda en yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (28,30,34,35,36). Yapılan çalışmalarda bu riskin zaman içerisinde azaldığı söylenmektedir. Tanı aldıktan beş yıl sonra, intihar riski açısından genel popülasyon ile kanser hastaları arasında farklılık kalmadığı bildirilmiştir (28,30).

Türkiye’de düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahip kanser hastalarının hastalık algısı üzerine yapılan çalışmada, hastalığa ilişkin bilgi eksikliğinin kişileri fatalistik bir algıya sürüklediği saptanmıştır. Hastalar kanser olma nedenlerini inanç boyutuyla açıkladıklarında, kendilerinin cezalandırıldığını düşündüklerini ve suçluluk duygusu hissettiklerini dile getirmişlerdir (37,38).

Bobar (2019)’ın müziğin meme kanserli hastalarda anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, yatarak tedavi gören 49 meme kanserli kadın hastaya uygulanan müzik terapinin, bireylerin uyku kalitesini arttırdığı ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (39).

Bozcuk ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanseri ve kemoterapi alan hastalarda müzik terapisinin hem genel yaşam kalitesi hem de fiziksel semptomlar üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Genel yaşam kalitesi alt gruplarında anlamlı değişiklik olmasa da uyku problemleri ve iştah azalması üzerine istatistiksel olarak anlamlı düzelmeler saptanmıştır (40,41).

TARTIŞMA

Onkolojide günlük tedavi ve bakım sürecinde ruhsal bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılır. ruhsal sorunlar hastalardan ya da ekip üyelerinden kaynaklanan sebeplerle hemen tespit edilememektedir. Ruhsal sorunlar olabilecek en erken dönemde tespit edilmeli, tedavi ve bakım bu doğrultuda planlanmalıdır (42).

Onkoloji hastalarında en sık görülen ruhsal hastalıklardan olan depresyonun hastalığın seyrine ve hastanın yaşam kalitesine olumsuz etkilerinin olduğu araştırmalarla belirlenmesine karşın tedavi ve bakımda bu etken yeterince dikkate alınmaz. Dünya Sağlık Örgütü 2008’de yayınladığı raporda bu konuya vurgu yapmasına karşın gelişmiş ülkelerde dahil onkoloji de psiko-onkolojik tedavi ve bakım beklenen yerde değildir (20,43).

Kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan ruhsal bozuklukların ele alınmasının kanser tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, aksi takdirde

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bu kişilerin genel bir kanı olarak sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (9). Hastaların karşılaştıkları sorunlardan biri Türkiye’de kanser tedavi merkezlerinin özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde toplanmasıdır. Tedavi için bu kentlere giden hasta ve yakınları, gittikleri yerlerde kalacak yer sorunuyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kanser tedavisinin uzun sürmesi, hastanın günlük bakımının ve otel ücretlerinin masraflı olması, hasta ve yakınlarında ayrıca bir ekonomik zorlanmaya yol açmaktadır. Bugün için Türkiye’de terminal vakalara tedavi sonrası dönemde bakım hizmeti veren “hospis” olarak adlandırılan kurumlar olmadığı için ya yataklı tedavi süresi uzamakta, ya özel bakım merkezlerinden hizmet almakta ya da ailenin bir üyesi hastaya evde bakım sağlamaktadır. Bu da hem aileyi, hem hastayı hem de toplumu olumsuz etkilemektedir. Bütün bunlardan anlaşılacağı gibi ekonomik sorunlar hastanın ve ailenin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Hatta hasta ve aile tedaviyi yarıda kesebilmektedir (9).

Yapılan çalışmalarda psikoeğitim sayesinde hastaların duygularını ifade etme, problemin tanımlanması, başa çekilmesi, alternatif çözümlerin oluşturulmasında etkili olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde, hastalar için problem çözme becerilerini geliştirecek yapılandırılmış psikoeğitim çalışmalarının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Psikoeğitimin hemşireler tarafından klinik uygulamalarda yapılması gerekmektedir. Bilişsel Davranışçı Tedavinin kanser hastalarında görülen ruhsal bozukluklardaki etkinliği birçok çalışmada değerlendirilmiş ve yararları belirtilmiştir. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi alan kanser hastalarında tedavi sonrası yorgunluk ve uykusuzluk gibi tedavi yan etkilerini azaltmada da etkili olduğu belirtilmiştir (44,45).

SONUÇ

Kanser, öncelikle hasta, sonra aile ve toplum üzerinde hem psikolojik hem ekonomik geri dönülmez pek çok etki bırakır. Hastanın hastalığıyla tanıştığı ilk andan tedavi süresini de içermekle birlikte taburcu olmasına kadar ve hatta sonrasında da psikososyal destek mekanizmalarına ihtiyacı vardır (9). Hemşireler bu süreçte bireylere bütüncül yaklaşmalı, bireylerin ve ailelerinin kaygılarını ve duygularını ifade edebilmelerine olanak sağlamalı, onları dinlemeli ve hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar vermelidir (46).

Kanser hastalarının kemoterapi tedavileri sırasında kemoterapi ünitelerinde buldukları süre içinde, stres ve endişe duygularının azalmasına katkıda bulunabilecek aktivite ve hobileri

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yerine getirebilmeleri önemli bir nokta olup, kemoterapi ünitelerinin kısıtlı koşulları ve hasta kapasitesinin fazla olması bu aktivitelerin çeşitliliğini sınırlandırabilmektedir (41).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde örnekleminde tek bir kanser türünün yer aldığı araştırmaların çoğunluğunu meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmalar oluşturmaktadır. Akciğer ve prostat kanserleri erkeklerde görülen kanserler arasında ilk sıralarda yer almasına rağmen bu hasta grubu ile yapılan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Pediatrik kanser grubu ile daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bununla birlikte araştırmaların çoğunluğunda hastaların kemoterapi ya da radyoterapi tedavilerini aldıkları dönemlerde değerlendirildiği belirlenmiştir (46). Tedavi sonrası döneme ait çalışmaların artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak yaşadıkları güçlüklerle baş etmeye çalışan kanser hastası ve bakım vericinin mevcut sağlık hizmetinde gereksinimlerinin karşılanmadığı ve literatürde yeterince araştırma konusu olmadığı görülmektedir. Araştırmaların bu yönde artırılması ve uygulamaya katkı sağlaması önerilmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de psiko eğitim konusunda yapılan birçok çalışmada, kanser hastalarına destek veren hemşirelerin hastaların bakımında yer almış oldukları görülmektedir. Hastaların problem çözme becerilerini artıran ve hastalığa uyumunu kolaylaştıran müdahalelerin yapılması ve bunların klinik uygulamalarda rutin olarak yapılması önerilmektedir. Hastalara daha kaliteli hizmet ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayıp, yaşamlarını fiziksel psikolojik sağlıkla, tam ve bütün sürdürebilmeleri için, kliniklerde eğitim ve psiko onkoloji birimlerinin açılması bu birimlere alana özel eğitim almış sağlık profesyonellerinin yerleştirilmesi önerilmektedir. Bu tür çalışmaların yaygınlaşması ve uygulanması kanser hastalarının yaşam kalitelerinin gelişimine önemli katkısı olacağı düşünülmektedir (44,45).

Kanser ve ruh sağlığını içeren araştırmalara göre kanser hastalarında en çok görülen ruhsal problemin depresyon olduğu bununla birlikte stres, anksiyete ve umutsuzluk olduğu ve beraberinde de intihar girişimi ve intihar görüldüğü, hasta yakınlarında ise umutsuzluk depresyon, yalnızlık, korku, öfke, şaşkınlık, anksiyete ve üzüntünün görüldüğü bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda bunları önleyecek çalışma ve uygulamaların yetersiz olduğu, devamlılığının sağlanmadığı saptanmıştır. Diğer yandan yapılan araştırmaların durum

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

saptamadan ibaret olduğu var olan durumların iyileştirilmesine yönelik girişimsel araştırmaların az olduğu söylenebilir.

Kanser tanısı almış birey ve ailesine tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde hastaya bütüncül olarak yaklaşılması ve ruhsal yönden değerlendirilmesi gerektiği ve böylece gözden kaçan bir bulgunun önlenilebileceği, sosyal hayat, cinsellik ve fiziksel yaşamın da göz ardı edilmemesi ve ailenin/bakım vericinin de bu sürece dahil edilmesi gerektiği önerilmektedir. Diğer önemli önerimiz ise hasta ve yakınının durum ile başa çıkması için yeni davranışsal modellerin araştırmalarda uygulanması ve öğretilmesidir.

KAYNAKÇA

1. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2):343-367.
2. Noyan MA. Akciğer kanserlerinde depresyon, anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu. TÜSAD Kitapları : Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi 2012; 338-350.
3. Noyan MA. Mesane kanseri hastasına psikiyatrik yaklaşım ilkeleri ve üroonkologlara öneriler. Üroonkoloji Bülteni 2012;11(4):305-310.
4. Ülger E, Alacacıoğlu A. ve ark. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2014;28(2):85-92.
5. Berber K. Akciğer kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükleri ve psikolojik sorunları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, 2014;Erzurum.
6. Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(3):54-60.
7. Atmaca GD, Durat G. Kanser hastalarında intihar riski. J hum rhythm 2015;1(4):127-132.
8. Tünel M. ve ark. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012;21(3):189-219.
9. Altınova HH, Duyan V. Onkolojik sosyal hizmet. Turkish Journal of Medicine And Primary Care 2013;7(3):40-45.
10. Akbıyık Dİ ve ark. Psiko-onkoloji ve aile hekimliğinde ruh sağlığını güçlendirme:sosyal destek algısı ve psikodrama grup terapisi uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012;13:205-209.
11. Tuncay T. Kanserle baş etmede destek grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet 2010; 21. Sayı.
12. Terakye G. Kanserli hasta yakınları ile etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(2):78-82.
13. Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: A Systematic Review. Palliative And Supportive Care 2013;11(3):231-52.
14. Kaçmaz N, Yıldırım NK, Özkan M. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: yaşadıkları ve gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;31(2):98-112.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

15. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2011;53:248-253.
16. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3): 513-552.
17. Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D. Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28(2):63-78.
18. Alamış B. Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı,anksiyete,depresyon ve uyum ilişkisi:Kontrollü bir çalışma. Yüksek lisans tezi 2017,İstanbul.
19. Karabulutlu YE, Bilici M, Çayır K, Tekin B S, Kantarcı R. Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *Eur J Gen Med*2010;7:296-302.
20. Bag B. Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(2);186-198.
21. Turan N ve ark. Kanserli bireylerin olumsuz duygudurumu düzenleme beklentileri. *Journal of Contemporary Medicine* 2019;9(1):80-84.,
22. Çapar SG. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi 2010; Edirne.
23. Denizgil S ve Sönmez İ.Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması.Yeni Symposium 2015;53(3):17-25.
24. Aslan C. Meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin deneyimleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;1(1):55-69.
25. Kartın PT. Kanser hastalarında zihin beden temelli uygulamalar. *İntegr Tıp Derg.* 2015;3(2):108-109.
26. Karadağ E ve Uğur Ö. Kanserli hastalarda çok konuşulmayan bir uygulama:sanat terapisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2015; 8(2),142-144.
27. Yıldırım E. Kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Yüksek lisans tezi 2017;İstanbul.
28. Atmaca GD, Durat G. Kanser hastalarında intihar riski. *J hum rhythm* 2015;1(4):127-132.
29. Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psycho-Oncology*. 2013; 22:2537-2545.
30. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-Oncology*. 2015; 24, 601–607.
31. Nasserı K, Mills PK, Mirshahidi HR, Moulton LH. Suicide in Cancer Patients İn California, 1997- 2006. *Archives of Suicide Research*. 2012; 16:324-333.
32. Chung KH, Lin HC. Methods of Suicide Among Cancer Patients: A Nationwide Population- Based Study. *Suicide and Life- Threatening Behavior*. 2010; 40(2):107-114.
33. Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, et al. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho- Oncology*. 2014;23:1034-1041.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

34. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho- Oncology*. 2010;19:1250-1258.
35. Smailyte G, Jasilionis D, Kaceniene A, Krilaviciute A, et al. Suicides among cancer patients in Lithuania: A population-based census-linked study. *Cancer Epidemiology*. 2013; 37:714-718.
36. Bolton JM, Walld R, Chateau D, Finlayson G, et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychological Medicine*. 2015; 45(3):495-504.
37. Aygin D, Gül A. Farklı kültürlerde jinekolojik ve meme kanserli kadın hastaların seksüaliteye bakış açıları ve yaşadıkları sorunlar. *Androloji Bülteni*; 2019;21:72-78.
38. Özkan S, Özkan M, Armay Z. Cultural Meaning of Cancer Suffering. *J Pediatr Hematol* 2011;33:S102-4.
39. Bobar FT. Müziğin meme kanserli hastalarda anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi 2019;Edirne.
40. Bozcuk H, Artac M, Kara A, et al. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study *Med Sci Monit* 2006; 12(5): 200-205.
41. Çokmert S, Yavuzşen T, Ünek İT. Ayaktan tedavi gören kanser hastalarının kemoterapi sırasında uğraşı seçimleri : anket çalışmasının sonuçları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;(2):31-36.
42. Bag B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4 (4): 449-464.
43. Tuncer AM. *Cancer Report*. Ankara, Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, 2010.
44. Üzüm G ve Nehir S. Kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2019;10(1):75-81.
45. Soylu C. Kanser hastalarında bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(3):257-270.
46. Bağçivan G ve ark. Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi:sistemik derleme. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015;30(1):5-15.

S-32 PSİKİYATRİ HASTALARINDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLER

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY THERAPIES IN PSYCHIATRIC PATIENTS

Abdurrezzak GÜLTEKİN, Aysel ÖZDEMİR

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

İnsanoğlu var olduğundan beri tamamlayıcı tedavileri kullanmaktadır. Özellikle yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelerle birlikte tamamlayıcı tedavilerin öneminde artış olmuştur. Genel olarak tüm alanlarda geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler uygulanabilir olsa da psikiyatri hastalarının da azımsanmayacak düzeyde başvurduğu açık olarak bilinmektedir. Psikiyatri hastaların tedavileri için sık kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden bir kısmını terapötik masaj, reiki, yoga, hipnoz, müzik terapi, aromaterapi ve mindfulness oluşturmaktadır. Günümüz bilim ve teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesine rağmen, alternatif ve tamamlayıcı terapilerin popülaritesi de git gide artmaktadır. Bu da bize göstermektedir ki gelecek yıllarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin önemi daha da artacak gibi görünmektedir.

171

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, psikiyatri hastaları geleneksel tedaviler, tamamlayıcı tedaviler

Abstract

Human beings have been using complementary therapies since they existed. Especially since the mid-twentieth century, there has been an increase in the importance of complementary therapies with the rapid developments in the diagnosis, care and treatment of diseases. Although traditional and complementary therapies can be applied in all areas in general, it is clearly known that psychiatric patients apply to a considerable extent. Some of the traditional and complementary therapies commonly used for the treatment of psychiatric patients include therapeutic massage, reiki, yoga, hypnosis, music therapy, aromatherapy and mindfulness. Despite the rapid development of today's science and technology, the popularity of alternative and complementary therapies is increasing. This shows us that the importance of traditional and complementary therapies will increase in the coming years.

Keywords: Psychiatry, traditional treatments of psychiatric patients, complementary therapies

GİRİŞ

İnsanoğlu var olduğundan beri tamamlayıcı tedavileri kullanmaktadır. Özellikle yirminci yüz yılın ortalarından itibaren, hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelerle birlikte tamamlayıcı terapilerin öneminde artış olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre; geleneksel tıbbın uzun bir geçmişe sahip olduğu ifade edilmektedir. Aslında bu alanda kullanılan kavramlar ve tanımların da tam olarak oturmadığı görülmektedir. Bazı çevreler, hastanın tedavisinde modern tıp ile birlikte destekleyici kullanımını tamamlayıcı tıp olarak ifade ederken, alternatif tıp ile standart dışı tıp uygulamaların anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bizim ülkemizde alternatif tıp terimi uzun yıllar diğer tanımlarla benzer anlamda kullanılmış ve son yıllarda gerek başta WHO olmak üzere uluslararası kuruluşlar tarafından, gerekse ülkemizde konu üzerinde yapılan tartışmalar sonucu tıbbın değil tedavinin alternatifi olabileceği vurgusu yapılmaktadır.

Günümüzde yaygın olan kullanım, daha çok geleneksel ve tamamlayıcı tıp şeklindedir. Sağlık Bakanlığı, Ekim 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Yönetmelikte; amaç, kapsam ve kanuni dayanak net bir şekilde ortaya konmuştur. Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler geniş bir oranda tedavi seçeneklerini kapsamaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler metotlarının sağlık bakımı içinde hak ettiği noktada yer almasında hemşireler en uygun profesyonel gruptur. Psikiyatri hemşireliğinin mesleğinin bu süreç içindeki rolü tamamlayıcı tedavi uygulamalarının araştırmaya dayalı bağımsız bir meslek olarak yer almasında önemlidir (1-6). Genel olarak hemşireliğin tüm alanlarda geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler uygulanabilir olsa da psikiyatri hemşireliğinde de azımsanmayacak düzeyde olduğu düşünülmektedir. Psikiyatri hastalarında sık kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler şunlardır: terapötik masaj, reiki, yoga, hipnoz, müzik terapi, aromaterapi ve mindfulness.

AMAÇ

Bu derlemenin amacı; psikiyatri hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgi vermektir.

YÖNTEM

Psikiyatri hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgi vermek amacıyla Haziran 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında Google Akademik, Yöktez, PubMed,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Cochrane Library veri tabanlarında psikiyatri hemşiresi, geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler, alternatif tedaviler, anahtar kelimeleri ile 2004-2019 tarihleri arasındaki çalışmaları kapsayacak şekilde tarama yapılmış ve sonuçlar literatür ışığında paylaşılmıştır.

1. Terapötik masaj

Masaj bilinen en eski tedavi edici alternatif tedavilerin başında gelmektedir. Çok eski çağlardan beri masaj teknikleri uygulanmaktadır. Terapötik masaj Geleneksel Çin Tıbbına dayanmaktadır. Masaj terapinin ilerlemiş kanserli hastalarda hem fiziksel hem de psikolojik semptomlar üzerinde yararlı etkileri olabileceğini göstermektedir(4). Terapötik masaj kas deri ligament, deri gibi yüzeysel yumşak dokulara ve yüzeysel dokular altında yer alan bazı yapılara sistematik ve bilimsel olarak uygulanmaktadır. Bu uygulama efloraj, friksiyon vibrasyon, perküsyon petrisaj, germe ve baskı uygulama hareketleriyle oluşan tedavi edici yöntemdir. Terapötik masaj bireyin fiziksel rahatlığını korumak, bireye gevşeme sağlayarak, vücudun sistemleri arasındaki etkileşimi dengeleyerek bireye genel bir rahatlama sağlamaktadır (5).

2. Reiki

Reiki, kaygı, depresyon veya her ikisi olan insanlarda ilaç dışı uygulanan bir alternatif tedavidir. Reiki, titreşimli veya ince bir enerji tedavisi olarak tanımlanan 2500 yıllık bir tedavidir ve en çok vücuda veya üzerindeki hafif dokunuşlarla olmaktadır. Reiki terapisi, uygulayıcının hafif bir dokunuş kullandığı veya ellerini hafifçe vücudun üstünde konumlandığı rahatlatıcı bir enerji tedavisidir. Eski çağlardan beri kullanılmakta olan reiki, daha çok vücudun fiziksel olarak herhangi bir yerinde ağrı, kaygı ve depresyon gibi birçok sorunda uygulanmaktadır. Mikao Usui, 20. yüzyılın başlarında Japonya'da Reiki olarak adlandırılan uygulamanın köklerini formüle etti. Mikao Usui Reiki'nin kurucusu olarak anılmaktadır(5-8).

Reiki, uygulayıcının ellerini, insanın enerji alanında terapötik bir etki yaratmak için kullandığı ve ardından bedeni kendini iyileştirmesi için teşvik eden bir Japon stresi azaltma tekniğidir (9). Şifa verme tekniği bedende oluşan enerji dengesizliğini ortadan kaldırmak için fiziksel ve ruhsal olarak hastanın iyileşme sürecini başlatmaktadır. Kişilerin yaşamlarında oluşan dengesizlikler bireyde birçok soruna yol açmaktadır. Elle uygulanan reiki terapisi şifa verme tekniği olarak eski çağlardan günümüze kadar uygulanmaktadır ve son yıllarda uygulama alanı artmış durumdadır. Reiki uygulamasıyla bireydeki enerji akışı dengelenmeye çalışılır ve uygulayıcı enerji noktalarına kendi enerjisini göndererek hastanın iyileşmesinde

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

rol oynamaktadır. Reiki konusunda eğitim almış bireylerin yapılan bu hareket ile ağrının geçeceği veya hastanın rahatlayacağını düşünmektedir. Reiki uygulaması herkeste aynı şekilde etki etmeyebilir (10,11).

3. Yoga

Yoga terapi kronik hastalıklarda, stres, anksiyete depresyon gibi ruhsal hastalıklarda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Cabra, ve ark. majör psikiyatrik bozukluklarda tamamlayıcı bir tedavi olarak yoga terapisinin etkinliği ile ilgi yaptıkları metaanalizin, elde edilen sonuçlarına göre, yoga terapisinin, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda örneğin depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğunda ve şizofreni için etkili bir yardımcı tedavi olduğunu göstermiştir(15). Yoga, Hint felsefesi ve kültüründeki kökenleri olan, yüzyıllardır insan için acı çekmeyi azaltmak için kullanılan, bir zihin-beden uygulamalarıdır. Yoganın amacı “zihin”, beden ve ruhu çeşitli zihinsel ve fiziksel uygulamalar yoluyla birleştirmektir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, yoga, temel olarak fiziksel duruşlardan (asana), nefes egzersizlerinden (pranayama) ve fiziksel ve zihinsel sağlığı geliştirmeyi amaçlayan meditasyon tekniklerinden (dyana) oluşan rahatlama yöntemidir. Yoga daha yaygın bir şekilde kabul görmeye başlamış durumdadır ve giderek sağlığı geliştirmek için bir GETAT önemli bir hale almaktadır. Yoga özellikle depresyon tedavisinde ve anksiyete azaltılmasındaki etkinliği birçok çalışmada belirlenmiş durumdadır. Örneğin, kadınlarla yapılan bir çalışmada 34 sağlıklı kadında iki aylık bir yoga müdahalesinin etkileri araştırılmak istendi. Araştırma sonucunda yoga uygulamasının deney grubunun, kontrol grubuna göre anksiyete düzeyinin belirgin bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir . Yoganın popülaritesi büyük ölçüde stresi azaltması, ruh hali değişiklikleri, refah ve yaşam kalitesini artırma kabiliyetinden olduğu düşünülmektedir (12-16).

4. Hipnoz

Hipnoz” terimi, telkinlere yanıt veren merkeze yayılan geniş bir fenomen yelpazesini kapsar. Hipnoz telkin yoluyla algısal, bilişsel, düşünce veya duygusal süreçleri düzenleyebilir ve sıklıkla gözlemlenebilir davranışların ve öznel deneyimlerin değişmesine yol açar. Geçmişten günümüze hipnoz teriminin birçok tanımı yapılmıştır. Hipnozun ne olduğuna değil, ne olmadığına bakılacak olursa; hipnozun uyku hali olmadığı, hipnoza giren kişi ne olduğunun hatırlayamadığı veya unutulduğu bir durum söz konusu olmadığı veya bireyin kendi kontrolünü kaybettiği, kendinden geçtiği bir uygulama da değildir. Hipnozda kişi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kendinin farkındadır ve bilinci açıktır. Fakat dışarıdan gelen uyarılara tepkisiz kalmaktadır. Nedeni ise kişinin telkin veren hekim ya da bireye dikkatini vermesinden kaynaklanmaktadır. Hipnozdaki bireyin bilinci açık olduğundan dolayı olup biten her şeyden haberdardır ve istediği zaman hipnozdan çıkabilmektedir. Yüzyıllarla ifade edilen bir tarihe sahip olduğu bilinen hipnoz modern tedaviye destek amacıyla günümüzde giderek daha yaygın kullanılmaktadır. Genel olarak ağrıyı ortadan kaldırmak için migren ve migren tarzı baş ağrılarında, fiziksel ağırlı hastalıklarda, ağrısız doğumda, kanser ağrılarında, cerrahi girişimlerde, astımda, hipertansiyonda, ülser olmak üzere GETAT olarak hipnoterapi yapılmaktadır. Hipnoterapi psikiyatri hastalıklarında ise genelde tik, kekemelik, enüresis noktürna (gece işemeleri), yeme bozuklukları, obezite, konversiyon bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, fobiler, panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, sınav kaygısı, travma sonrası stres bozukluğu ve birçok psikiyatrik bozukluklarda hipnoterapi uygulanmaktadır. Özellikle ağrının hipnotik yönetimi, tamamlayıcı ve alternatif uygulamalar arasında yerinin kabul görmüş bir seviyeye ulaşmış olması hipnoterapi önemini gözler önüne sermektedir(17-20).

5. Müzik Terapi

İnsanın herhangi bir yerinde ağrı olunca veya bir hoşnutsuzluk varsa bir an önce bu durumdan kurtulmak ister. Müzik terapisi (MT), dikkatlice planlanmış bir müzik deneyimi ile hasta ile terapist, terapötik bir süreç içerisinde ilişki içeren bir müdahaledir. Yıllardır kullanılan MT, GETAT olarak literatürde yerini almaktadır. Müzik terapisi insanın vücudundaki ağrı veya hoşnutsuzluğun azaltılması ya da yok edilmesinde aynı zamanda sağlığın ve iyiliğin korunmasında kritik bir rol oynar. GETAT olarak müzik terapisinin tıbbi tedavi gören birçok hasta tedavi veya iyileşme sürecinde kendi kendine ya da profesyonel olarak müzik tyerapisini kullanmaktadır ve hastanın rahatladığı görülmektedir. İnsanlar için müzik terapisinin fizyolojik ya da mental ağrı, duygusal sıkıntı, anestezi kullanımı ve madde kullanım bozuklukları konusunda olumlu etkileri olabilmektedir. Yapılan birçok çalışmada müzik terapinin hastaların iyileşmesinde olumlu etkileri gösterilmiştir. Müzik terapisi, GETAT olarak dünyada en az 15 ülkenin kendi müzik terapisi derneklerine sahip olmasıyla büyüyen bir meslek olmuştur. Bu ülkelerin birçoğunun kendi eğitim programları vardır. Literatür, terapötik ilişki de dahil olmak üzere kültürlerarası terapinin müzik terapisi niteliklerinde çok kültürlü yetkinliği tanımlanmaktadır. Müzik terapisinin kültürlerarası veya çok kültürlü deneyimleri ve terapistlerin uluslararası çalışma deneyimleri ile tüm dünyada

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

önemi her geçen gün artmaktadır. Terapistin sıcaklığı, empati, terapiyi kolaylaştırma kabiliyeti, kültürel duyarlılık ve terapist ve hasta tarafından paylaşılan değerler gibi bağlar, tedavi sürecinin hızlandığını göstermektedir (21-29).

6. Aromaterapi

Aromaterapi hastanede yatan hastalarda semptom yönetimi için önerilen farmakolojik olmayan ve GETAT uygulamalarından biridir. Hemşirelik uygulamalarında en yaygın kullanılan tamamlayıcı tedavidir ve bitkilerden çıkarılan ve koku alma sistemi (soluma) veya cilt (masaj) yoluyla tatbik edilen uçucu yağların terapötik kullanımınıdır. Aromaterapinin ilerlemiş kanserli hastalarda hem fiziksel hem de psikolojik semptomlar üzerinde yararlı etkileri olabileceğini göstermektedir. Başta psikiyatri hastalıkları olmak üzere kanserli hastalarda ağrı ve uyku bozuklukları yaygın problemler olduğundan dolayı aromaterapi etkili bir GETAT müdahale olabileceği düşünülmektedir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomları gidermek için bir dizi uçucu yağ (lavanta, sardunya, yasemin, biberiye, gül, çuha çiçeği yağı ve papatya) kullanılır. Lavanta özellikle ensefalin, serotonin ve endorfinlerin salınmasına yol açan merkezi sinir sistemi üzerinde etkisi olan geleneksel tıpta uzun süredir kullanılmaktadır ve hastaları rahatlatmaktadır (30,32)

176

7. Mindfulness

Mindfulness (bilinçli farkındalık), tanımına bakıldığında şimdiki an içerisinde meydana gelen olay, durum veya ne gerçekleşiyorsa, olana dikkat etmek ve dikkat edilene dikkat ederken de yargılamadan kabul etmektir. Mindfulness yalnızca şimdiki anda yaşamak ve bulunulan anı fark etmek demek değildir. Aynı zamanda yaşanan ana içerisinde olanları fark etmek ve fark edilene verilen tepki ya da tepkilerden oluşmaktadır.

Mindfulnesssta üç önemli adım içermektedir. Birinci adım dikkattir. İnsanın dikkat etmediği bir şeyi tam anlaması beklenemez. Bundan dolayı birey anlamak istediği şeye öncelikle dikkat edilmesi gerekir. Örneğin şu an okunulan bu yazıya dikkat kesilmemiş isen zihnde başka şeylerin olma olasılığı yüksek denebilir. İnsanın aynı anda çevresinde tüm olup bitene dikkat etmesi mümkün değildir. Bu yüzden insan neye dikkat etmesi gerektiğini ya da ne yapıyorsa ona dikkatini vermesi gerekir ki hedefine ulaşsın. Bu durumda ikinci adım devreye girmektedir ki bu da niyettir. İnsan niyetinin farkında olmalıdır. İnsan yaşadığı andaki neye dikkat etmek istiyorsa niyetini ona göre yapması gerekir. Mindfulnessın üçüncü adımı tutumdur. Mindfulness insanın fark ettiğini nasıl bir tutumla ele alacağını nasıl tepki

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

vereceğine yardımcı olur. Yani önceki yaşantılar ya da şimdiki yaşantıya verilecek tepkidir. Mindfulness her şeyin mükkemel olması demek değildir. Mutlu, mutsuz, hüzünlü, sevinçli, gergin, sinirli ya da bireyde hangi duygu ve düşünce hakim ise onu fark edip, öyle kabul etmeyi gerektirir. Yani tutumda mindfulness var olan duygunun kabulü ve farkına varmasıdır. Mindfulness insanın olduğu her yerde mevcuttur. Popüler yaşamda, politikada sağlıkta, duygu ve düşünce üzerine, beden ve zihin farkındalığı olmak üzere tüm alanlarda olduğu gibi psikiyatride de sık kullanılmaktadır. Psikiyatride daha çok stres azaltma programı olarak yaygın bir şekilde uygulanmaktadır (33,34).

SONUÇ

Günümüz bilim ve teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesine rağmen, alternatif ve tamamlayıcı terapilerin popülaritesi de git gide artmaktadır. Bu da bize göstermektedir ki ilerleyen yıllarda alternatif ve tamamlayıcı tedavilerin önemi daha da artacak gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Muslu, G. K., & Öztürk, C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (2008). 51(1), 62-7.
2. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> Erişim:29 Eylül 2019
3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı No:29158 (27 .10.2014). Erişim:29 Eylül 2019
4. Yüksel, İ. Masaj Teknikleri. (1. Baskı). Ankara. Alp Yayınları. (2007).
5. Soden, K., Vincent, K., Craske, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative medicine*, (2004). 18(2), 87-92.
6. Çakmak, S., & Nural, N. Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları. *Turkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, (2017). 3(2), 57-64.
7. Boni, M., Schütze, R., Kane, et al. Mindfulness and avoidance mediate the relationship between yoga practice and anxiety. *Complementary therapies in medicine*, (2018). 40, 89-94.
8. (Joyce, J., & Herbison, G. P. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2015). (4).
9. Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, (2016). 15(3), 276-286.
10. Thrane, S. E., Maurer, S. H., Ren, D., et. al., Reiki therapy for symptom management in children receiving palliative care: a pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, (2017). 34(4), 373-379..
11. Reiki: Available at: <http://reikihistory.topcities.com>. Accessed July 25, 2019
12. (Baldwin, A. L., Vitale, A., Brownell, E., et. al., Effects of Reiki on pain, anxiety, and blood pressure in patients undergoing knee replacement: a pilot study. *Holistic nursing practice*, (2017). 31(2), 80-89.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

13. Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B. D., et. al. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, (2016). 24.
14. Khalsa, S. B. Yoga as a therapeutic intervention. *Principles and practice of stress management*, (2007). 3, 449-462.
15. Cabral, P., Meyer, H. B., & Ames, D. Effectiveness of yoga therapy as a complementary treatment for major psychiatric disorders: a meta-analysis. *The primary care companion to CNS disorders*, (2011). 13(4).
16. Park, C. L., Riley, K. E., Bedesin, E., & Stewart, V. M. Why practice yoga? Practitioners' motivations for adopting and maintaining yoga practice. *Journal of health psychology*, (2016). 21(6), 887-896.
17. Gürçan, M., & Turan, S. A. (2019). Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Bulantı-Kusmaya Yönelik Semptom Yönetimi: Kanıt Temelli Uygulamalar. *Güncel Pediatri*, 17(1), 170-182.
18. Büssing A, Hedtstück A, Khalsa SB, et al. Development of specific aspects of spirituality during a 6-month intensive yoga practice. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* (2012) 2012: 981523.
19. Landry, M., Lifshitz, M., & Raz, A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (2017). 81, 75-98.
20. Taştan, K., Çayır, Y., Makas, YN., T Set, T., Hülakü, A ., T, Tekşan, T. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Doktorların Hipnoterapi ile İlgili Görüşleri, Eğitim Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları. *Smyrna Tıp Dergisi* (2015). 2 , 12-17.
21. Ünal, M., & Dağdeviren, H.N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Fam Med*, (2019). 8(1), 1-9.
22. Goldstein, R. H. Hypnosis and Pain: No Longer an “Alternative” Clinical Hypnosis for Pain Control. (2011).
23. Rebecca, W., & Michael, J. S. A Music Therapy Feasibility Study with Adults on a Hospital Neuroscience Unit: Investigating Service User Technique Choices and Immediate Effects on Mood and Pain. *The Arts in Psychotherapy*, (2019). 101585.
24. Lee, J. H. The effects of music on pain: a meta-analysis. *Journal of music therapy*, (2016). 53(4), 430-477.
25. American Music Therapy Association. AMTA professional competencies. Retrieved from: . musictherapy.org. (2015a).
26. American Music Therapy Association. AMTA code of ethics. Retrieved from: . music therapy.org. (2015b).
27. So, H. US-trained music therapists from East Asian countries found personal therapy during training helpful but when cultural disconnects occur these can be problematic: A qualitative phenomenological study. *Arts in Psychotherapy*, (2017). 55, 54–63
28. Hadley, S. Dominant narratives: Complicity and the need for vigilance in the creative arts therapies. *Arts in Psychotherapy*, (2013). 40, 373–381.
29. Kyle, G. Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: results of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, (2006). 12(2), 148–155.
30. Soden, K., Vincent, K., Craske, et. all., A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative medicine*, (2004). 18(2), 87-92.
31. Heidari Gorji, M. A., Ashrastaghi, O. G., Habibi, V., et. all., . (2015). The effectiveness of lavender essence on sternotomy related pain intensity after coronary artery bypass grafting. *Advanced Biomedical Research*, 4, 127.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

32. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., et. all., Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, (2004)11(3), 230-241.
33. Germer, C., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Publications.
34. Atalay, Z. *Mindfulness: . bilinçli farkındalık farkındalıkla anda kalabilme sanatı*. İnkılap kitabevi yayın sanayi ve ticaret AŞ. İstanbul. 1. Baskı. (2019).

**S-33 MULTIPL TRAVMALI HASTADA BESLENME DURUMUNUN
DÜZENLENMESİ: OLGU SUNUMU**

**REGULATION OF NUTRITION IN A MULTIPL TRAUMA PATIENT:
CASE REPORT**

Esra Fidan¹, Burcu Çavdar², Emre Adıgüzel³

¹Konya Numune Hastanesi, Nütrisyon Birimi, esrafidan1990@gmail.com

²Tokat Devlet Hastanesi, Diyet Polikliniği, burcucavdr@gmail.com

³Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, adiguzlemre@gmail.com

Özet

Travmalı olgularda beslenme yetersizliği enfeksiyon ve multipl organ yetmezliği gibi komplikasyonlara eğilimi arttırarak hem yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına, hem de morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Metabolik ve inflamatuvar yanıtın arttığı bu hastalarda, protein ve enerji gereksinimi de artmaktadır. Yeterli nütrisyon desteğinin sağlanamaması durumunda ise malnütrisyon riski artmaktadır. Erken dönemde nütrisyon desteğine başlanması, mümkün ise enteral yolun kullanılması ve diyetle immünonütriyentlerin de eklenmesi komplikasyonları azaltabilmektedir. Multipl travmalı hastalarda beslenme durumunun önemini vurgulamak amacıyla, 14 ay boyunca yoğun bakım ve palyatif ünitelerinde izlenen olguda nütrisyon desteğinin uygulaması tartışılmıştır.

180

Anahtar kelimeler: Multipl travma, beslenme durumu, nütrisyon tedavisi.

Abstract

Nutritional deficiencies in trauma cases increase the tendency to complications such as infection and multiple organ failure, leading to prolonged stay in the intensive care unit and increased morbidity and mortality. Metabolic and inflammatory response is increased in these patients, protein and energy requirements are also increasing. If adequate nutritional support is not provided, the risk of malnutrition increases. Initiation of nutritional support in early period, using enteral pathway if possible and adding immunonutrients to diet may reduce the complications. In order to emphasize the importance of nutritional status in patients with multiple trauma, the application of nutritional support in a case followed up in intensive care and palliative units for 14

months was discussed.

Key Word: Multiple trauma, nutritional status, nutritional therapy

GİRİŞ

Travma kaza sonucu gelişen ve özellikle gelişmiş ülkelerde gençler arasında mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenlerinden biridir. Multipl travmadan söz edebilmek için travmanın, baş-boyun, göğüs, karın ve ekstremiteler olarak kabaca dört bölüme ayrılan insan vücudunda en az iki bölgeyi etkilemesi gerekir. İstisna olarak birden fazla büyük uzun kemik kırığı oluşması hali de multipl travma olarak kabul edilir. Multipl travmanın hastanedeki tedavi bileşenlerinden olan nütrisyonel yaklaşımın travmanın prognozu açısından önem arz ettiği bilinmektedir. Multipl travmalı olgularda travmaya bağlı gelişen hipermetabolik ve hiperkatabolik durum sonucu ortaya çıkan enerji ve protein ihtiyacını karşılayabilecek, immun sistemi destekleyecek, iyi bir nörolojik sonuca ulaşmada ve yara iyileşmesine fayda sağlayacak düzeyde bir beslenme desteğinin planlanması gerekmektedir (1). Multipl travma durumunda; beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda en hızlı şekilde nütrisyonel destek tedavisine başlanması malnütrisyonun önlenmesi ve tedavisinde oldukça önemlidir. Bununla birlikte enteral beslenmenin sistemik immüniteyi desteklediği, majör infeksiyöz komplikasyonların insidansını azalttığı, travmaya metabolik yanıtı azalttığı, barsak mukozasını ve barsak mikroflorasının ekolojik dengesini koruduğu bilinmektedir (2).

Posttravmatik metabolizma

Travmanın etkisi ile oluşan strese yanıt endokrin, metabolik ve immünojenik değişikliklerle karakterizedir. Bu yanıtın oluşumunda stres hormonları ve sitokinler rol alır. Stres ne kadar büyükse travma sonrası katabolizma da o derece hızlı gerçekleşir. Travmaya karşı oluşturulan merkezi sinir sistemi kaynaklı ve hormonal yanıtın aktivasyonunda travmatik dokudan salınan tümör nekroz faktör- α (TNF- α), interlökin-1 (IL-1) ve nükleer faktör kappa B'den (NF- κ B) gibi sitokinlerin hipotalamus üzerindeki doğrudan etkisi olduğu bilinmektedir (3).

Protein malnütrisyonu inflamatuvar yanıtı bozarak savunma sistemini harekete geçirmektedir. Elzem olmayan bir amino asit olan glutamin, travma ve cerrahi sonrasında, sitokin sentezinin modüle edildiği sepsis gibi durumlarda elzem hale gelmektedir. Bir çalışmada makrofaj aktivasyonu ve TNF- α sentezi üzerine glutaminin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

doz bağımlı etkili olduğu; NF-κB sinyal yolunu inhibe ettiği bildirilmiştir (4).

Travma sonrası enfeksiyon oluşumunda stres hormonları ve sitokin salınımı ile bunları izleyen metabolik süreçlerin merkezinde insülinin anabolik etkisinin azalması dolayısıyla insülin direnci gelişmesi söz konusudur. Katabolik reaksiyonların yoğun olması vücut için zararlıdır. Kas kütlelerinin ve enerji depolarının azalması ile seyreden katabolik süreçler iyileşme süresini geciktirir. Katabolik süreçleri azaltmak suretiyle dengeli metabolizmaya en kısa zamanda dönmesi travma sonrası iyileşme süreci için esastır. Bunun için travma sonrası bakım sürecinde beslenme desteği önem arz etmektedir (3).

Bu olgu sunumunun amacı multipl travmalı bir olguda medikal nutrisyon tedavisinin etkinliğini gözlemlemektir.

OLGU SUNUMU

Olgumuz motorlu araç kazası sonucu acil servise getirilen, 22 yaşındaki bir genç erkektir. Hasta 12.11.2017 tarihinde acil servise getirildiğinde humerus shaft kırığı, tibia shaft kırığı, radius shaft kırığı, toraks ve bel kırıkları, kaburga kırığı ve pnömotoraks tanılarıyla 3. basamak yoğun bakım ünitesine aktarılmıştır. Daha sonra 27.11.2017 tarihinde yoğun bakım servisinde hasta ventilatöre bağımlı ve nazogastrik (NG) sonda takılmış halde iken nutrisyon konsültasyonu ile hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi ve uygun nütisyonel destek tedavisinin düzenlenmesi istenmiştir.

İlk değerlendirmede hastanın vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümlerinin sırasıyla 63 kg, 175 cm olduğu; üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ölçümünün ise 27 cm olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastanın NRS 2002 skoru da 6 olarak belirlenmiştir. Hastanın alması gereken enerji ve protein düzeyleri sırasıyla 2026 kcal/gün ve 1,7 g/kg/gün olarak belirlenmiş ve laboratuvar bulguları incelenerek beslenmesine başlanmıştır. 12.12.2017 tarihinde yapılan vizitte hastanın koksik kısmında 1. derece dekübit ülseri oluşumu belirlenmiştir. Bu nedenle hastanın nütisyonel destek tedavisine multifaktöriyel besin takviyesi yapılmıştır (L-glutamin-14,8 g/gün, L-arjinin-14,8 g/gün ve beta- hidroksi beta-metilbütirat (HMB)-2,6 g/gün). Fizik tedavisine devam edilen hastanın zaman zaman homeostatik dengeyi kaybetmesi sebebiyle beslenme tedavisi etkin uygulanamamış ve bu nedenle kas kaybı giderek artmıştır. Hastanın koksik kısmında dekübit ülseri zamanla 3. dereceye dönüşmüştür.

18.12.2017 tarihinde hastanın ÜOKÇ ölçümünün 25 cm olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hastanın multifaktöriyel besin takviyesinde artış yapılmıştır (L-glutamin-22,3

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

g/gün, L-arjinin- 22,3 g/gün ve HMB-3,9 g/gün).

18.01.2018 tarihinde hastaya gastrostomi açılmış ve trakeostomi tüpü takılmıştır. Hastanın ÜOKÇ 20 cm olarak ölçülmüştür. Hastanın günlük alması gereken non-protein enerji 2423 kcal/gün ve protein gereksinimi 2,1 g/kg/gün olarak yeniden düzenlenmiş ve laboratuvar bulgularına göre nütrisyonel destek tedavisi revize edilmiştir.

Hasta 11.04.2018 tarihinde palyatif bakım servisine nakledilmiştir. Hastanın nütrisyonel destek tedavisi non-protein enerji 2850 kcal/gün ve 2,4 g/kg/gün protein olarak yeniden düzenlenerek rutin ziyaretlerle takip edilmiştir.

28.06.2018 tarihinde oral nutrisyon tedavisi almaya başlayan hasta, bu süreden itibaren ikinci ayın sonunda 1000 ml/gün oral alım (enteral beslenme solüsyonu ve bol protein R2) hedefini yakalamıştır (2000 kcal/gün+ 1,7 g/kg/gün). Bu süre içerisinde hasta nütrisyon destek ekibi tarafından rutin ziyaretlerle yakından takip edilmiştir. Hasta yavaş yavaş oryante olmaya ve R3 besin almaya başlamıştır ayrıca hastanın dekübit ülserlerinin de tamamen kapandığı saptanmıştır. Beslenme durumu iyileşen hastanın genel durumu stabil olduğu için ailesinin talebi doğrultusunda 12.01.2019 tarihinde hastaneden trakeostomi ve gastrostomisiyle birlikte taburcu edilmiştir. Taburculuk esnasında hastanın vücut ağırlığının 60 kg, ÜOKÇ 24 cm olduğu belirlenmiştir. Son kontrolünde ise hastanın trakeostomi ve gastrostomisi çıkarılmıştır. R3 ve oral enteral nütrisyon destek tedavisi ile birlikte hasta takip altında tutulmaya devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Travma kaza sonucu gelişen ve özellikle gelişmiş ülkelerde gençler arasında mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenlerinden biridir. Normal ve sağlıklı organizma travma veya strese maruz kaldığında kendisini korumaya yönelik bazı fizyolojik mekanizmaları harekete geçirir (5). Ancak bu olgularda katabolizmanın yoğunluğu nedeni ile birkaç gün içinde malnütrisyon gelişebilir ve immün sistemin yetersizliği, infeksiyonlara duyarlılığın artması, hipotalbüminemi, yara iyileşmesinde gecikme gibi komplikasyonlarla sonuçlanabilir.

Malnütrisyon, sağlık kuruluşlarına artan bir mali yük getirmektedir. Nütrisyon riski taraması ve tedavi süreci finansal kaynak gerektirse de hastanede kalış süresinin kısalması ile bu durum dengelenmektedir (6). Nütrisyonel yaklaşım planlanırken ilk olarak malnütrisyon durumu saptanmalıdır. Beslenme düzeyinin değerlendirilmesinde birçok tarama yöntemi kullanılmakta bunların klinikte en sık kullanılanları nütrisyonel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

risk taraması 2002 (NRS 2002), mini nütrisyonel değerlendirme (MNA), Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracının (MUST), kısa nütrisyonel değerlendirme anketi (SNAQ), malnütrisyon tarama aracı (MST) ve subjektif global değerlendirme testleridir. Buna ek olarak malnütrisyonu saptamada bazı biyokimyasal belirteçlerde kullanılmaktadır. Bunlar; albumin, prealbumin, retinol bağlayıcı protein ve transferrindir. Ayrıca  st orta kol çevresi ve kol kas alanının ölçülmesi gibi antropometrik ölçüm yöntemleri de yatağa bağımlı hastalarda iskelet kası protein kitlesinin iyi bir göstergesidir (7).

Multipl travmalı olgularda travmaya bağlı glikoz metabolizmasında azalma, protein turnoverinde artma, hiperdinamik kardiyovasküler durumun gelişmesi, sıvı-elektrolit dengesinde değişiklik, proinflamatuvar sitokin ve hormon salınımında artış, gastrointestinal fonksiyonlarda değişiklik gibi çeşitli metabolik bozukluklar görülmektedir (1). Hipermetabolizma ve hiperkatabolizma, katekolamin, glikortikoid, glukagon ve sitokinlerin salınımı nedeniyle oluşabilmektedir. Hiperkatabolik durum, travmadan sonraki 5-12 günde en yüksek seviyeye ulaşır. Enfeksiyon, nöbet veya deserebre postür gibi faktörler travmaya eşlik etmiyorsa hipermetabolik durum giderek azalır (5). Multipl travmalı olgularda nütrisyon tedavisi planlanırken genel amaç organ fonksiyonlarını stabilize etmek, hipermetabolik ve hiperkatabolik durum sonucu ortaya çıkan enerji gereksinimini karşılamak, immün sistemin aktivasyonunu korumak, iyi bir nörolojik sonuca ulaşmak ve yaraların iyileşmesini hızlandırmaktır (8).

Bizim olgumuzda hastaya nütrisyon konsültasyonu istenildikten sonra ilk olarak malnütrisyon durumunu değerlendirilmek amacıyla NRS 2002'yi kullanıldı. Hastanın NRS skorunun 6 olduğu tespit edildi ve bu değerin hastanın ciddi malnütrisyon riski altında olduğunu göstermesi nedeniyle vakit kaybetmeden nütrisyonel destek tedavisi planlanmaya başlandı.

Olgunun biyokimyasal parametrelerindeki değişimler değerlendirildiğinde özellikle albümin ve prealbumin değerlerinde düşme; kan şekeri, procalcitonin, CRP,  re değerlerinde yükselme olduğu gözlendi. Bu değerler ile hastada hiperkatabolizmanın meydana geldiği saptandı. Ayrıca hastanın vücut sıcaklığında meydana gelen artış ile hastada hipermetabolizma durumunun gerçekleştiği ve enerji harcamasının arttığı saptandı. Hastanın enerji ve besin ögesi ihtiyacı bu bilgiler işığında hesaplandı ve uygun şekilde destek tedavisine başlandı.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1. Hastanın yatışı süresince biyokimyasal parametrelerinde meydana gelen değişimler

	27.11.17	18.01.18	14.05.18	26.11.18
Hastanın aldığı sıvı	2225	2240	3120	4300
Çıkardığı sıvı	1800	3050	2900	4250
Vücut sıcaklığı	37.3	36.9	36,5	36,7
Nabız	74	107	94	95
Kan basıncı	87/44	185/179	136/58	109/53
Kan şekeri	109	94	100	86
Kreatinin	0,54	0,44	0,32	0,51
Üre	53	73	65	26
Albümin	2,5	3,1	3,54	3,72
Prealbümin	5,0	3,8	14,4	17,5
Potasyum	4,01	4,38	4	4,46
Fosfor	3,9	3,8	5	4,15
Sodyum	139	136	153	140
Procalcitonin	0,41	0,07	0,02	0,01
CRP	66,4	151	21,3	25
WBC	10,14	5,1	6,8	6,44

185

Travma, ciddiyeti ile korele olarak tüm sistemleri etkileyen katabolik bir süreçtir. Travma sonrası oluşan nöral ve immün sistem aktivasyonu sonrası salgılanan hormon ve mediatörler, metabolizmada ciddi değişiklikler meydana getirir. Özellikle protein katabolizması çok belirgindir ve hastalarda erken dönemde protein malnütrisyonu oluşturmaktadır (8). Bu nedenle travma hastalarına hemodinamik stabilite sağlanması sonrası 24-48 saat içerisinde nütrisyonel destek tedavisi başlanmalıdır. Nütrisyon desteğinde enteral yolun kullanımı fizyolojik olması ve olumlu etkileri nedeni ile birincil amaç olmalıdır (5).

Nütrisyon desteğine erken başlanması, sitokinlere bağlı olarak oluşan stres yanıtta değişiklikler oluşturarak metabolik anormalliklerin boyutunu sınırlandırır ve kritik hastalığa bağlı doku yıkımını azaltır. Bu amaçla standart nütrisyon solüsyonlarının özel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

besin öğeleri ile zenginleştirilip kritik hastaların immün yanıtlarının artırılması gündeme gelmiştir. İmmün ve inflamatuvar yanıtların düzenlenmesini içeren bu yaklaşım immünonütrisyon olarak bilinir (2). İmmünonütrisyonun beklediğimiz ilk amaç başlangıçtaki inflamatuvar yanıtı ve ilişkili olduğu doku hasarını azaltmak ve olası enfeksiyonları önlemektir. Diğer bir amaç ise gelişmiş olan enfeksiyonlarda iyileşmeyi sağlayabilecek optimal bir immün ve inflamatuvar yanıt oluşturabilmek ve sağ kalımı arttırmaktır. Literatürdeki mevcut çalışmalara göre; kas proteolizisini etkileyen üç besinsel nükleotidprekürsör bulunmaktadır. Bunlar: Beta-hidroksi- beta-metilbütirat (HMB), glutamin ve arjinin'dir. Her üç substratta meydana gelen kayıplar kas kaybı ve kas protein döngüsünün yavaşlamasında etkilidir (1). Mekanizmaları tam olarak bilinmemekle birlikte; arjinin ve glutamin desteğinin net protein sentezini arttırdığı; hemoglobin ile birlikte desteklenmesinin ise protein yıkımını en aza indirdiği düşünülmektedir. Glutamin, yanık hastalarında (A) ve travma hastalarında (A) standart enteral formüle 0.2-0.4 g/kg/gün eklenmelidir. HMB'nin en önemli etkisinin, iskelet kası içerisinde de novo kolesterol sentezi için substrat kullanımını artırması olarak bilinmektedir. Kas hücresinde yeterli miktarda kolesterol üretildiğinde, membran dayanıklılığı artmaktadır. Bu anlamda, kolesterol sentezi için yeterli substrat sağlandığında, kas hücresi dayanıklılığı artmakta ve yıkımı azalmaktadır (9). Literatürde HMB dozuyla ilgili net bir veri olmamakla birlikte; birçok çalışma günlük toplam 3 gr HMB'nin en yüksek yararı sağladığını belirtmektedir. İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalarda 3-6 g/gün HMB verilmesinin yan etkisine rastlanmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda, uzun süreli kullanımlarda bu desteklerin protein sentezini artırıp; protein yıkımını azaltarak yağsız vücut kütlelerini arttırdığı saptanmıştır (10). Bu bilgiler ışığında olgumuzda üst orta kol çevresinin azaldığı ve dekübit ülseri olduğu tespit edildiği anda hastanın nütrisyonel destek tedavisine multifaktöriyel besin takviyesi (arjinin, glutamin ve HMB) yapılmıştır.

Erken enteral nutrisyon tedavisi hastanın gastrointestinal sisteminin etkinliğini kaybetmesine engel olarak, hastanın oral besin tedavisine daha hızlı adapte olmasını da kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle olgumuzda palyatif servisinde hem oral enteral ürünler hemde bol proteinli Rejim 3 tedavisi uygulanmasında problem yaşanmamıştır.

Palyatif servisinde hastanın tedavisi süresince ailesiyle görüşme sıklığının artışının

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

oluşturduğu pozitif enerjinin de hastanın iyileşmesi üzerinde olumlu etkide olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle olgumuzun durumu stabil hale geldikten sonra takibi palyatif servisinde devam edilmiştir. Palyatif bakım sürecinde de hastanın hızla iyileştiği görülmüştür.

Sonuç olarak, nütrisyon tedavisi multipl travmalı hastalarda yoğun bakım prognozunu belirleyen önemli bir bileşendir. Takip edilen bu olguda, en önemli uzun dönem yoğun bakım komplikasyonlarından biri olan dekübit ülserinin iyileşmesinde ve kas kütlesi ile vücut ağırlığının korunmasında nütrisyonel müdahalenin doğrudan etkili olduğu görülmektedir. Multipl travmalı hastaların yoğun bakım tedavilerinin ilk gününden itibaren nutrisyon ekibiyle birlikte çalışması ile nütrisyonel tedavinin düzenlenmesi travmaya bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesi bakımından önemli ve gereklidir.

KAYNAKLAR

1. McEvoy CT, Cran GW, Cooke SR, Young IS. Resting energy expenditure in non-ventilated, non-sedated patients recovering from serious traumatic brain injury: comparison of prediction equations with indirect calorimetry values. Clin Nutr 2009; 28: 526-32.
2. Mut M, Berker M. Kafa travmasında yoğun bakım. Turk J Intensive Care 2009; 2: 169- 74.
3. Şimşek T, Uzelli-Şimşek H, Cantürk NZ. Travmaya cevap ve metabolik değişiklikler: posttravmatik metabolizma. Ulusal Cer Derg 2014; 30: 153-9.
4. da Silva Lima F, Rogero MM, Ramos MC, Borelli P, Fock RA. Modulation of the nuclear factor-kappa B (NF-κB) signalling pathway by glutamine in peritoneal macrophages of a murine model of protein malnutrition. Eur J Nutr 2013; 52: 1343-51.
5. Devay A.Ö: Kılıçturgay A.S. Travma Hastalarında Nütrisyonel Destek. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2015; 8(1): 51-60
6. Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. Clin Nutr 2016; 35: 125-37.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract.* 2008; 23: 373-82.
8. Yelken B. Travmalı Hastada Nütrisyon Desteği. *Türkiye Klinikleri J Intensive Care- Special Topics* 2016; 2(3): 86-91.
9. Güzel Y. Aktif bireylerde düzenli egzersizle birlikte beta-hidroksi beta-metilbütirat (HMB) tüketiminin vücut kompozisyonu ve kan lipitleri üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Bilimleri ve Teknolojisi Programı, Ankara, 2010.
10. May PE, Barber A, D'Olimpio JT. Reversal of cancer-related wasting using oral supplementation with a combination of β -hydroxy- β -methylbutyrate, arginine, and glutamine. *The American Journal of Surgery* 183; 471-479: 2002.

S-35 İLERİ SAĞLIK DİREKTİFLERİ

ADVANCED HEALTH DIRECTIVES

Hatice Pekince

Öğr. Gör. Dr. Fırat Üniversitesi, Kovancılar MYO

GİRİŞ

Günümüzde özellikle yaşlanan toplumla birlikte, kronik hastalıkların varlığı, yaşamın ilerleyen dönemlerinde başkasına bağımlı ve yük olma düşüncesiyle birlikte ileri sağlık direktifleri gündeme gelmektedir.

Türk dil kurumuna göre direktifin tanımı; talimat vermek, emretmek, buyurmak anlamına gelmektedir(1). Sağlık direktifi ise önceden kendi sağlığı hakkında taleplerde bulunma işlemidir. **Sağlık direktifi** sadece yaşlılık ile ilgili değildir. Her yaşta, tıbbi bir kriz anında kendi sağlık kararları hakkında oluşturulan yazılı bir kararnamedir (2).

Bireyin karar verme yetisinin kaybolduğu durumlarda veya iletişim kurulamadığı durumlarda (terminal dönem, deliryum, psikoz, koma, vb.) sağlık bakım ve tıbbi kararlarının ne yönde olması gerektiğini kişinin bilinç durumu açık ve sağlıklı iken belirtildiği yazılı belgelere **ileri sağlık direktifleri** denir (3,4). Ülkemizde önceden karar verilmiş hasta talimatnamesi olarak adlandırılmaktadır.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 6. maddesinde, hekimlerin, hastalarının daha önce belirtilmiş isteklerini göz önüne almaları gerektiği belirtilir. Buna göre, insan hakları sözleşmesini kabul eden ve imzalayan devletler, kişinin, ileri yaşam sürecinde sağlığıyla ilgili uygulama ve müdahalelerde söz haklarının olmasını ve karar verme sürecinde etkili ve yasal yaptırım olması gerektiğini savunmaktadır(5).

Yine Avrupa Konseyi Temsilciler Kurulu, bu isteklerin hukuki çerçevesine çok önem vermektedir. Avrupa Konseyi'nin, CM/Rec(2009)11 numaralı Tavsiye Kararı, kişinin yasal açıdan karar verme yetisi olmadığı durumda daha önceden sağlıklı ve karar verme yetisinde problem yok iken vermiş olduğu uygulama ve kararların hukuken geçerli olduğunu savunmaktadır. “Önceden verilmiş talimatlar” ya da “temsilcilerin yetkilendirilmesi” olarak tanımlanan onamlar yasal boyut kazanmaktadır (6). Avrupa konseyi üye olmayan ülkelerde ve önceden verilmiş talimatları kabul etmeyen ülkelerde bile kişinin sağlığı hakkındaki uygulamalar ve girişimler hakkında önceden belirtilen yazılı isteklerin insan hakları boyutunda kişinin kendisi hakkındaki isteklere saygı gösterilmesini vurgulamıştır.

Birleşmiş milletlerde 1991 yılından, Hollanda da ise 2002 yılından beri yürürlükte olan sağlık direktifleri bireyin gelecekteki sağlık durumuna müdahale etmesine olanak sağlamaktadır. Özellikle Kardiyopulmoner Resusitasyona son verilip verilmemesi, antibiyotik (ağır tıbbi ilaçlar) kullanıp kullanmayacağı, dehidratasyon ve beslenme gibi konularda kişinin böyle bir durumla karşılaşılması durumunda nasıl müdahale edilmesi konusunda önceden alınan yazılı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

izindir. Bu yazılı izin sayesinde hem sağlık çalışanlarının işleri kolaylaşmakta hem de aile üyelerinin son görevlerini yapma durumu doğmaktadır(7,8).

Çoğu eyaletlerde doktor tarafından veya bazen bir hemşire veya doktor asistanı tarafından doldurulan POLST ve MOLST formlarını kullanır. Doktor isteklerinizi sizinle ve ailenizle tartıştıktan sonra bir POLST veya MOLST doldurur. Doktorunuz tarafından imzalandıktan sonra, bu form diğer tüm tıbbi talimatlarla aynı yetkiye sahiptir. Bu formlarda hastanın ilerki yıllarında başına gelebilecek durumlar hakkında önceden yapılmasını istediği uygulamalar yer almaktadır. POLST formunda resusitasyon, konforun sağlanması, antibiyotikler, beslenme ve hidrasyon durumlarında kişinin nasıl tedavi istediğine dair sorular yer almaktadır. Kişi öncelikle bu konular hakkında bilgilendirilir, ardından onamı alınır (8,9).

Formda yer alan tıbbi durumların kısaca hastalar tarafından anlaşılır şekilde açıklanması;

CPR (Kardiyopulmoner resüsitasyon) kalbiniz durursa veya yaşamı tehdit edici anormal bir ritim içindeyse kalp atışınızı eski haline getirebilir. Akciğerlere hava koyarken sürekli olarak göğsün üzerine zorlayarak basmayı içerir. Bu kuvvet oldukça güçlü olmak zorundadır ve bazen kaburgalar kırılır veya bir akciğer çöker. Defibrilasyon olarak bilinen elektrik şokları ve ilaçlar da işlemin bir parçası olarak kullanılabilir. Sıklıkla, CPR birden fazla kronik hastalığı olan veya zaten zayıf olan yetişkinlerde başarılı olamaz (10).

Acil tedavi olarak ventilatör kullanma. Ventilatörler, nefes almanıza yardımcı olan makinelerdir. Ventilatöre bağlı bir tüp boğazdan trakeaya (soluk borusu) geçirilir, böylece makine havayı akciğerlere zorlayabilir. Tüpü boğaza indirme işlemine entübasyon denir. Tüp rahatsız olduğu için, ventilatörde sakinleşmenizi sağlamak için ilaçlar sıklıkla kullanılır. Uzun süre ventilatörde kalmanız bekleniyorsa, doktor bir trakeotomi veya "trakt" yapabilir ("make" ile tekerlemeler). Bu başucu ameliyatı sırasında, tüp, boyundaki bir delikten doğrudan trakeanın içine sokulur. Solunumla ilgili uzun süreli yardım için, bir trakte daha rahat ve sedasyon gerekli değildir. Böyle bir solunum tüpü kullanan kişiler, özel yardım almadan konuşamazlar çünkü solunan hava ses tellerini geçmez (11,12).

Yapay beslenme ve hidrasyonun: Yemek yiyemiyorsanız, burnunuzdan midenize kadar dışlı bir besleme borusundan beslenebilirsiniz. Tüp beslemeye uzun süre hala ihtiyaç duyulursa, direkt olarak midenize bir besleme tüpü cerrahi olarak yerleştirilebilir. Elle besleme (bazen yardımcı oral besleme olarak adlandırılır) tüp ile beslenmeye bir alternatiftir. Bu yaklaşım, özellikle demans hastaları için daha az risk taşıyabilir.

Eğer içemiyorsanız, IV sıvılarla sağlanabilir. Bunlar damar içine yerleştirilmiş ince bir plastik tüp vasıtasıyla iletilir (13).

Bir hastalıktan iyileşiyorsanız suni beslenme ve hidrasyon yardımcı olabilir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar, yaşamın sonlarına doğru yapay beslenmenin yaşamı anlamlı şekilde uzatmadığını göstermiştir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Konfor bakımı: Konfor bakımı, nefes darlığının kontrolünü içerir; tıbbi testlerin sınırlandırılması; manevi ve duygusal danışmanlık sağlamak; ve ağrı, endişe, bulantı veya kabızlık için ilaç vermeyi kapsamaktadır. Özellikle yaşamın son evresi, terminal dönem ya da kanser son fazında ağrıyı dindirmek için kullanılan sedatiflerin ve ağrı kesicilerin kullanımını içermektedir (14).

Ardından kişiye oluşabilecek bu kritik durumlar hakkında nasıl müdahale edilmesine dair form doldurtulur.

Neye karar verirdin?

- Bir inme sizi hareket edemez hale getirir ve kalbiniz durursa CPR ister misiniz? Ya zihinsel olarak felç geçirmişseniz - kararınız değişir mi?
- Ya hayatın sonunda acı çekiyorsan? Daha fazla uyuşuk ve uyuşuk hale getirse bile, ilacın ağrıyı tedavi etmesini ister misiniz?
- Ya kalıcı olarak bilinçsizseniz ve sonra zatürree olursanız? Antibiyotik kullanmak ve vantilatöre yerleştirilmek ister misiniz?

25 binin üzerinde yapılmış olan bir çalışmada POLST formlarının % 85,9'unun 65 yaş ve üstü yaşta, % 61,0'ünün kadın ve % 40,4'ünün kırsal bir bölgede ikamet ettiği, % 27,9'unun CPR'ye teşebbüs etme talebinde bulunduğu saptanmıştır (15).

Ancak, bu talimatları sağlık direktiflerini hukuken bağlayıcı kabul etmiş ülkelerde dahi, sağlık çalışanları tarafından hastadan daha önce alınmış onamlar/talimatlar olmasına rağmen sağlık çalışanı tarafından yerine getirmeme/red etme haklarını kullanabilirler. Örneğin, kişi hukuki ehliyet durumu akıl sağlığı yerinde iken, yıllar önce kendisi ile ilgili vermiş olduğu talimatlar, geçen zaman, ilerleyen tıp ve teknolojiyle birlikte düzelmeye olanak sağlayan durumlarda talimatın içeriği yeniden değerlendirilir yada doğrudan müdahale edilerek değiştirilebilir. Bu yüzden direktifler belli aralıklarla güncellenmelidir.

Fakat ülkemizde ileri sağlık direktifleriyle ilgili yasal düzenlemeler ve girişimler bulunmamaktadır. Çünkü Türkiye'de öncelik otonominin varlığıdır yani bireyin kendi sağlığıyla ilgili kararlarda bilincinin açık olması esastır. Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 25. Maddesi'nde "Hasta tedaviyi reddetme ya da durdurulmasını isteme hakkına sahiptir." maddesi yer almaktadır fakat hasta yazılı beyanda bulunmuş olsa dahi Kardiyopulmoner Resusitasyonda ve diğer sağlığı tehdit eden durumlarda müdahale zorunludur (16). Bu madde bilinç açık ayaktan ya da yaktan tedavi alan kişileri kapsamaktadır. Ülkemizde sağlıkla ilgili direktifler genellikle organ nakli ile ilgili durumlarda yer almaktadır. Hayatı sonlandırmak amaçlı istenen tıbbi girişimler asla uygulanmamaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak; ülkemiz hala ataerkil bir toplum olduğu için yaşlıya saygı, ölüm anında yanında olma geleneği, mümkün olduğunca yaşlıyı yaşatma- başta tutma bilinci hala devam etmektedir. Bu yüzden ileri direktifler sağlık alanında şimdilik yer bulması hem hukuken, hem dinen zor görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, Erişim Tarihi: 15.09.2019
<http://www.tdk.gov.tr/>
2. Urbanyi M, Molloy DW, Lever AL. (1992), Health Care directive for elderly. Canadian Famil Physician 38:2357-61.
3. Molloy DW, Guyatt GH, et al. (1991), Factor's affecting physicians' decisions on caring for an incompenet elderly patient: An international study. Can Med Assoc J 145(8):947-52.
4. Molloy DW, Guyatt GH, Alemayehu E, McIlroy WE. (1991), Treatment prererences, attitudes towards advance directives and concerns about healt care. Humane Med;7(4):285-90.
5. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Erişim tarihi: 20.09.2019
<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/48486,insan-haklari-ve-biyotip-sozlesmesipdf.pdf?0>
6. Avrupa Konseyi Bildirgesi, Erişim tarihi: 20.09.2019
https://www.tusev.org.tr/usrfiles/images/Avrupa_Konseyi_Politik_Karar_Alma_Surec_lerine_Sivil_Katilim_Rehberi_Cevirisi.pdf
7. Mitty EL. Advance directive. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, (eds). (2012), Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. New York: Springer Publishing Company; 579-99.
8. Vezzoni C, Maratti S. (2011), Treatment directives in Netherland: The gap between legal regulation and medical practice. In: Negri S, (ed). Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care. Netherland: Koninklijke Brill NV; 287-98.
9. OHSU Center for Ethics in Health Care. POLST Paradigm Programs.
<http://www.polst.org>
10. Balcı B, Keskin Ö. , Karabağ Y. (2011), Cardiopulmonary Resuscitation, Kafkas J Med Sci; 1(1):41-46 doi: 10.5505/kjms.2011.99608
11. Kacmarek RM.(2011), The mechanical ventilator: past, present, and future, 56:1170-80.
12. Öz H, Köksal GM. (2006), Mekanik Ventilasyon Solunum ;8:37-46.
13. Ayyıldız F, Köksal E. (2016), Hastalık Riski, Beslenme Ve Hidrasyon Durumunun Değerlendirilmesinde Güncel Yaklaşım: Bioelektrik İmpedans Vektör Analizi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) ; 25 (3)
14. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. (1991), An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing ; 16(11), 1301-1310.
15. Erik K. Fromme, Dana Zive, Terri A. Schmidt, Elizabeth Olszewski, Susan W. Tolle, (2012), American Medical Association. All rights reserved
16. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
Erişim Tarihi: 18.09.2019
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_hastahaklari.pdf

S-36 ÇOCUKLARIN STRESLE BAŞ ETME VE EGZERSİZLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ CHILDREN'S VIEW ON STRESS AND EXERCISE

Hilal YILDIRIM*

*Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Malatya

Özet

Amaç: Bu araştırma çocukların stresle baş etme ve egzersizle ilgili görüşlerinin niteliksel olarak belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

Yöntem: Araştırmada nitel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Çalışma 2018 yılında, Malatya Milli eğitim Müdürlüğüne bağlı Halil İbrahim İlkokulundaki 3.sınıf 15 (6'sı erkek) öğrenci ile gerçekleştirildi, üç odak grubu oluşturdu. Odak grup görüşmeleri sırasında öğrencilere yöneltilen sorular, geç yatıp kalktıklarında karşılıklarına çıkabilecek sorunların neler olduğu, onları hangi olayların üzdüğü, bazı sorunlar için nasıl çözüm yolları buldukları, rahatlamak için neler yaptıkları, egzersizle ilgilenme durumu, egzersiz yapınca kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili sorular yöneltildi. Verilerin toplanması her bir görüşme için yaklaşık 25 dk sürdü, cevaplar araştırmacı tarafından kaydedildi.

Bulgular: Veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır. Öğrencilerin çoğu düzenli olmanın önemli olduğunu, düzensiz olmanın hem fiziksel hemde psikolojik sıkıntıları beraberinde getireceğini, birilerinin onlara ne yapması gerektiğini sürekli hatırlatması onları üzdüğünü, ortalama bir saat kadar günlük spor yaptıklarını, güçlü, kuvvetli ve rahat olmak için spor yapmaları gerektiğini belirttiler. Verilerin analizi sonucunda beş ana tema belirlenmiştir: Bilinçlilik, Sorumluluk, İletişim, Beklenti ve Sağlığı geliştirme

Sonuç: Öğrencilerin günlük yapması gereken davranışlarından kaynaklı eksikliklerde psiko-sosyal sorunlar yaşayabileceklerinin farkında oldukları ve stresle baş etmek için bazı çözüm yolları bulabildikleri, günlük egzersiz yapmanın faydası konusunda çoğunun hem fikir oldukları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Stres, Baş etme, Egzersiz

Abstract

Objective: This study was conducted to qualitatively assess children's views on coping with stress and exercise.

Method: A qualitative research design was used in the study. The study was carried out in 2018 with 15 (6 male) 3rd grade students from Halil İbrahim Primary School, affiliated to Malatya Directorate of National Education and formed three focus groups. During the focus

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

group interviews, the students were asked questions about what problems they might face when they got up late, what events upset them, how they found solutions for some problems, what they did to relax, how to feel the exercise, how they felt when they exercised. Data collection took approximately 25 minutes for each interview and responses were recorded by the researcher.

Results: The data were interpreted using content analysis method. Most of the students stated that being regular is important, being irregular will bring both physical and psychological problems, constantly reminding them what they should do, upsetting them, doing sports for an average hour, and doing sports for being strong, strong and comfortable. The data analysis identified five main themes: Consciousness, Responsibility, Communication, Expectation and Health promotion.

Conclusion: It was determined that students were aware that they could have psychosocial problems in deficiencies due to their daily behaviors and they could find some solutions to deal with stress and most of them agreed on the benefits of daily exercise.

Keywords: Child, Stress, Coping, Exercise

GİRİŞ

Stres ile uyumlu bir şekilde başa çıkabilmek, önemli bir gelişimsel aşama ve sağlığın geliştirilmesi için gereklidir. Çocuklarda stresle başa çıkmayı teşvik etmeyi amaçlayan programlar tipik olarak problem çözme becerilerini artırma, aktif iletişim kurma ve sosyal destek arama gibi aktif başa çıkma stratejilerini vurgular (1). Bunların yanı sıra stresle başa çıkmada düzenli egzersiz oldukça faydalı olduğu bildirilmektedir. Aktif başa çıkma çabaları çevrenin ve kişinin duygularının stresli yönleri üzerinde bir dereceye kadar kişisel kontrol sağlamaya yöneliktir ve stresli durumlara uyum sağlama veya stresörden kaçınma çabalarını içerir (2). Stresle başa çıkabilmek sağlıklı ruh halinin oluşmasına yardımcı olur. Çocuklar da aktif başa çıkma ile egzersizin psikososyal sağlık arasındaki ilişkisini belirten araştırmalara pek rastlanmamıştır (3). Ayrıca, başa çıkma etkinliğinin stresörün ve stresörle başa çıkacak kişinin özelliklerine bağlı olduğuna dair güçlü teorikler olmasına rağmen, başa çıkma-sağlık ilişkisini ortaya koyan faktörlere az önem verilmiştir. Bir çocuğun belirli bir stresli durum halindeyken neler yaptığını bilmek önemlidir (4). Çocuklar arasında aktif başa çıkma ile psikososyal işlevsellik arasındaki ilişkinin kalitatif bir tahminini elde etmek çeşitli nedenlerden dolayı önemlidir. İlk olarak, bu ilişkinin gücünü bilmek, çocukların baş etme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan önleme programları için tedavi etkilerinin boyutu ile ilgili

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hipotezler ortaya koymayı sağlayabilir (3,4). Ayrıca çocuklukta başa çıkma becerilerini bilmek ileriki yaşamının anlaşılmasını kolaylaştırıcı bir faktör olabilir.

Dolayısıyla bu araştırma çocukların stresle baş etme ve egzersizle ilgili görüşlerinin niteliksel olarak belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

METERYAL METOT

Çalışma Tasarımı ve Katılımcılar

Araştırmada nitel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Fenomolojik görüşmelerin amacı; kişilerin bakış açılarıyla detaylı ve çok boyutlu nitel bilgi edinmektir (5). Çalışma Aralık 2018- Ocak 2019 yılında, Malatya Milli eğitim Müdürlüğüne bağlı Halil İbrahim İlkokulundaki 3.sınıf 15 (6'sı erkek) öğrenci ile gerçekleştirildi. Çalışma hakkında öğrencilere duyuru yapıldı gönüllülük esas alındı. Veriler odak grup görüşmeleri yöntemi kullanılarak toplandı, her bir grup beş öğrenciden oluşacak şekilde üç odak grubu yapıldı. Araştırma öncesi beş öğrenci ile ön görüşme yapıldı amaç soruların uygunluğunun ve konunun cevaplana bilirliliğinin ölçülmesiydi. Bu sürecin sonunda anlaşılmaz ifadeler çıkarıldı, mülakat formu revize edildi.

Çalışma İçeriği

Odak grup görüşmeleri sırasında öğrencilere yöneltilen sorular, geç yatıp kalktıklarında karşılarına çıkabilecek sorunların neler olduğu, onları hangi olayların üzdüğü, bazı sorunlar için nasıl çözüm yolları buldukları, rahatlamak için neler yaptıkları, egzersizle ilgilenme durumu, egzersiz yapınca kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili sorular yöneltildi. Veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak yorumlandı. Verilerin toplanması her bir görüşme için yaklaşık 25 dk sürdü, cevaplar araştırmacı tarafından kaydedildi.

BULGULAR

Araştırmaya yaşları ortalama 9 olan 15 öğrenci katıldı bunların 6'sı erkek, 9'u kız çocuğundan oluşmaktadır. Veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak yorumlandı.

Öğrencilere açık uçlu sorular soruldu bu sorular;

Geç yattığınızda erken kalkmak zorunda kaldığınızda ne gibi sorunlarla karşılaşsınız?

Sizi en çok üzen sorunlar nedir? Bu sorunu nasıl çözebilirsiniz?

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hiç kendinize zaman ayırıyor musunuz? bu sürede neler yapıyorsunuz? Hangi spor ile ilgileniyorsunuz? İlgilenmiyorsanız neden?

Her gün ne kadar spor yapıyorsunuz?

Düzenli olarak egzersiz yapmaya vakit ayırırsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?

Öğrencilerin çoğu düzenli olmanın önemli olduğunu, düzensiz olmanın hem fiziksel hem de psikolojik sıkıntıları beraberinde getireceğini, birilerinin onlara ne yapması gerektiğini sürekli hatırlatması onları üzdüğünü, ortalama bir saat kadar günlük spor yaptıklarını, güçlü, kuvvetli ve rahat olmak için spor yapmaları gerektiğini belirttiler. Verilerin analizi sonucunda beş ana tema belirlenmiştir: Bilinçlilik, sorumluluk, İletişim, Beklenti ve Sağlığı geliştirme

Bilinçlilik

“Saatlerce dışarda oynarsam, eve geldiğimde tv izlersem zamanın nasıl geçtiğini anlayamam, ödevlerini bitiremediğim için strese girerim, sabah geç kalkarım yada uykusuz, öğretmenin bana soru sormasından korkarım, dersleri anlamakta zorluk çekerim, sınav olmasını hiç istemem ve sürekli bir şeyleri bahane ederek okuldan gitmek isteyebilirim.”

“Derste uyuyabilirim, dalgın olurum, bir şey yemek istemeyebilirim ve geç yatıp kalkarsam kahvaltı yapmak için yeterli vaktim olmaz”

“Öğretmen ve arkadaşlarımın ne konuştuğunu anlayamam, sinirlenirim, stresli olurum, başımda ağrıyabilir.”

Sorumluluk

“Zamanında yatıp, kalkmak işlerimi kolaylaştırır, derslerimi, öğretmenimin bize söylediklerini anlarım, sakın kalmamı sağlar.”

“Benim yapmam gereken şeylerin sık sık hatırlatılması canımı sıkır, ödev ve işlerimi zamanında yaparsam birilerinin bana bir şey hatırlatmasına gerek kalmaz.”

“Bir soruyu yapamadığımda kendimi kötü hissederim ama çok çalışırsam ve anne babamdan yardım alırsam başarılı ve mutlu olurum.”

İletişim;

“Arkadaşlarımın benimle konuşmak yerine dalga geçmeleri beni üzer, bu konuyu onlarla konuşarak ve ders çalışarak halledebilirim.”

“Bazı arkadaşlarım bana sık sık şunu yap bunu yap diyor bende üzülüyorum, çünkü bende yoruluyorum kendimi kötü hissediyorum, bu sorunu halledebilmek için arkadaşlarıma derim ki; bende yoruluyorum, bende insanım eğer daha çok üstüme gelerseniz sizi öğretmenime söyleyeceğim.”

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

“Arkadaşlarımla kavga ettiğimde bu durumdan hoşlanmıyorum, sonradan gidip onlarla konuşur, barışırim.”

Beklenti

“Arkadaşlarımla bana yalan söylemeleri, beni üzecek şakalar yapmaları beni kızdırır, onların bana dürüst davranmalarını ve sevmediğim şakalar yapmamalarını isterim, beni üzen şakalardan sonra ağlayacak gibi oluyorum, ağlatılmak hiç istemem.”

“Ailemin hep mutlu olmasını isterim, çünkü ailem mutsuz olursa bende olurum, bazen çok kötü günler oluyor, o günler çabuk geçsin diye dua ederim.”

“Arkadaşlarımla beni sevmesini isterim, beni oyuna almıyorlar, benimde onlarla oyun oynamak istediğimi bilmelerini isterdim.”

Sağlığı geliştirme

“Her gün düzenli spor yapıyorum mesela evden koşarak okula gidiyorum, çünkü düzenli spor kas ve kemiklerimi geliştirir benim rahatlamama yardımcı olur, çok güçlü olurum.”

“Oyun oynarken çok hareket yapıyorum bu da spor sayılır, çok yorulduğum için kendimi kötü hissediyorum ama bunun sağlıklı olduğunu biliyorum ve o yüzden devam ediyorum.”

“Okulda futbol oynuyorum saatler nasıl geçiyor anlamıyorum, futbolu çok seviyorum, koşarken kendimi çok enerjik hissediyorum ve sonrasında kendimi çok mutlu hissediyorum arkadaşlarıma kızacağım bir olayda kızmıyorum çünkü dediğim gibi kendimi keyifli hissediyorum.”

TARTIŞMA

Bireyler stresli bir durumla karşı karşıya kaldıklarında, belirli stres etkeni üzerindeki kontrol derecelerine uygun başa çıkma stratejileri seçerler. Kontrolünde olan bir duruma verilen normatif cevap, sorunu doğrudan çözmeye çalışmaktır (2). Buna karşılık, kontrolden çıkmış bir stresöre verilen normatif yanıt, sorunu önlemek, onu kabul etmek veya duruma olduğu gibi adapte olmaya çalışmaktır. Bir araştırma grubunda, kontrol edilebilir stresörlere cevap olarak aktif başa çıkma stratejilerinin seçilmesinin her yaşta çocuklar arasında gerçekleştiğini göstermektedir (6).

Bu çalışmada da öğrencilerin günlük yapması gereken davranışlarından kaynaklı eksikliklerde psiko-sosyal sorunlar yaşayabileceklerinin farkında oldukları ve stresle baş

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

etmek için bazı çözüm yolları bulabildikleri, günlük egzersiz yapmanın faydası konusunda çoğunun hem fikir oldukları belirlendi.

KAYNAKLAR

- 1- Bowker, A. (2001). The process of friendship maintenance: Coping with daily hassles. Poster session presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Minneapolis, MN.
- 2- Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 10-23.
- 3- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *J. Adolesc.* 23: 675–691.
- 4- Penley, J. A., Tomaka, J., and Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A metaanalytic review. *J. Behav. Med.* 25: 55
- 5- Lawrence, J., & Tar, U. (2013). The use of grounded theory technique as a practical tool for qualitative data collection and analysis. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 11(1), 29-40.1–603.
- 6- Causey, D. L., and Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *J. Clin. Child Psychol.* 21: 47–59.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-37 YAŞLI BİREYLERİN YAŞLANMA SÜRECİNE KATKI SAĞLAYACAK BAZI FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF SOME FACTORS THAT WILL CONTRIBUTE TO THE AGING PROCESS OF ELDERLY PEOPLE

Hilal YILDIRIM*

*Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Malatya.

Özet

Amaç: Bu araştırma yaşlı bireylerin yaşlanma sürecine katkı sağlayacak bazı faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütüldü.

Yöntem: Araştırma Şubat - Haziran 2019 tarihlerinde Malatya Mücelli Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini bu merkeze başvuran 65 yaş üstü bireyler oluşturdu. Bireyler olasılıksız örnekleme yöntemine göre o tarihlerde başvuran ve araştırmayı kabul eden kişilerden seçildi, 119 birey ile araştırma tamamlandı. Araştırmada araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve yaşlanma süreci ile ilgili sorular kullanıldı. Bireylerin bu formda ki soruları kendileri okuyup cevaplandırması yoluyla her bir veri yaklaşık 20dk toplandı. İstatistiksel analizinde sayı, yüzde IBM SPSS 22 paketinde kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 77.33 ± 6.97 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin % 55.5'i erkek, %66.4'ü evli, %61.3'ü okuma yazma bilmiyor, %53.8'inin yaşam sevinci var, %84.0'ı her gün fiziksel hareket yapmadığı, %62,2'si gününü uğraşacak bir şeylerle geçirmedeği, %68.9'u zihnini canlı tutmak için aktiviteler yaptığı, %69.7'si toplu faaliyetlere katılmadığı, %89.1'i ailesinden destek almadığı, %58.0'i yaşlanmaktan korkmadığı, %78.2'si beslenmesine gerekli önemi vermediği, %84.0'ü yaşlı olarak kendini görmediği, %66.4'ü endişe verici bir şeyler olduğunda boş verebileceği saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'nin Malatya ilinde yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşlanmak adına etkisiz, pasif girişimlerde buldukları fakat yaşlanmayı normal bir sürecin parçası olarak gördükleri söylenebilir. Yaşlıların sağlıklarını korumak ve geliştirmek bu sürece katkıda bulunmak için birinci basamak koruyucu hizmet veren sağlık profesyonellerinin aktif yaşlanmayı destekleyecek uygulamalarda bulunması ve yaşlılara hizmet sunan sağlıklı yaşam merkezlerinin oluşturulması önerilebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşlanma, Sağlık

Abstract

Objective: This study was conducted as a descriptive study to investigate some factors that contribute to the aging process of elderly individuals.

Methods: The study was conducted in Malatya Mücelli Family Health Center between February - June 2019. The population of the study consisted of individuals over 65 years old who applied to this center. Individuals were selected from those who applied and accepted the study at that time according to the improbable sampling method, and the study was completed with 119 individuals. In this study, the descriptive information form prepared by the researcher and the questions about the aging process were used. Individuals read and answer the questions in this form by themselves, each data was collected about 20min. In the statistical analysis, the number was used in percentage IBM SPSS 22 package.

Results: The mean age of the participants was 77.33 ± 6.97 . 55.5% of the elderly individuals were male, 66.4% were married, 61.3% were illiterate, 53.8% had the joy of life, 84.0% had no physical movement every day, 62.2% had no something to deal with, 68.9% of them did activities to keep their mind alive, 69.7% did not participate in collective activities, 89.1% did not receive support from their family, 58.0% did not fear aging, 78.2% did not give importance to feeding, 84.0% of them were elderly 66.4% of them can ignore when something worries.

Conclusion: The elderly living in Turkey's Malatya province in order to neutralize healthy aging, but aging can be said to be involved in passive initiatives they see as part of a normal process. In order to protect and improve the health of the elderly, it can be suggested that health professionals providing primary health care services should implement practices that support active aging and establish healthy living centers that provide services to the elderly.

Keywords: Elderly, Aging, Health

GİRİŞ

Yaşlı popülasyonda artış aile ve topluma bazı yükler getirmektedir. Yaşlanma süreci ile birlikte fizyolojik, psikolojik yaşlanma da kaçınılmazdır (1). Yaşlanan nüfus için en önemli zorluk, kaliteli ve sağlıklı yaşam yıllarının nasıl arttırılacağıdır. Bu nedenle, yaşlanma sürecine katkı sağlayacak faktörlerin bilinmesi önemlidir. Sağlıklı yaşam tarzı seçimleri koruyucu sağlık önlemlerini teşvik eder (1,2).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yaşamı sağlıklı sürdürmek, bağımsızlık, yaşam kalitesini iyileştirme ve korunma fırsatları, iyileşme ve başarılı bir yaşam elde etme olanağı sağlar, yaşam evrelerini geliştirme fırsatlarını iyi kullanmak yaşam boyu sağlık sunulabilir bu sürece katkı sağlayabilir (2). Yaşlanma sürecinde zihinsel fiziksel ve sosyal işlevselliği en üst düzeyde tutmak anahtar role sahiptir. Bunun yanı sıra yaşlı, bulunduğu toplumun kültür ve normlarına göre yaşlanma sürecini tamamlamaktadır (3,4).

Yaşlanma sürecini inceleyen araştırmalar Türk literatüründe sınırlıdır, yaşlanma sürecinin boyutlarını netleştiren araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (2,4). Bu araştırmada Türk yaşlılar yaşlanırken neler yaptığını tanımlamak ve ileriki araştırmalara kaynak sunmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla bu araştırma yaşlı bireylerin yaşlanma sürecine katkı sağlayacak bazı faktörlerin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür.

MATERYAL METOT

Araştırma Popülasyon ve Kapsamı

Araştırma Şubat - Haziran 2019 tarihlerinde Malatya Mücelli Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini bu merkeze başvuran 65 yaş üstü bireyler oluşturdu. Bireyler olasılıksız örnekleme yöntemine göre o tarihlerde başvuran ve araştırmayı kabul eden kişilerden seçildi, 119 birey ile araştırma tamamlandı. Araştırmada araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve literatür doğrultusunda hazırlanan yaşlanma süreci ile ilgili sorular kullanıldı (5,6,7,8). Bireylerin bu formda ki soruları kendileri okuyup cevaplandırması yoluyla her bir veri yaklaşık 20dk toplandı. İstatistiksel analizinde sayı, yüzde değerlerine bakıldı, IBM SPSS 22 paketinde kullanıldı.

Araştırma Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uygun olarak yapıldı. Araştırmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezlerinden sözel onay alındı. Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanarak sözel onamları alındı.

Araştırmaya dahil edlime kriteri

- Kayıtlı mental retardasyonun olmaması
- İletişim engelleyecek problemin olmaması

BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 77.33 ± 6.97 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin % 55.5'i erkek, %66.4'ü evli, %61.3'ü okuma yazma bilmedikleri belirlenmiştir.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo.1. Yaşlı Bireylerin Bazı Yaşlanma Sürecinin Tanıtıcı Özellikleri

Yaşlanma Süreci ile ilgili Form	Evet	Hayır
Geleceğe dair yaşam sevinciniz var mı?	4	3.8
Her gün fiziksel hareket yapar mısınız?	9	6.0
Her gün uğraşacak bir şeyler bulur musunuz?	5	7.8
Zihninizi canlı tutmak için aktiviteler yapar mısınız?	8	8.9
Toplu sosyal faaliyetlere katılır mısınız?	6	0.3
Ailenizden destek/yardım alır mısınız?	3	0.9
Yaşlanmaktan korkuyor musunuz?	0	2.0
Beslenmenize gerekli önemi verir misiniz?	6	1.8
Yaşlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	9	6.0
Endişe verici bir şeyler olduğunda boş verebiliyor musunuz?	9	6.4

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yaşlı bireylerin kendi yaşlanma sürecini açıklayan faktörler tablo 1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %53.8’inin yaşam sevinci var, %84.0’ı her gün fiziksel hareket yapmadığı, %62,2’si gününü uğraşacak bir şeylerle geçirmedeği, %68.9’u zihnini canlı tutmak için aktiviteler yaptığı, %69.7’si toplu faaliyetlere katılmadığı, %89.1’i ailesinden destek almadığı, %58.0’i yaşlanmaktan korkmadığı, %78.2’si beslenmesine gerekli önemi vermediği, %84.0’ü yaşlı olarak kendini görmediği, %66.4’ü endişe verici bir şeyler olduğunda boş verebileceği saptanmıştır.

TARTIŞMA

Araştırmalar yaşlanmayı bilişsel, fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak ayırmaktadır. Bu araştırmada da bu boyutlar sorgulanmaya çalışılmıştır. Genellikle ülkelerde yaşlıların sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda, yaşlanma sürecinin olumsuz etkilerine vurgu yapılmaktadır (9,10). Yaşlanmanın olumlu yönüne doğru bir paradigma kayması vardır, ancak yaşlı sağlığının olumlu boyutları hakkında çok az araştırma yapılmıştır. Birçok araştırma göstermiştir ki yaşlanma sürecinde aktif kalmak, yaşlılığı kaliteli geçirmeyi sağlamaktadır (10). Özellikle aile ve arkadaşlarla olan ilişkinin güçlü olması, olumlu tecrübeler edinmek ve bunları paylaşmak, hayata pozitif bakmak, iyi beslenmek, riskli davranışlardan madde kullanmaktan uzak durmak ve hastalıkları yönetebilmek yaşlanmayı sürecini pozitif etkileyen önemli faktörlerdir (7,8,9,10). Bu araştırmada yaşlıların fiziksel aktivite yapmadığı, bir şeylerle uğraşmadığı, sosyal faaliyetlere katılmadığı, beslenmesine gerekli önemi vermediği, ailesinden destek almadığı görülmektedir. Yaşlıların sağlıklı yaşlanmak adına etkisiz, pasif girişimlerde buldukları fakat yaşlanmayı normal bir sürecin parçası olarak gördükleri söylenebilir. Yaşlıların sağlıklarını korumak ve geliştirmek bu sürece katkıda bulunmak için birinci basamak koruyucu hizmet veren sağlık profesyonellerinin aktif yaşlanmayı destekleyecek uygulamalarda bulunması ve yaşlılara hizmet sunan sağlıklı yaşam merkezlerinin oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... Thiagarajan, J. A. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.
- 2- Akgün, S., Bakar, C., & Budakoğlu, İ. (2004). Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 105-110.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 3- Peel NM, Bartlett HP, McClure RJ. Healthy aging: How is it defined and measured? Aust J Aging 2004; 23(3): 115-9.
- 4- Aydın, A., & Sayılan, A. A. (2014). Aktif yaşlanma ile yaşam boyu öğrenme arasındaki ilişkiye teorik bir bakış. Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi, (2), 76-81.
- 5- Perls T, Terry D. Understanding the determinants of exceptional longevity. Annu Intern Med. 2003; 139: 445-9.
- 6- Buys and et all. "Issues of Active Ageing: Perceptions of Older People With Lifelong Intellectual Disability" <http://eprints.qut.edu.au/21251/1/c21251.pdf> (Son Erişim Tarihi: 14.08.2018).
- 7- Çuhadar, S. G., & Lordoğlu, K. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma ve Sorunlar. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi,(54), 63-80.
- 8- Wendy D, Bateman J, Singer S. The aging experience of well elderly: Initial results. Nurs Health Sci. 2002; 4 (Suppl): A10
- 9- Bartlett H, Peel N. Healthy ageing in the community. In: AndrewsGJ, Phillips DR (eds).Ageing and Place: Perspective, Policy, Prac-tice. New York: Routledge, 2005; 98–109.
- 10- Thanakwang, K., Soonthorndhada, K., & Mongkolprasoet, J. (2012). Perspectives on healthy aging among T hai elderly: A qualitative study. Nursing & health sciences, 14(4), 472-479.

S-38 PSİKİYATRİ HASTALARININ MANEVİ İYİLİK DÜZEYLERİ İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING LEVELS AND TREATMENT TO ADHERENCE OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Abdurrezzak GÜLTEKİN, Funda KAVAK BUDAK

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bir psikiyatri kliniğinde örnekleme yapılan güç analizi ile 410 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Manevi İyilik Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Psikiyatri hastalarının manevi iyilik toplam puan ortalamasının 26.88 ± 9.97 , % 50.7'sinin tedaviye uyumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada psikiyatri hastaların manevi iyilik ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç: Araştırmada hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Manevi İyilik, Psikiyatri, Tedaviye Uyum

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between spiritual wellbeing and treatment adherence in psychiatric patients.

Material and Method: The study of the universe as relational descriptive east Turkey in a psychiatric clinic sample made with power analysis was determined to be 410 psychiatric patients. In order to collect the data, the Descriptive Form, The Morisky treatment adherence scale and the Spiritual Well Being Scale were used.

Results: $26.88 \pm 9.97\%$ of the total score of Psychiatric Patients' Spiritual Wellness Scale and 50.7% of the patients were moderate to Morisky Treatment Compliance Scale. In the study, it

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

was found that there was a statistically significant positive correlation between psychiatric patients' scale score subscale and total point average and Morisky treatment compliance scale mean score ($p < .05$).

Conclusion: Psychiatric patients who participated in the study were found to have moderate level of treatment adherence and moderate level of spiritual well-being. As the level of spiritual well-being of the patients increased, adherence to treatment increased.

Key words: Patient, Spiritual Well-Being, Psychiatry, Treatment to Adherence

GİRİŞ

Sağlıklı olmak; sadece sosyal, fiziksel olarak değil bedensel, ruhsal ve manevi (spiritüel) yönden de iyi hissetme halidir. Ruhsal açıdan rahatlamak, fiziksel yönden iyileşmeyi de hızlandırmaktadır. Geçmiş yıllardan itibaren manevi inancın bireyin ruh sağlığını koruyarak fiziksel iyileşmeyi olumlu yönde etkilemede önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Özellikle son yıllarda din ve maneviyatın ruhsal hastalıklarla ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar artmaya başlamıştır. Florez ve ark. post travmatik stres bozukluğu olan hastalarda yaptığı çalışmada manevi iyilik hali yüksek olan hastaların umut düzeylerinin yüksek ve intihar düşüncelerinin düşük olduğunu saptamıştır. Gonzalez ve ark. kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada manevi iyilik düzeyi yüksek olan hastaların depresyon düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır (1-10).

Ruhsal hastalıkların uzun süreli olması ve tedaviye hemen yanıt alınamaması hastaları çaresizliğe itmektir. Hasta ve hasta yakınları bu durumdan kurtulabilmek için daha çok manevi inanç yöntemlerini uygulamaya yönelmektedir (7-9). Türk toplumunda ruh sağlığı bozuk olan hastaların tedavisi için ilk çağlardan itibaren dua etme, muska yaptırma, din adamlarına başvurma gibi manevi rahatlama yöntemleri yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tepper ve ark. psikiyatri hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunluğunun hastalıkla baş edebilmek için manevi inanca yöneldiklerini tespit etmiştir. Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale hastaların iyileşme sürecinde, hastaları bütüncül bir şekilde değerlendirmenin yanı sıra maneviyatın da gerekli olduğunu açık bir şekilde ifade etmiştir (10,11). Hastaların manevi iyilik hallerinin artması, tedaviye olan inancı ve dolayısıyla iyileşme umudunu arttırmaktadır.

Bu araştırma psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bir psikiyatri kliniğinde örneklem büyüklüğü güç analizi ile 410 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Hastaların isimleri listelenip numaralandırılıp, arasında tek sayılı numaralar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

İletişime ve iş birliğine açık olma

Remisyon döneminde olma (hastalığın akut dönem belirtilerini atlatmış olma)

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Demans ve/veya diğer organik mental bozukluk olması

Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması

Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu , Manevi İyilik Ölçeği , Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Psikiyatri servisindeki hastalarla görüşme odasında tek tek görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Bir görüşme ortalama 15 dk sürmüştür.

BULGULAR

Araştırmada hastaların % 40'ının 29 - 39 yaş aralığında, % 72.4'ünün erkek, % 54.1'inin ortaöğretim mezunu, % 59.5'inin bekar olduğu, % 73.9'unun çalışmadığı, % 68'inin gelir düzeyini algılama durumunun orta olduğu, % 66.8'inin ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, % 47.8'inin tıbbi tanısının psikoz ve ilişkili bozukluklar olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların % 50.7'sinin tedaviye uyumun orta düzey olduğu saptanmıştır. Hastaların Manevi İyilik Ölçek toplam puanından aldıkları en düşük puan 2, en yüksek puan 44, ölçek toplam puan ortalaması ise 26.88±9.97 'dir. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi, gelir düzeyini algılama durumu ile ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<.05). Eğitim düzeyi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yüksek olanların ve gelir durumu iyi olanların tedaviye uyumları daha yüksektir. manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ($p<.05$). Araştırmada hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça tedaviye uyumları artmaktadır.

TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada psikiyatri hastalarının %50.7'sinin tedaviye uyumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Wykes ve ark. yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu (12). Ölçün ve ark. psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu tespit etmiştir (13). Yılmaz & Okanlı şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların tedaviye uyumsuz olduklarını saptamıştır (14). Olfson ve ark. şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun düşük olduğunu tespit etmiştir (15). Perkins şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğunu belirtmiştir (16). Araştırmanın yapıldığı yerlerdeki hastaların hastalık belirtilerinin hafif ya da şiddetli olması, tedavinin uzun sürmesi nedeniyle hastaların iyileşemeyeceğini düşünmesi, hastaların algıladığı sosyal desteğin azlığı ya da çokluğu, hastaların damgalanması ve hastalara ilaç dışı uygulanan yöntemlerin azlığı bu farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada Manevi İyilik Ölçeğinden alınan en düşük puan 2, en yüksek puan 48, ölçek toplam puan ortalaması ise 26.88 ± 9.97 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanlar doğrultusunda hastaların manevi iyiliğinin orta düzey olduğu belirlenmiştir. Borrás ve ark. şizofreni hastalarında manevi iyi hissetmenin hastalığın gidişatı için önemli olduğunu saptamıştır (17). Mohr ve Huguelet şizofreni hastalarının iyileşme sürecinde dini inancın olumlu etki yarattığını tespit etmiştir (18). Amirmohammadi ve ark. kanser hastalarının manevi iyilik halinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir (19). Araştırma sonuçları literatürle benzerdir.

Araştırmada hastaların eğitim düzeyi ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumları daha yüksektir. Ervatan ve ark. manevi iyilik düzeyi yüksek olan depresyon hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (20). Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyi algılama durumu ile Morisky tedaviye uyum

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Gelir düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumları daha yüksektir. Aylaz ve Kılıç gelir durumu düşük olan psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (21). Ekonomik açıdan kendini iyi hisseden hastaların tedaviye ulaşabilme ve devam ettirebilme imkanlarının artması, hastalığa yönelik uzun süreli bakımla ilgili zorluklar yaşamaması, tedavinin farkında olması, tedaviye uyumu arttırabilmektedir.

Araştırmada hastaların manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Bu veriler doğrultusunda psikiyatri hastalarının manevi iyiliği arttıkça tedaviye olan uyumu da artmaktadır. Cohen ve Koenig dini inancı yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının iyi ve depresyon düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (22). Borrás ve ark. şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmada dini inancı yüksek olan hastaların tedaviye yüksek uyum gösterdiklerini belirlemiştir (17). Mohr ve Huguelet maneviyatın şizofreni hastalarındaki iyileşmeyi hızlandırdığını tespit etmiştir (23). Araştırmanın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

SONUÇ

Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların Morisky Tedaviye Uyum ölçeğine göre tedaviye uyumlarının orta düzey olduğu, Hastaların Manevi İyilik Ölçek toplam puan ortalamasına göre manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu, belirlenmiştir.

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarını arttıran faktörlerin belirlenip, hasta, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler verilmesi,

Hastaların manevi iyilik düzeylerinin yükseltmek için hastalara özellikle psikiyatri hemşirelerine manevi boyutu içerecek eğitimler verilmesi ve psikiyatri hemşirelerin de eğitimler doğrultusunda hasta bakımına maneviyatı eklemesi,

Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyini ve tedaviye uyumlarını inceleyen daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Arslan H, Konuk-Şener, D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 51-8.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers, ET, Wright AA, Prigerson HG. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J of Clin Oncol* 2009; 28: 445-2.
3. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson BL. Religion and well- being: The mediating role of positive emotions. *J Happiness Stud* 2016; 17: 485-5.
4. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2004; 45: 307-5.
5. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 57.
6. Gonzalez P, Castañeda SF, Dale J, Medeiros EA, Buelna C, Nuñez A, Talavera GA. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Support Care Cancer* 2014; 22: 2393-0.
7. Baldacchino DR, Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract* 2011; 11: 47-3.
8. Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ, The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Acad Psychiatr* 2015; 39: 85-9.
9. Sawatzky R, Gadermann A, Pesut B, An investigation of the relationships between spirituality, health status and quality of life in adolescents. *Appl Res Qual Life* 2009; 4: 5-2.
10. Florez IA, Allbaugh L J, Harris CE, Schwartz AC, Kaslow NJ, Suicidal ideation and hopelessness in PTSD: spiritual well-being mediates outcomes over time. *Anxiety Stress Coping* 2018; 31: 46-8.
11. Sis Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Determining the perception level of nurses regarding spirituality and spiritual care and the factors that affect their perception level. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014 ;1: 1-12.
12. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008; 34: 523-7.
13. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Arch Psychiatr Nurs* 2017; 31: 332-7
14. Yılmaz E, and Okanlı A, The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 297-1..
15. Olfson M, Mechanic D, Hansell S et. al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51: 216-22.
16. Perkins DO, Jacqueline L, Robert M et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *J Schizophr Res* 2006; 83: 53-63.
17. Borrás L, Mohr S, Gillieron C, et al. Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull* 2007; 33: 1238-36.
18. Mohr S, Huguelet P . The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004a ; 134: 369-6.
19. Amirmohamadi M, Borhani F, Kiani M, Almasi-Hashiani A, Naghavi B. The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *J Family Med* 2017; 15: 129-96.
20. Ervatan SÖ, Özel A, Hakan Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klin. Psikiyat Derg* 2003; 6: 5-11.
21. Aylaz R, Kılınç G. The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in the East of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*, 2017; 31: 157-3.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Cohen AB, Koenig HG. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing international* 2003; 28: 215-1.
23. Huguelet P, Mohr S, Borrás et al. Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services* 2006; 57: 366-72.

S-40 İLERLEMİŞ DEMANS HASTALARINA YÖNELİK GERÇEKLEŞTİRİLEN PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINDA HOLİSTİK YAKLAŞIMLAR

HOLISTIC APPROACHES IN PALLIATIVE CARE PRACTICES FOR ADVANCED DEMENTIA PATIENTS

Adeviye Aydın¹, Maral Kargın²

1Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Sinop/Türkiye

2Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Elazığ/Türkiye

Özet

Demans, dünya çapında prevalansı giderek artan, nörodejeneratif, yaşamı sınırlayan kompleks bir hastalıktır. Demansın ilerleyen aşamalarında ise hastaların başkalarına bağımlılığı artması ve bir dizi semptomun da eşlik etmesinden dolayı hastalar giderek artan düzeyde bakıma ihtiyaç duymaktadır. Demans hastalarında gelişen bu semptomlar bireyin bedenini, zihnini ve ruhunu etkilemektedir. Demans hastalarında palyatif bakımın bütüncül, birey merkezli ve sürekli olması gerektiği vurgulanmaktadır. Demansa yönelik palyatif bakımın iki yönü bulunmaktadır. İlki temel palyatif bakım yaklaşımı diğeri ise karmaşık sorunları olan hastalar için kapsamlı palyatif bakım uygulamalarıdır. İlerlemiş demans hastalarının bakımına bütüncül bir yaklaşımı dahil etmek, fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal, spiritüel sıkıntılara yol açan karşılanmayan ihtiyaçların ele alınmasına ve yaşam sonunda kaliteli bakımı teşvik etmede uygun müdahaleler gerçekleştirilmesine katkı sağlar. Demans hastalarının bakımını gerçekleştiren hasta yakını sağlık profesyonelleri ile birlikte yaşam sonu bakımı için bir plan oluşturmalı ve ağrı ile deliryum da dahil olmak üzere semptomları yönetmeye hazır olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İlerlemiş demans, demans hastaları, palyatif bakım, holizm, holistik yaklaşım

Abstract

Dementia is a complex, neurodegenerative, life-limiting disease with a growing prevalence worldwide. In the later stages of dementia, patients are increasingly in need of care because of increased dependence on others and accompanied by a range of symptoms. These symptoms, which develop in dementia patients, affect the individual's body, mind and spirit. Dementia patients can benefit from palliative care in the last stage of life. It is emphasized that palliative care in dementia patients should be holistic, person-centered and continuous. There are two

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

aspects of palliative care for dementia. The first one is the basic palliative care approach and the other is comprehensive palliative care for patients with complex problems. Incorporating a holistic approach to the care of patients with advanced dementia ensures that the unmet needs that lead to physical, emotional, spiritual, social, spiritual distress are addressed and contribute to appropriate interventions in promoting quality care at the end of life. A plan for end-of-life care should be drawn up with caregivers and healthcare professionals who care for dementia patients and be prepared to manage symptoms, including pain and delirium.

Key Words: Advanced dementia, dementia patients, palliative care, holism, holistic approach.

GİRİŞ

Dünya çapında 50 milyon kişi demansla yaşamını sürdürüyor; 2050 yılına kadar bu sayının üç katı kadar 152 milyon olması beklenmektedir (World Alzheimer Report, 2018). Genel nüfusta belirli zamanda demansın görülme oranı, 60 yaş ve üstünde %5-8 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Demans için yaş en güçlü risk faktörü olmasına rağmen, demans yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu olarak görülmemelidir. Demans sadece yaşlıları etkilememekte, genç başlangıçlı demansta (65 yaşından önce semptomların başlangıcı olarak tanımlanır) vakaların %9'unu oluşturmaktadır (WHO, 2019a).

Demansın ileri aşamasında, giderek artan düzeyde bağımlılığa yol açabilmekte ve bir dizi sağlık hizmeti ve uzun süreli bakım gerektirebilmektedir (WPCA, 2016). İlerlemiş ya da son dönemde günlük yaşam aktivitelerini sürdürememe, iletişim kuramama, kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılayamamayı içeren önemli kayıplar yaşanmaktadır (Sabbagh, McCarthy, Martin 2011). Demansın ileri evresinde bireyde, zaman ve mekândan habersiz olma, akrabaları ve arkadaşları tanımada güçlük çekme, yardımcı kişisel bakıma artan bir ihtiyaç duyma, yürüme zorluğu, saldırganlığı artıran ve artırabilen davranış değişikliklerinin yaşanması gibi semptomlar oluşmaktadır (WHO, 2019a). Uzun süreli bakım teşhis, tedavi, rehabilitasyon, palyatif bakım, ev yardımı, taşıma ve beslenme ihtiyaçları, bir günün yapılandırılması gibi diğer hizmetlere ihtiyaç duyulabilmektedir (WPCA, 2016). Palyatif bakım, geleneksel olarak kanser hastaların bakımına odaklanmıştır, ancak on yıldan uzun süredir, dünya çapında palyatif bakım hizmetlerini genişletmek için demans hastaları da dahil edilmektedir (Murphy ve ark. 2016). Palyatif bakım, demans hastalarına pek çok fırsat sunmaktadır. Hastalığın tedavisi mümkün olmadığında palyatif yaklaşım, hastanın yaşam

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kalitesinin korunmasına veya geliştirilmesine ve aile/bakım vericinin değişen ve genellikle zorlu rollerde desteklenmesine, bakım ve tedaviye odaklanılmasına yardımcı olabilmektedir (Davies, Klapwijk, van der Steen 2019, Kumar, Kuriakose 2013). Bu çalışmada demansın ileri aşamalarında gerçekleştirilen palyatif bakım uygulamalarını bütüncül bir yaklaşımla literatür ışığında ele alınması amaçlanmıştır.

İleri Düzey Demans ve Holistik Yaklaşımlar

İlerlemiş demansın son aşamasında çoklu bireysel ve karmaşık gereksinimler bulunmaktadır. Bireye özgü fiziksel, psikososyal, spiritüel gereksinimlerin dikkate alınarak karşılanması gerekmektedir (Schmidt ve ark. 2018). Bireyde oluşan birden fazla değişiklikler bedenini, zihnini ve ruhunu etkiler ve bu durumda aile ve sağlık profesyonelleri de pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bakıma bütüncül bir yaklaşımı dahil etmek, fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal, spiritüel sıkıntılara yol açan karşılanmayan ihtiyaçların ele alınmasını sağlar ve yaşamın sonunda kaliteli bakımı teşvik etmek için tüm katılımcılar için uygun müdahaleler gerçekleştirilmesine katkı sağlar (Chang, Johnson 2012).

Demans'ın ileri evrelerinde fiziksel, psikolojik, davranışsal belirtiler artar ve bu durum yaşam sonu dönem boyunca hasta ve ailesinin deneyimlerini olumsuz olarak etkileyebilir. Özellikle ailelere karar vericiler olarak rol almalarında ve hastalığın ilerlemesine bağlı tükenmişlik ve kronik keder ile baş etmede yardımcı olmak oldukça önemlidir (Van der Steen ve ark 2014).

İlerlemiş Demansta Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, hastaların ve ailelerinin, yaşamı tehdit edici hastalıklarla ilgili bir sorunla karşı karşıya kaldıklarında ağrı ve diğer sorunların fiziksel, psikososyal ve spiritüel sorunların ayrıntılı değerlendirilmesini, erken teşhis ve tedavi edilmesini içeren yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (WHO, 2019b) Palyatif bakım:

- ✓ Ağrı ve diğer belirtilerden rahatlamayı sağlar.
- ✓ Yaşamak ve onunla ilişkili ölmeyi normal bir süreç olarak kabul eder.
- ✓ Ölüm konusunda ne acele eder ne de erteleme niyeti vardır.
- ✓ Hasta bakımında psikolojik ve spiritüel yönleri bütünleştirir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- ✓ Hastaların ölümüne kadar mümkün olduğunca aktif yaşamlarına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunar.
- ✓ Hastalık ve yas süresince ailenin başa çıkmasında bir destek sistemi sunar.
- ✓ Yas danışmanlığı da dahil ailenin ve hastanın gereksinimlerini karşılamak için bir ekip yaklaşımını kullanır.
- ✓ Kaliteli yaşamı yükseltmekte ve aynı zamanda hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilmektedir.
- ✓ Hastalığın başlangıcında uygulanabilir, kemoterapi ya da radyoterapi gibi diğer tedavilerle birlikte yaşam süresinin uzamasına yöneliktir. Klinik komplikasyonları yönetebilir ve incelemelerin daha iyi anlaşılmasını da sağlar.

Demansta bireyde birden fazla değişiklik olmaktadır. Bakımda ihtiyaç duyulan bireyin kontrol kaybı hissettiği anda kontrol altında olma hissini sağlanmasıdır. Demansa yönelik palyatif bakımın iki yönü bulunmaktadır. İlki temel palyatif bakım yaklaşımı diğer ise karmaşık sorunları olan hastalar için kapsamlı palyatif bakım uygulamalarıdır (Van der Steen ve ark 2014). Literatürde ileri düzeyde demansta gerçekleştirilen palyatif bakım uygulamalarına yönelik çalışmalar incelendiğinde demansın son dönemlerinde gerçekleştirilen yaşam sonu bakım girişimleri kaynak kullanımını azalttığı belirlenmiştir. (Campbell, Guzman 2004). Mitchel ve ark. (2009) gerçekleştirdiği çalışmada ilerlemiş demans hastalarında altı aylık ölüm oranı %25 olarak belirlenmiştir. 6 aylık mortalite oranları incelendiğinde pnömoni, ateşli nöbetler ve yeme problemleri sık görülen komplikasyonlar olup mortalite nedenlerinin bu komplikasyonlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hendriks ve ark (2016) gerçekleştirdiği çalışmada demans hastalarının yaklaşık yarısı ilerlemiş aşamaya gelmeden önce orta düzey demansta gerçekleşen pnömoni, dehidratasyonla oluşan kaşeksi komplikasyonları bakımın zorlaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle palyatif bakımın ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiği önemli konulardan biridir. Prensi olarak terminal dönem hastalıkları tanısı konulduğunda palyatif bakıma başlamak istenebilir. Ancak özellikle erken teşhis yaşam sonu döneminin uzamasına sağlayabilmektedir (Davies, Klapwijk, van der Steen 2019). Mataqi ve Aslanpour (2019) ilerlemiş demansta palyatif bakımı etkileyen faktörlerin belirlendiği sistematik derlemede 25 adet nitel, 6 adet nicel ve 3 adet karma olan toplam 34 çalışmanın verilerini incelemiştir. Çalışmada demansa özgü palyatif bakımda sıklıkla görülen engelleri; personelin beceri ve eğitim olanaklarındaki eksikliği, demansın bir terminal hastalık ve palyatif durum, ağrı ve semptomlar değerlendirme/yönetimi ile ilgili farkındalık

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yetersizliği, hasta ile iletişim ve ileri bakım planlaması eksikliği gibi engeller olduğunu bildirilmiştir. Demans hastalarında ileri düzeyde palyatif bakımı sağlayan sağlık profesyonellerinin de yeterlilikleri oldukça önemlidir. Ancak sağlık çalışanları palyatif bakım gerçekleştirilmesi sürecinde çeşitli engellerle de karşı karşıya kalabilmektedir. Midbust ve ark (2018) sağlık bakım profesyonelleriyle gerçekleştirdikleri nitel çalışmada engeller ve fırsatlar belirlenmiştir. Palyatif bakımda en temel engel sağlık profesyonellerinin deneyim olarak süreklilik yetersizliği yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca sağlık profesyonelleri yatağa bağımlı son dönem demans hastalarıyla yeterince zaman geçirmek istediği ancak yeterince zaman olmadığından dolayı da vicdani olarak suçlu hissettikleri belirlenmiştir. Yatağa bağımlı ve güçsüz olan hastalar zaman baskısından ve artan taleplerden özellikle etkilendiği saptanmıştır.

Avrupa Palyatif Bakım Birliği, demans hastalarında palyatif bakımı bütüncül, birey merkezli ve sürekli olması gerektiğini vurgulamakta ve demans hastaları için palyatif bakımı 11 alanda tanımlanmaktadır. Bu alanlar: Palyatif bakım uygulanabilirliği, birey merkezli bakım, iletişim, alınan kararın paylaşılması, bakım hedeflerinin belirlenmesi ve bakım planının ilerletilmesi, bakımın sürekliliği, ölüme yönelik belirtilerin tanınması ve tahmin edilmesi, aşırı agresif, ağır ya da faydasız tedaviden kaçınılması, semptomların optimal tedavisi ve rahatlığın sağlanması, psikososyal ve spiritüel destek, aile bakımının dahil edilmesi, sağlık bakım ekibinin eğitimi ve toplumsal ve etik konulardır. (Van der Steen ve ark 2014). Bu alanlar incelendiğinde, sadece demans hastalarına yönelik uygulamalardan oluşmadığı, bireyin ailesiyle bütün olarak dikkate alınması gerektiği görülmektedir.

Demansa palyatif bakımda semptom yönetimi önemli konulardan biri olup semptom yönetimi kapsamında ağrı, beslenme ve hidrasyon, spiritüel bakım ve ölüm, konuları dikkate alınmaktadır. Demanslı hastaların ağrısının tanımlanamadığına yönelik güçlü kanıtlar vardır. Ağrının değerlendirilmesi, kaydedilmesi ve yönetiminde sistematik bir yaklaşım sergilenmelidir. Bir diğer önemli semptomda beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesindeki zorluklardır. Hastalık sürecinde yeme isteğinde azalma, yemek yeme ve yutmada zorlanma yaşam sonu dönemde görülmektedir. Oluşan sorunlar karmaşık olup yapay tedavi seçenekleri geliştirilebilir. Palyatif bakımın önemli bir parçası da birey ve ailesinin spiritüel ihtiyaçlarının ele alınmasıdır. Hasta ve aileleri için spiritüel uygulamaların gerçekleştirilmesinde fırsatlar sağlanmalıdır. Aile üyeleri ve bakım vericiler, demans hastalarına terminal dönemde

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dokunmak, sarılmak isteyebilir. Bireyin ölümüyle aile ve bakım vericiler üzüntü, suçluluk, rahatlama ve diğer duygular hissedebilir. Bu nedenle demans hastasının ölümü sonrası aile, bakım vericiyi danışmanlık sağlanabilir (Abbey 2006).

SONUÇLAR

Yaşamı sınırlandıran hastalıklardan olan demans için palyatif bakımın kullanımı oldukça yararlıdır. Özellikle ilerlemiş demasta palyatif bakım uygulamalarında hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin ele alınması oldukça önemlidir. Demanslı hastalar için palyatif bakımda önemli eksiklikler; semptom yönetim yetersizliği, ileri bakım planlanma eksikliği, kapsamlı üst düzey palyatif bakıma erişim yetersizliği, prognozu tahmin etmede zorluk ve klinik araştırma eksikliği olduğu kanıtlanmıştır (Harris 2007). Hastalara bakımı gerçekleştiren hasta yakını, sağlık profesyonelleri ile yaşam sonu bakımı için bir plan oluşturulmalı ve ağrı ve deliryum da dahil olmak üzere semptomları yönetmeye hazır olunmalıdır (Merel ve ark 2014).

KAYNAKLAR

1. World Alzheimer Report. The state of the art of dementia research: New Frontiers. 2018.
2. World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care. 2019a. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi. 10.07.2019.
3. WPCA. Palliative care consultation response to the draft WHO global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. (2016). http://www.thewhpc.org/images/resources/advocacy/FINAL_Palliative_care_response_to_WHO_Dementia_Global_Plan_Oct_2016.pdf Erişim Tarihi: 15.06.2019
4. Sabbagh MN, McCarthy M, Martin GA. Determining and Defining Advanced Dementia. Palliative Care for Advanced Alzheimer's and Dementia: Guidelines and Standards for Evidence-Based Care 1st Edition 2011.
5. Murphy, E., Froggatt, K., Connolly, S., O'Shea, E., Sampson, E. L., Casey, D., Devane, D. Palliative care interventions in advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev, 2016; 12(12), CD011513. doi:10.1002/14651858.CD011513.pub2
6. Davies N., Klapwijk M.S., van der Steen J.T. Palliative Care in Dementia. In: MacLeod R., Van den Block L. (eds) Textbook of Palliative Care. Springer, Cham. 2019.
7. Kumar CTS, Kuriakose JR. End-of-life care issues in advanced dementia. Ment Health Fam Med 2013; 10(3):129–32.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Schmidt, H., Eisenmann, Y., Golla, H., Voltz, R., & Perrar, K. M. Needs of people with advanced dementia in their final phase of life: A multi-perspective qualitative study in nursing homes. *Palliat Med* 2018; 32(3): 657–667.
9. Chang E, Johnson A. Challenges in Advanced Dementia. *Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care*. InTech: Croatia, 2012: 151-164.
10. Van der Steen J.T., Radbruch L., Hertogh C.M., et al., European Association for Palliative Care (EAPC) White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28: 197-209.
11. Campbell M.L., Guzman J. A. A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. *Crit Care Med* 2004; 32: 1839-1843.
12. World Health Organization. Dementia. 2019b <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> Erişim Tarihi. 28.06.2019
13. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361(16):1529-38.
14. Hendriks SA, Smalbrugge M, Van Gageldonk-Lafeber AB, Galindo-Garre F, Schipper M, Hertogh CM, Van der Steen JT. Pneumonia, intake problems, and survival among nursing home residents with variable stages of dementia in the Netherlands: Results from a prospective observational study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016; 31(3):200–20.
15. Mataqi M, Aslanpour Z. Factors influencing palliative care in advanced dementia: A systematic review *BMJ Support Palliat Care* 2019. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001692.
16. Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., Lykkeslet, E. Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 709. doi:10.1186/s12913-018-3515-x
17. Abbey J. Palliative care and dementia. 2006. https://www.dementia.org.au/files/20060200_Nat_NP_DP7DocPallCareDem.pdf Erişim Tarihi: 1.2.07.2019
18. Harris D. Forget me not: palliative care for people with dementia. *Postgrad Med J* 2007; 83(980), 362–366. doi:10.1136/pgmj.2006.052936.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

19. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. Clin Geriatr Med
2014;30(3):469-92.

S-43 PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM**COMMUNICATION IN PALYATIVE CARE****¹Fatma KARASU ²Filiz POLAT**¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimler Fakültesi, Kilis / Türkiye²Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman / Türkiye**Özet**

Palyatif bakım, hayatı tehdit edici hastalıklar ile ilgili problemlere karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Bu bağlamda palyatif bakım, hastalık ve tedavi nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Palyatif bakım bir sağlık hakkıdır. Bireylerin özel ihtiyaçlarına ve tercihlerine önem veren, birey merkezli ve entegre sağlık hizmetleri tarafından sunulan kapsamlı bir bakım alanıdır. Palyatif bakım alan hastalar fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşarlar. Bu sorunların belirlenebilmesi ve çözülebilmesi için hasta, aile ve sağlık bakım üyeleri arasında etkin bir iletişim olması gerekir. Etkin bir iletişim kurularak hastanın içinde bulunduğu duruma uyumu, yaşam kalitesini ve iyi ölüm şansını artırır. Aile ile sağlık bakım üyeleri arasındaki iletişim, hastanın gizlilik ve ailenin mahremiyetine saygı gösterecek şekilde olmalıdır. Sağlıklı bir iletişim ile hasta yakını ve sağlık bakım üyeleri hastaya iyi bir bakım verebilir. Bu kaliteli iletişim ailenin ölümünden sonra kayıp ve yas sürecinde olumlu etkilediği bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, iletişim, sağlık bakım üyeleri.**Abstract**

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and families who face problems related to life-threatening diseases. In this context, palliative care aims to eliminate the problems caused by disease and treatment and to improve the quality of life of patients and their relatives. Palliative care is a right to health. It is a comprehensive care area offered by individual-centered and integrated health services, which gives importance to the specific needs and preferences of individuals. Patients receiving palliative care experience physical, psychological, psychological and social problems. For these problems to be identified and resolved, there must be an effective communication between the patient, family and health care members. By establishing an effective communication, the patient's adaptation to the current situation increases the quality of life and the chance of death. The communication between the family and the health care members should be in a manner that

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

respects the privacy of the patient and the privacy of the family. With a healthy communication, the patient's relatives and health care members can give good care to the patient. It is known that quality communication affects the loss and mourning process after the death of the family.

Key Words: Palliative care, communication, health care members.

GİRİŞ

Teknolojideki ilerlemeler ve tıp bilimindeki gelişmeler, kanser ve kronik hastalıkların yönetimini sağlayarak insanın ömrünün uzamasına yol açmıştır. Ancak hem kanser hem de kronik hastalıklar ve uygulanan tedavinin getirdiği komplikasyon ve semptomlardaki artış, palyatif bakım gereksinimini gündeme getirmiştir (1). Palyatif bakım yeni bir disiplin olmasına karşın, tıbbın diğer alanları içerisinde kendine hızlı bir şekilde yer bulmuştur. Bu hareketin hızlı olmasının en önemli nedeni, tedavisi mümkün olmayan hastalara tedavinin ve gerekli bakımın verilmesinin günümüzde gittikçe daha da önem kazanmasıdır (2). Palyatif bakım, ölümü normal ve doğal bir süreç olarak kabul etmektedir. Ölüm süreci hem hasta hem de ailesi için emosyonel bir kriz halidir. Bu süreçte hasta ve ailesi ile kurulan duyarlı ve etkili bir iletişim ölmekte olan hasta bakımında temel hedeftir. Sağlık bakım üyelerinin kaliteli bir eğitim ile yaşam sonu bakıma hazırlanması, baş etme stratejilerine ve kişilerarası iletişim becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (3,4). Palyatif bakımın daha iyi anlaşılması için palyatif tedavinin ne olduğu ve palyatif tedavide iletişimin ne anlama geldiğinin anlaşılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu derlemenin amacı, sağlık bakım üyeleri ile palyatif bakım alan hasta ve aile üyeleri arasındaki iletişimin önemini ortaya koymaktır.

Palyatif Bakım

Palyatif bakım “yaşam sonu bakımın organizasyonu” olarak da adlandırılmaktadır. Toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında ‘destekleyici bakım’ ifadesi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Latince kökenli “Palliate (Palliare)” kapsayıcı ya da koruyucu anlamındadır. “Palliative” İngilizce terminolojisinde yatıştırıcı, hafifletici ve geçici çare anlamında kullanılmaktadır. Palyatif bakım ise tedavisi olmayan ve ilerleyici, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir bakım sistemidir (5,6).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, palyatif bakım insan onurunu temel alan bir insan hakkı olarak ifade etmektedir. DSÖ palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilgili

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sorunlarla karşılaşıldığı zaman fiziksel, psikososyal ve spiritüel (maneviyat) sorunlarının erken belirlenmesi, kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi edilmesi sayesinde ailenin ve bakım verenlerin desteklenmesi, ızdırabın hafifletilmesi ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir yaklaşımdır. Palyatif bakım tanı ile başlayan, fiziksel bakımdan daha fazla içeriğe sahip bütüncül ve hümanistik bakım hizmetidir. DSÖ'nün tanımına göre palyatif bakım, ağrı ve diğer rahatsız edici semptomları rahatlatır, ölümü hızlandırmaz ama ertelemez ve ölümü normal bir süreç olarak görmektedir. Amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Hasta bakımının psikososyal ve spiritüel (maneviyat) boyutlarını birleştirerek, hastaların ölüncüye kadar mümkün olduğunca aktif şekilde yaşamalarına, ailelerin ve bakım vericilerin de hastalık ve hastanın kaybından sonra yas süreciyle başa çıkmasına yardımcı olarak bir destek sistemi sunmaktadır. Yaşam sürecinden çok yaşamın niteliği ile ilgilenmektedir (6,7).

Palyatif bakımda tedavinin ne olduğu ile ilgili yanlış anlaşılma riski her zaman olası bir durum olmuştur. Palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastaların fiziksel problemlerinin giderilmesine yönelik değildir. Ölüm ve hasta olma gibi varoluş sorunlarını tartışmaya zaman yaratarak, hazır olma gibi bireysel yaşam durumlarında çekilen acıyı anlama da palyatif bakıma dahildir. Bu da sağlık bakım üyelerinin yaşamı bir bütün olarak değerlendirmesiyle oluşur. Palyatif bakımda hastalığı ilerlemiş olan hastalar için böyle bir değerlendirmenin olması ve bakımda başarının sağlanması bireyin yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. Kederin ve üzüntü ruhsal boyutlarının önceden bilinmesi ve dikkat edilmesi, ölüm evresinde bulunan hastada oluşabilecek problemlerin azaltılmasına ya da ortadan kaldırılmasına yardımcı olur (8,9).

Palyatif bakımdaki temel hedef, hasta ve aile üyelerinin acı çekme sürecini ekip yaklaşımı kullanarak iyi bir şekilde yönetmektir. Hasta ve aile merkezli bakım uygulanmasında, hastanın içinde bulunduğu kültürel değerlere, inançlarına, diline, ırkına, dinine, etnik farklılıklarına, yaşa ve eğitim durumuna göre planlama yapılmalı, bakımın bütüncül olması ve sürekliliği sağlanmalıdır (10).

Palyatif bakımın ilkeleri (6,11);

Palyatif bakım aile merkezli olup tüm sürece aile dahil edilmelidir.

Palyatif bakım ideal olarak hayatı tehdit eden bir durum ile karşılaştırıldığı zamanla başlar, hastanın tedavisi ve ölümüne kadar devam eder ve ayrıca yas dönemini de içermektedir. Hastanın kaliteli bir yaşam sürmesine odaklanır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Detaylı ve düzenli değerlendirmeler, hasta ve ailesinin durumundaki değişiklikleri anlamasına yardımcı olarak, oluşabilecek değişikliklerin bakım hedeflerini ve gelecekteki tedavisini nasıl etkileyebileceğini ortaya koyar.

İnterdisipliner ve multidisipliner bakım ekibi palyatif bakım sağlar. Semptomların ve emosyonel durumların yönetimi önemlidir.

Hastanın kararlarına ve seçimlerine saygı duyulmalıdır.

Hasta ve aile yardımcı olma, bakımın amaçlarını geliştirme ve sağlık bakım kararlarını vermede etkili iletişim stratejileri kullanılmalıdır.

Ölümün doğal bir süreç olduğunu kabul edilmesi önemlidir.

Ailenin yas sürecindeki bakımında, ekibin tecrübeli ve uzman olması gerekir.

Palyatif bakım bütün hastalar için adil ve erişilebilir olmalıdır.

Kaliteli bir bakım için sürecin ve sonuçların değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ailelerin palyatif bakımdan beklentileri (12);

Semptom yönetimi,

Bilgilendirme,

İletişim,

Eğitim,

Duygusal destek,

Hasta ile ilgili kararlarda yer alma,

Hasta bakımını sağlayanların bütün sağlık bakım üyelerinin sorulara yanıt vermesi,

Hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirme,

Daha çok imkanlara sahip kurumların olmasıdır.

Palyatif Bakımda Hasta ve Aile İle İletişim

İletişim, palyatif bakımın sağlanmasında sağlık bakım üyelerinin temel bir bileşenidir. İyi iletişim, çalışanların bilinçli kararlar almalarına yardımcı olarak kişinin önceliklerini ve isteklerini ortaya koymalarını sağlar. Ayrıca durumu anlamadaki endişeleri giderme, boşlukları keşfetme, hastaları ve aileleri güvence altına alma, kaygı ve sıkıntıları hafifletme fırsatı sunar (13).

Ciddi hastalık yaşantısı, bu sürecin içindeki bütün bireylerin hayatlarında değişikliklere neden olmaktadır. Gündelik hayat koşturmacası içerisinde zamanla derinlere itilmiş olan konular su yüzüne çıkmaya başlar. Bütün bunları çevreleyen duygular başka zamanlarda dile

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

getirilmeyen biçimlerde ifade edilmeye başlanmıştır (14). Bu yüzden sağlık bakım üyelerinin hasta ve ailesi ile ölüm sürecinde kurduğu iletişim çok önemlidir. Palyatif bakım ölümü doğal ve normal bir süreç olarak kabul eder. Bu süreçte hasta ve ailesi ile kurulan insani, duyarlı ve dürüst iletişim ölmekte olan hasta bakımında çok önem teşkil eder. Kurulan kaliteli iletişim ailenin ölümünden sonraki kayıp ve yas sürecinde olumlu etkilediği bilinmektedir. Sağlık bakım üyelerinin ölüm sürecinde bu iletişimi sağlamak için duyarlılık ve yeterlilik gereksinimi vardır (15).

Kötü Haberin Verilmesi

Hastanın yaşamını tehdit eden bir hastalık ile karşı karşıya kalması yani kötü haberin verilmesiyle bu süreç başlamaktadır. Hastaya bakım/tedavi seçeneklerin sunulması ve hastanın bu seçenekleri kabul ya da reddetmesiyle bu süreç devam etmektedir. Kötü haberin nasıl verildiği, nasıl bir iletişim kurulduğu ailenin ya da hastanın teşhise uyumunu olumlu veya olumsuz etkileyebilir (16). Teşhis zamanı bireylerin duygusal olduğu bir zamandır. Bu dönemde tanı konusuna ilişkin tartışma, devam eden belirsizliklerden kaynaklanan korku ve son derece zor bir endişe yaratabilir. Bu dönemde sağlık bakım üyeleri tarafından duyarsız sözler ve kötü iletişim hastalığın seyrini bulanıklaştırarak ve sağlık bakım üyeleri ile ilişkilerini bozacak uzun vadeli bir etkiye neden olabilir (16,17).

224

Yaygın Yapılan Hatalar

Kötü haber vermenin sadece bir konuşma olduğunu varsaymak: kötü haber verildiğinde insanların söylenenlerin %50'sinden daha azını duyduğunu ve çoğunlukla kötü haberi duyduktan sonra herhangi bir bilgi almadıklarını göstermektedir. Örneğin, yeni kistik fibrozis tanısı alan çocukları olan ailelerinin üçte biri, doktorların söylediklerinin yarısından daha azını anladıkları saptanmış (18). Bilginin doğruluğunu saptamak, güvenilir bir ilişki kurmak ve cevaplanmamış soruları ele almak için o gün ya da ertesi günlerde konuşmak, tartışmak, paylaşmak için daha fazla zaman ayrılmalıdır. Hastaların ve ailelerin kaygılarını ele almak hastalığa ilişkin bilgileri iletmek için düzenli fırsatların yaratılması, kötü haber iletmeyen önemli bir yönüdür. Bu süreçte güven inşa edilir, artan korku, suçluluk, öfke ve güvensizlik önlenmiş olur (19).

Mevcut bilginin iletişimini geciktirmek: Hastalar ve aileler genellikle belirsizlik ve korku yaşarlar, ayrıca bu onların zihinlerini sürekli meşgul eder. Bu nedenle ilgili bilgilerin hasta ve aileye erken verilmesi süreci olumlu etkilemektedir (18).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kişilerarası ilgi ve şefkatın gösterilmemesi: Hasta ve ailesini ölüme hazırlarken ideal olan, acı çekme duygusunu azaltma, onuru destekleme ve iyi bir yaşam kalitesi sağlamak adına umudu koruma dengesini sağlamaktır (7,15). Hasta ile iletişimi kolaylaştırmak için, hastanın durumu hakkın bilgisi, hastaneye yatışını nasıl değerlendirdiği, tedaviden ne beklediği, ölüm hakkında düşünceleri, kullandığı baş etme yöntemleri, günlük bakımı bağımsız olarak yapabilme durumu, destek sistemleri ve aile üyelerinin duruma tepkilerinin nasıl olduğu gibi durumların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir (20). Soğuk, ilgisiz davranan sağlık bakım üyeleri ailelerin onlara kızgınlık hissetmesine neden olurlar. Yapılmış bir araştırma, ailelerin sık sık sağlık bakım üyelerinin duygusal tepkilerine dikkat ettiği, şefkatli ve yürekten olduğunda konuşmaların yardımcı bir unsur haline geldiğini ortaya koymuştur (18). Bununla birlikte hasta ve ailesinin içinde bulunduğu aile yapısı kültürü, dini inançları ve sosyal yapısı gibi bir takım özellikler ölüm sürecinde iletişimin önemli bir yönüdür.

Aşırı olarak tıbbi terminoloji dilinin kullanılması: Anlamı bilinmeyen tıbbi kelimelerin kullanımı aile için kaygı yaratabilir. Hastaların ve ailelerin içinde buldukları durumun doğasını ve seyrini anlamalarına yardımcı olmak için açık ve ortak terimler kullanmak, kafa karışıklığına veya yanlış anlaşılmalara önüne geçilmiş olur. Mümkün olduğunca anlaşılabilen ve basit kelimeler tercih edilmeli ve tıbbi terimlerden uzak durulmalıdır.

Yeterli zaman ayırmama: Genelde ölüm sürecinde hasta ve ailesiyle iletişim kurmak sağlık bakım üyeleri tarafından sıkıntılı ve de stresli bir durum olarak algılanmaktadır. Sağlık bakım üyelerinin ölüm sürecinde hasta ve ailesiyle nasıl konuşacağını bilmeme, sakınma ve sessiz kalma gibi yüzeysel bir ilişki içine girdiği ayrıca bireysel ve toplumsal boyutlarda da daha derinlik içeren bir iletişimi benimsemekte zorlandığı literatürde belirtilmiştir (13). Ayrıca hasta odasına ziyaretlerin ve vizitlerin azaltmak gibi davranışlar da gösterdiği ortaya konmuştur. Bu fark edilmediğini sandığımız davranışlar neticesinde ölümle sonuçlanması kuvvetle muhtemel olan hastalar, ölme sürecinde yalnız bırakılmış hissetmekte, sağlık bakım üyeleri tarafından ihmal edildiği ve yok sayıldığı düşünülmektedir (13,15). Palyatif bakımda hasta ve ailesine yeterli zaman ayrılması önerilir. Duyguların tanınması, keşfedilmesi ve araştırılması için hasta ve ailesine bu süreçte yeteri kadar zaman ayrılmalıdır. Ayrıca hasta ve ailesi ile iletişimin devam edebilmesi için sağlık bakım üyeleri kendi anksiyete, korku, suçluluk ve kayıp gibi duygularının farkında olması oldukça önemlidir (7).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Görüşme ortamının uygun olmaması: Hasta veya aileleriyle görüşürken kesinti içermeyen, nispeten sessiz ve özel bir fiziksel ortam seçilmelidir. Empatik ve saygı ile yaklaşılmalıdır (21).

Bilinçsiz hastalar ile iletişim olmadığı düşüncesi: Hastanın durumu ne olursa olsun sağlık hizmetinin sunumunda etkili iletişimin olumlu yönde rol oynadığı gerçeği unutulmamalıdır. Bilinçsiz hastaların duyabildikleri unutulmamalı ve bilinçsiz hasta yoktur varsayımı benimsenmelidir. Bilinci kapalı hastalarda sadece söylenenler değil, ses tonu ve arkasından taşınan duygularda önemlidir. Sözel olmayan iletişim tekniklerinden biri olan dokunma, bilinci kapalı hasta ile etkileşimde bir çok amaca hizmet eder (18). Dokunma yoluyla hastalara ilgi, destek, yakınlık, anlayış, empati gibi mesajlar iletilmektedir. Yarıca dokunma yoluyla hastaların korku ve anksiyete gibi duyguları azaltılmaktadır. Bazen bir hasta ölmek için izin bekliyor gibi görünebilir. Aile üyelerini bu durumda hastaya söylemeleri gereken şeyler için ve hastaya dokunması gibi basit kişisel jestlere teşvik edilmelidir (15,18).

Ölüm hakkında konuşmamak: Ölüm hastanın fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresidir ve evrensel bir olgudur. Ölüme karşı verilen tepkiler toplumda yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, inanç, kültür, yaş ve bireysel değerler gibi durumlardan etkilenmektedir. Bazı insanlar ölüm hakkında konuşmaktan rahatsız duyarlar ancak ölen bir hastayla ilgilenirken net bir şekilde iletişim kurulmalı ve bunun için hasta ve yakınları mutlaka desteklenmelidir. Ölüm hakkında konuşmak hem hasta için hem de karşı taraf için kaygıyı hafifletebilir ve yaşamın sonunda tedaviye ilişkin ya da hastanın nihai isteklerinin yerine getirilmesine yardımcı olur (22). Hasta ile aile üyeleri arasındaki son görüşmeler, yas tutma sürecine başlamalarına ve kayıptan sonra aile üyelerinin pişmanlık duymadan hareket etmelerine yardımcı olabilir (23). Kaliteli sağlık bakımı için terapötik iletişim kurulması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Fakat hastanın beklenen ölümü, sağlık bakım üyelerinin yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte ve ölümü yok saymaktadırlar. Bunun sonucunda hasta ve aile üyeleri ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır. Sağlık bakım üyeleri için ölüm hakkında konuşmak büyük ölçüde sıkıntı yaratmakta ve bazen de yük olarak algılanmaktadır. Sağlık bakım üyeleri, hasta ve ailesi arasındaki etkisiz iletişim nedeniyle genellikle prognoz ve tedavisine odaklanılmakta, hastanın beklentileri ve duygusal güçlükleri göz ardı edilmektedir (18).

Ekip içi iletişim problemleri: Palyatif bakım hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için birlikte çalışan çok disiplinli ve çok kurumlu ekipler tarafından sağlanır. Ekip üyelerinin hasta ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

aileleri için en iyi sonucu elde etmek için birbiri ile iletişim halinde olması çok önemlidir. Etkili ekip iletişimi olmadan etkili hasta bakımı mümkün değildir (7,22).

İletişim palyatif bakım altındaki hastalarda özel özellikleri olan ilişkilerin temelidir. Palyatif bakım, son dönem bakım olması nedeniyle hem aile hem de sağlık bakım üyeleri açısından oldukça zorlu olabilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım uzmanlık gerektiren bir bakım olması nedeniyle bir ekip tarafından verilmelidir. İletişimde en önemli unsur hasta ile güven oluşturmaktır. Bu açıdan hastaya karşı dürüst davranılmalı ve hastanın gerçekçi beklentiler geliştirmesine yardım edilmelidir (24). Hasta ve ailesi ile iletişim kanalları her zaman açık tutulmalı, sorulara açık bir şekilde yanıt verilmeli ve hem hastanın hem de aile üyelerinin duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. İnsanın değer verdiği kişiler ile birlikte olabilmesi kendini önemli hissetmesine ve sadece kendi sıkıntılarına yoğunlaşmasını önleme açısından önemlidir. Hasta, aile üyeleri ile birlikte olmaya desteklenmeli ve duygularını ifade etmesi için teşvik edilmelidir. Ölüm kaçınılmaz olduğundan bu durum ile baş etmek çok güçtür. Bu nedenle önceki kullandığı baş etme yöntemleri ve destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Ailesi gelecekte onun adına ne yapmasını istediği konuşulmalı ve ölüm sonrasını planlamaya yardım edilmelidir (25).

227

Sonuç olarak, palyatif bakımda hasta, aile üyeleri ve sağlık bakım üyeleri arasında yaşamın sonunda meydana gelen iletişim “iyi bir ölüm” için kritik öneme sahiptir. Çünkü insanların yalnızca gerçek isteklerinin duyulduğu, anlaşıldığı ve takip edildiği sevdiklerinin pişmanlık duymadan bırakıldığı bir iletişim yolu ile gerçekleşir. Gerçek pişmanlık, yaşamın sonunda iletilmeyen mesajlardan, duygulardan ve hislerden gelir.

KAYNAKLAR

1. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, Verhagen SC. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2192-200.
2. Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al (Hrsg). Wegweiser hospiz und palliativmedizin deutschland 2008/2009. <http://wegweiserhospiz.shifttec>. 2010.
3. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Med Intern* 2008; 148: 147-59.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70.
5. Romesberg TL. Understanding grief: A component of neonatal palliative care. *J Hosp Palliat Nurs* 2004; 6: 161-70.
6. National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009. Clinical practice guidelines for quality palliative care (2nd ed, 9-10). Available at: <http://www.nationalconsensusproject.org>. Accessed 27 May 2019.
7. Schmidlin E, Oliver D. Palliative care as a human right: what has the Prague Charter achieved?. *European Journal of Palliative Care* 2015; 22(3): 141-43.
8. Müller-Busch HC. Was bedeutet bio-psycho-sozial in Onkologie und Palliativmedizin. Behandlungsansätze in der anthroposophischen Medizin. Jahrbuch der Psychoonkologie der ÖGPO. Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien, 2004.
9. Bag B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27(3): 142-9.
10. Romesberg TL. Building a case for neonatal palliative care. *Neonatal Netw* 2007; 26: 111-5.
11. Aksakal H, Kahveci K, Koç O. Palyatif bakım hemşireliği el kitabı. Akademisyen Kitabevi, 1. Basım, Ankara. 2018.
12. Stajduhar KI, Funk L, Cohen SR, Williams A, Bidgood D, Allan D, Norgrove L, Heyland D. Bereaved family members' assessments of the quality of end-of-life care: what is important? *J. Palliat Care* 2012; 27(4): 261-9.
13. Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Palyatif bakım ve son dönem hastaya yaklaşım. *Ağrı Kliniği Dergisi* 2012; 1(1): 48-55.
14. Loke YA, Liv FCF, Szeto Y. The difficulties faced by informal caregivers of patients with terminal cancer in hong kong and the available social support. *Cancer Nursing* 2003; 26(4): 276-83.
15. End of Life Care: An ethical overview, center for bioethics university of minnesota. 2005. p. 1-75 http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26_104/End_of_Life.pdf Accessed May 27 2019
16. Demir M. Palyatif Bakım Etiği. *Yoğun Bakım Derg* 2016; 7; 62-6.
17. Tanriverdi O, Yavuzsen T, Turhal S, Kilic D, Yalcin S, Ozkan A, et al. Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Eur J Cancer Care* 2016 25(3): 502-15.
18. Kuttner L. Talking with families when their children are dying. *Med Princ Pract* 2007; 16(suppl 1): 16–20.
19. Carter BS, Levetown M. Palliative care for infants, children, and adolescents. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2004.
20. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(1): 82-87.
21. Mack JW, Grier HE: The day one talk. *J Clin Oncol* 2004; 22: 563–566.
22. Keeley, M.P.; Baldwin, P. Final conversations phase II: Children and everyday communication. *J. Loss Trauma* 2012; 17: 376–87.
23. Generous, M.; Keeley, M.P. Creating and validating the final conversations (FCs) scale: A measure of end-of-life relational communication with terminally ill loved ones. *J. Soc. Work End-Life Palliat Care* 2014; 10: 257–81.
24. Kebudi R. Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. *Türk Onkoloji Dergisi* 2006; 21(1): 37-41.
25. Plonk WM, Arnold MR. Terminal care: the last weeks of life. *Journal Of Palliative Medicine* 2005; 8(5): 1042-58.

S-44 PALYATİF BAKIMDA CİNSEL SAĞLIK**SEXUAL HEALTH IN PALIATIVE CARE****¹Fatma KARASU ²Filiz POLAT**¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimler Fakültesi, Kilis / Türkiye²Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman / Türkiye**Özet**

Fiziksel, sosyal, emosyonel ve manevi yönleri içeren palyatif bakım hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Cinsel sağlık, birçok hasta için yaşamın önemli bir parçası olmasına rağmen, klinik uygulamalarda göz ardı edilmektedir. Cinsel sağlık, palyatif bakımda önemli bir yere sahiptir. Cinsel aktiviteye katılma ihtiyacı ya da kabiliyeti hastalığın son aşamasında zayıflayabilir, ancak dokunma ve yakınlık bireyin emosyonel doyum sağlama ihtiyacını artırabilir. Bireyler arasında yaşamın son aylarında sevgi dolu ve samimi bir dokunuş yokluğundan muzdarip olabilirler. Yaşamın sonuna yaklaşıldığında, bireylerin cinsel sorunlardan sıklıkla konuşulmadığı bilinir. Palyatif bakım ekibi mevcut problemleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Palyatif bakımda cinselliğin çoğu zaman sağlık bakım profesyonelleri tarafından önemli olmadığı düşünülür. Cinselliğe ilişkin tabuları ya da yargıları hastalarla cinsellik hakkında konuşmayı zorlaştırabilmektedir. Hastaların cinsel sağlığının ve cinselliğe ilişkin sorunların değerlendirilmesi sağlık bakım profesyonellerin rolü ve holistik bakımın bir parçasıdır. Bu derleme, palyatif bakımda cinsel sağlığı önemini ve sağlık bakım profesyonellerinin önündeki engellerin tartışılmasını amaçlanmıştır.

230

Anahtar Kelime: Palyatif bakım, cinsel sağlık, hasta.**Abstract**

Palliative care, which includes physical, social, emotional and spiritual aspects, aims to improve the quality of life of the patient and his family. Although sexual health is an important part of life for many patients, it is overlooked in clinical practice. Sexual health has an important place in palliative care. The need or ability to participate in sexual activity may weaken in the final stage of the disease, but touch and closeness may increase the individual's need to provide emotional satisfaction. They may suffer from the absence of a loving and sincere touch in the last months of life among individuals. Approaching the end of life, it is known that individuals are not often talked about sexual problems. The palliative care team should address current problems in a holistic approach. Sexuality in palliative care is often considered not to be important by health care professionals. Taboos or judgments about

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sexuality may make it difficult to talk to patients about sexuality. The assessment of patients' sexual health and sexuality issues is part of the role of health care professionals and holistic care. This review aims to discuss the importance of sexual health in palliative care and the barriers to health care professionals.

Key Words: Palliative care, sexual health, patient.

GİRİŞ

Teknolojideki ve tıp bilimindeki gelişmeler kanser ve kronik hastalıkların yönetimini sağlayarak insanoğlunun yaşam ömrünün uzamasını sağlamıştır. Ancak hem kronik hastalıklar hem de kanserler ve uygulanan tedavinin yol açtığı semptomlar palyatif bakım gereksinimini gündeme getirmiştir (1,2). Palyatif bakım, ciddi hastalığı olan kişiler ve aileleri için yaşam kalitesini artırmaya odaklanan disiplinlerarası bir uzmanlık alanıdır. Yaklaşık 20 yılda, genişletilmiş bir kanıt temeli, yeni bakım sunum modelleri, yenilikçi ödeme mekanizmaları, mesleki farkındalığın artırılması dahil önemli bir büyüme ve değişim geçirmiştir. Palyatif bakımın primer rolü başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel ve emosyonel semptomların iyi bir şekilde yönetimidir. Palyatif bakım, hastanede yatarak, ayaktan ve evde uygulanabilir (3,4). Palyatif bakım ekibi içerisindeki sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve partnerinin bakımında cinsel sağlık gereksinimlerini göz ardı etmeden dikkate almaları palyatif bakımın niteliğine katkı sağlayacaktır.

Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık ve Önemi

Cinsellik, ciddi hastalıkları olan birçok hasta ve partnerleri için önemli bir konu olmasına rağmen, yinede sağlık bakım profesyonelleri açısından sıklıkla ele alınmayan bir konudur (5-7). Cinsellik, bir insanın yaşamı boyunca öz benlik duygusuna özgüdür ve ciddi bir hastalık karşısında acı çekmeyi azaltmaya, anlam sunmaya ve kişilerarası iletişim kurmaya yardımcı olan hayati bir ifade biçimi olabilir (8-10). Cinsellik sadece fiziksel bir eylemi ifade etmez, daha geniş bir biçimde kimlik, cinsiyet rolleri ve yönelimleri, erotizm, haz ve samimiyeti kapsar. Davranışa ek olarak düşünce ve duygularla da deneyimlenir ve ifade edilir (11). Yaşamların son dönemlerinde olan hastalar cinsel ilişkide bulunmak istemeyebilirler. Bazen hasta partneri ile romantik ilişkilere girecek gücünün bile olamayabileceğini düşünebilirler. Hastalığın yol açtığı durumlar nedeniyle bireyin fiziğe dayalı seks yapması sınırlı ve yorucu olabilir. Özellikle palyatif hastalarda bu durum, fazlasıyla söz konusudur. Ancak dokunma,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sarıma, okşama, öpüşme yoluyla fiziksel temas kurarak partnerleriyle yakınlaşmaktan zevk alıp, emosyonel doyum sağlama ihtiyacı duyarlar (12,13).

Palyatif bakım geçiren hastalar için cinsellik hakkında çok az veri olmasına rağmen, bu popülasyonda cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüksek görünmektedir (14,15). Ek olarak, palyatif bakımdaki hastalar arasında cinsel işlev bozukluğunun sıklığı ve türü, altta yatan hastalık sürecine göre değişmektedir (14-18). Palyatif bakım ünitesine başvuran hastaların %86'sı cinsel sağlıkla ilgili bir sağlık bakım profesyonelleri ile konuşmak istediklerini ifade etmişlerdir (14). Kalp yetmezliği olan hastaların %59'u cinsel işlev bozukluğu olduğunu bildirmiştir (15). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin yüzde yetmiş beşi hiçbir zaman (% 60) veya nadiren (% 15) hastaneye yatmış hastalara, kendilerini cinsel olarak ifade etmelerini sormadıklarını belirlemiştir. Yine aynı çalışmada bakımevinde çalışan hemşirelerin yüzde doksanı, cinsellikle ilgili problemi ya da konuşma ihtiyacı olan en az bir hastayı bildiklerini ifade etmelerine rağmen, hastalarının cinsel sağlıklarını değerlendiremediklerini bildirmiştir (19).

Yaşamı sınırlayan bir hastalık ile karşı karşıya kalındığında, hastalık ve tedavisi ile uğraşma süreci içinde cinselliğe olan ilgilerini kaybetmiş gibi görünebilirler ve çelişkiler yaşayabilirler (2). Hasta partneri tarafından arzulandığını hissetmek isterken, partneri hastalığı döneminde eşine karşı cinsel istek duyduğu için suçluluk hisseder ve bu isteğini ifade etmekte kaçınabilir. Hem hasta hem de partneri kültürel olarak yazılı olmayan "hasta kişi cinsel olarak aktif değildir" görüşünden etkilenebilir (20). Ancak yapılan çalışmalarda cinselliğin, yaşamın sonunda da önemini sürdürmekte olduğu ve tüm hastaların, kendilerine bakım veren sağlık çalışanlarından değerlendirme aşamasında cinsellik ve cinsel gereksinimlerinin de tartışılmasını istedikleri saptanmıştır (2,12). Duygusal yakınlık ve bağlanmanın, cinselliğe ilişkin bileşenin ayrılmaz bir parçası olduğu ve bunun fiziksel ifadenin önünde geldiği bildirilmiştir. Bu sebeple yaşamın son döneminde yüksek kalitede bakım sağlayan sağlık bakım profesyonellerinin yaklaşımı, tanımlamanın bir parçası olarak cinsellikle ilgili konuları değerlendirme, konuşma ve irdeleme şeklinde olmalıdır (5,21,22).

Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık Engelleri

Cinsellik konusundaki tutumumuz, bireysel değerler, etik, kültürel koşullar, aile deneyimleri ve dini inançlar ile birlikte çeşitli toplumsal ve tarihi yapılar tarafından şekillendirilir. Cinsellik ve kanser ile ilgili literatür, ağırlıklı olarak hastalık ve tedavi ile ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğuna odaklanmıştır. Ne yazık ki, literatürde palyatif bakımda ve yaşam sonu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

popülasyonlarında cinselliği ele alan çok az araştırma vardır. Bu, kısmen sağlık uzmanlarının bu konuyu ele almadaki rahatsızlığından dolayı olabilir (12,13). Lemieux ve arkadaşları, bir palyatif bakım hastanesinde veya evde bakım ortamında sağlık uzmanları tarafından görüşülen hastalardan sadece birinin cinsellikle ilgili soru sorduğunu bildirmiştir. Cinsellik hakkında soru sorma, konudan rahatsız olan utanmış profesyonellerle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (23). Toplumumuzdaki cinsellik, sıklıkla çeşitli tutumlardan, duygulardan ve inançlardan etkilenen bir tabu nesnesidir. Bir engel olarak, cinsiyet temelli çifte standarttır. Çifte standardın etkisinin “erkekler için cinsellik arzu edilir ve kadınların yalnızca evlilik gibi belirli durumlarda cinsel görünebileceği” olarak bilinmektedir. Cinsel ifadeyi özellikle hastalık sırasında, bu güçlü tutum şekillendiricileri etkiler.

Sağlıkta sık sık değişikliklerle, kişinin geçmiş, şimdiki ve gelecekteki görüntüleri ile genel bir uyum hissi arasında bütünleşme hissi kaybı olabilir. Son dönem hastalar genellikle, “depresif, acı çeken ve zayıf hissederler”, bunların hepsi cinsel isteği azaltabilir. Alternatif olarak, cinsel arzularını hissedebilirler ancak partnerlerinin onlarla cinsel bir ilgi duymadıklarını varsayabilirler. Genel olarak, sağlıklı partner, kanser hastasına karşı cinsel arzuları ve ilgiyi hissedebilir, ancak önerilerde bulunmaz. Hem hasta hem de partner, kültürel olarak yazılı olmayan kurallarından etkilenebilir (19,24).

Partner, kanser hastasına karşı cinsel duygular konusunda kendini suçlu hissedebilir; hasta, arzu edilen bir cinsel eş olma bilgisini memnuniyetle karşılayabilir ve sevinir (24). Hastalıkla ilgili ortaya çıkan semptomlar ve kullanılan ilaçların yan etkileri, cinsel eylemi sınırlamakta, cinsel istek azlığı, uyarılma bozukluğu, orgazm güçlüğü, erkeklerde erektil disfonksiyon ve ejakülasyon sorunları, kadınlarda vajen kuruluğuna bağlı disparoni gibi problemlere neden olabilir (2,25,26). Bu durumda hasta ve partnerinin cinsel davranışlarını yeniden düzenlemesi gerekir. Ancak onların birbirlerine karşı cinselliklerini ifade edebilmesi için uygun ortamların sağlanması gerekmektedir. Palyatif bakım gereksinimi duyan hastaların büyük bir kısmı hasta ortamında ya da bakım evlerinde bulduklarından cinselliklerini ifade etmek için uygun ortam bulamamaktadırlar (2,25,27,28). Yardımlı bir yaşamda veya uzatılmış bakım tesisinde palyatif bakım sağlandığında, bir birey veya çift cinsel olarak aktif olmak isterse sınırlı mahremiyet olabilir. Hastalar ilişkiye girmek istemeyebilir, ancak dokunmak ve öpüşmekle birbirlerinden zevk alırlar. Tesis, sakinler ve / veya ziyaretçiler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilir veya hatta yasaklayabilir ve ayrıca zevk almada rol alanların mahremiyetini

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

istila edebilir. Kapılarda kilit olmayabilir, sakinler için sadece tek kişilik yataklar ve çok az özel oda olabilir. Hastalar tek cinsiyetli ortamlarla bile kısıtlanabilir. Çift kişilik yatakların olduğu özel bir oda sağlanarak mahremiyet istendiğinde kapıya bir işaret yerleştirilebilir (30). Hastalığın son aşamalarında evde kalan hasta için senaryo farklı değildir. Genellikle hasta evde bir aile veya oturma odası gibi merkezi bir yere taşınır ve artık mahremiyete sahip değildir. Bu, bakım sağlamak için daha uygun olsa da, hasta her zaman görüş açısından olduğu gibi cinselliğin ifadesini engeller. Mesleki ve gönüllü yardımcıları sıklıkla evdedir ve hastanın eşiyle yalnız kalacağı ve cinselliği ifade etmek için bir fırsat bulamaz (28-30).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalığı bu aşamasında önemli olmadığını varsayarak, hayatın sonunda cinsel işlevsellik hakkında hiç konuşmayabilirler. Bu, hastaya ve partnerine, bunun tabu ya da önemi olmayan bir şey olduğuna çok açık bir mesaj olarak gönderirler. Bu, hastanın ve partnerinin, konunun konuşulmayacağını düşünürlerse soru sormasını veya konuyu gündeme getirmesini zorlaştırır (31).

Bazı sağlık bakım profesyonellerinin kültürel önyargıları olabilir veya hastayla cinsellik hakkında konuşmakta rahat olmayabilirler. Sağlık bakım profesyonelleri, özellikle palyatif bakım ortamında hastanın cinsel işlevin önemini reddetmek, hastanın yaşam kalitesini ve hastalık yönetimini etkileyebilir (12,31).

Semptom Yönetimi ve Cinsellik

Bazı kanser türleri anemiye, iştah kaybına veya zayıflığa, halsizliğe ve kas kaybına neden olabilir. Cerrahi, fiziksel görünümü değiştirebilir ve bu sorunların tümü cinsel arzu ve zevkleri azaltabilir ve vücut imajı endişelerine neden olabilir (32). Kanser, cinsel organlara veya sinirlerine doğrudan zarar verebilir.

The National Cancer Institute web sitesinde bulunan istatistikler şunlardır:

- Meme kanseri olan kadınların %50'sinde uzun süreli cinsel işlev bozukluğu olduğu,
- Prostat kanseri olan erkeklerin %70'inde uzun süreli cinsel işlev bozukluğu yaşadığı,
- Kanser hastalarının %40-100'ünün tedaviden sonra cinsel işlev bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir.
- Kanserli insanlar için en yaygın cinsel problemler, erkekler ve kadınlar için cinsel aktivite arzusu kaybı, erektil disfonksiyon'dur (33).

Yaşamın sonunda cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin kısa bir özetini

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1’de sunmaktadır.

Tablo 1. Yaşam sonunda cinsel fonksiyonu etkileyen faktörler	
Psikososyal konular	Depresyon, kaygı, öfke, umutsuzluk ya da üzüntü nedeniyle arzu kaybı Sosyal, iş, aile ve / veya evlilik rolündeki değişim Reddetme korkusu Beden imajı kaybı, benlik saygısı Zayıf kişilerarası iletişim Hastalık stresi, evlilik problemlerini şiddetlendiriyor.
Kemoterapi	Zayıflık, yorgunluk, bulantı, kusma, kilo verme, saç dökülmesi, ishal, kabızlık, cilt değişiklikleri, değişen tat ve koku alma duyusu, vajinal kuruluk, orgazma ulaşma yeteneğinin azalması, erken menopoz semptomları
Cerrahi	Vücut bölümlerinin amputasyonu, izleri, ostomileri Özellikle pelvik ameliyatlarda otonom sinir sisteminin bozulması Eretil disfonksiyon Vajinal duvarın rezeksiyonu sonrası azalan vajinal tonoz kapasitesi Pelvik adezyonlar ve yara izleri nedeniyle ağırlı ilişki
Radyasyon	Nörovasküler ve arteriyel vasküler yatakların imhası Yorgunluk, bulantı, kusma, ishal Vajinal darlık ve fibrozis Kısırlık Eretil disfonksiyon
Hormonal manipülasyon	Yağlama kaybı, vajinal atrofi, sıcak basmalar, artmış idrar yolu enfeksiyonları sıklığı, duygudurum dalgalanmaları veya sinirlilik gibi premenopozal semptomlara neden olan östrojen eksikliği Testosteron eksikliği; arzu kaybı ve eretil disfonksiyon
İlaçlar	Birçok ilaç cinsel isteği veya yeteneğini azaltır.

235

Dispne, ağrı, yorgunluk, bulantı ve kusma palyatif bakım popülasyonunda sık karşılaşılan problemlerdir. Kanser ve tedavileri nedeniyle fiziksel semptomların yönetiminde rehabilitasyon yaklaşımı hastanın yaşam kalitesini destekleyebilir ve geliştirebilir. Birçok çiftin, yalnızca hastalık üzerine değil, aynı zamanda ilişkilerine odaklanmak için zaman ayırmaya devam etmesi için cesaretlendirilmesi gerekir (6,31). Palyatif ve yaşam sonu bakımıyla ilgili önlemler, semptomların kontrolüne yardımcı olmak için Tablo 2’de tanımlanmıştır.

Tablo 2. Fiziksel Semptomların Cinsel İşlev Üzerindeki Etkilerini Kontrol Etmeye Yönelik Tedbirler	
Dispne	Dispnenin altta yatan nedenini kontrol etmeye çalışın. Bu başarısız olursa, opioidler veya fenotiyazinler gibi solunum bilincini baskılayan bronkodilatörler veya ilaçlar, yüze serin bir bez veya odadaki bir vantilatörle birlikte yardımcı olur. Elle tutma, yumuşak okşama veya yağ veya kremlerle hafif masaj yaparak fiziksel yakınlığı arttırın. Enerjiyi korumak için su yatağı kullanın. Seks sırasında dudak dudak solunumu ile nefes darlığını kontrol eder. “Yeterli hava alma” korkusundan kurtulmak için uzun öpücüklerden kaçının. Soluk almayı kısıtlayan veya göğsün üzerine baskı uygulayan konumlardan kaçının. Parfümleri, saç spreylerini ve solunumu zorlaştırabilecek diğer ürünlerden kaçının.
Ağrı	İyi bir genel ağrı yönetimi esastır. Acı çekerken, hastaların sadece cinsel istekleri yoktur, aynı zamanda başka hiçbir faaliyete konsantre olamazlar. Bazıları radyasyon tedavisi, kemoterapi veya hormon tedavisinden kaynaklanan vajinal kuruluğa bağlı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

	olarak cinselliğe bağlı ağrı yaşayabilir. Vajinal nem ve / veya yağlama ürünleri yardımcı olabilir.
Yorgunluk ve halsizlik	Palyatif bakım hastasında yorgunluk ve halsizlik; anemi, radyasyon, kemoterapi veya ileri kanser nedeniyle oluşabilir. Hastalar, günlük yaşamın en basit faaliyetlerini bile gerçekleştiremediklerinde kendilerinde benlik saygısı ve güven kaybına neden olur. Enerji tasarrufu sağlayacak pozisyonlar tercih edilmelidir. Aşırı sıcaklık, ağır yemekler ve alkolden uzak durulmalıdır.
Mide bulantısı ve kusma	Eğer varsa, yakınlık ve cinsel aktivite arzusu olmayabilir. Mahremiyet, antiemetik tedaviyi takiben planlanabilir. Sarılma en uygun ve rahatlatıcı eylem olabilir.

Sonuç olarak;

Sağlık bakım profesyonelleri olarak hastaların cinsellik endişeleriyle ilgili farkındalığımızı kullanmalı ve cinsel değerlendirmeler ve müdahalelerle bulunmalıyız. Kanıta dayalı uygulamada yeni ve sürekli araştırma çabaları sayesinde, palyatif bakım hasta popülasyonunda veya hastanede bakım hizmeti alan hastalar da dahil olmak üzere tüm hastaların cinsel desteğe için daha duyarlı olunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Reis N, Kızılkaya Beji N, Coskun A. Quality of Life and Sexual Functioning in Gynecological Cancer Patients: Results from Quantitative and Qualitative Data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010;14:137-46.
2. Librach SL, Moynihan TJ. Sexuality. In: Emanuel LL, Librach SL, (eds). *Palliative Care-Core Skills and Clinical Competencies*. 2nd ed. Elsevier Saunders, St. Louise, 2011: 186-95.
3. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, Verhagen SC. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2192-200.
4. Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al (Hrsg). *Wegweiser hospiz und palliativmedizin deutschland 2008/2009*. <http://wegweiserhospiz.shifttec>. 2010.
5. Howlett C, Swain M, Fitzmaurice N, et al. Sexuality: the neglected component in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 1997; 3:218.
6. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* 2005; 23:238.
7. Redelman MJ. Is there a place for sexuality in the holistic care of patients in the palliative care phase of life? *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25:366.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age Ageing* 2005; 34:475.
9. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav* 1988; 17:109.
10. Hordern AJ, Currow DC. A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *Med J Aust* 2003; 179:S8.
11. World Health Organization. Sexual Health. Available at http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html.
12. Nyatanga B. Sexuality in Palliative Care: More Than Sex, *British Journal of Community Nursing* 2014;19:151
13. McIness RA. Sexuality and Illness, *Med JAUS* 2003;179:263-6.
14. Vitrano V, Catania V, Mercadante S. Sexuality in patients with advanced cancer: a prospective study in a population admitted to an acute pain relief and palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2011; 28:198.
15. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttik ML, et al. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart* 2012; 98:1647.
16. Demirkıran M, Sarıca Y, Uğur S, vd. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan multipl skleroz hastaları: Herhangi bir fark var mı? *Mult Scler* 2006; 12: 209.
17. Kettaş E, Cayan F, Akbay E, vd. Son dönem böbrek hastalığı olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili risk faktörleri. *J Sex Med* 2008; 5: 872.
18. Santos PR, Capote JR Jr, Cavalcanti JU, vd. Hemodiyalize giren cinsel işlev bozukluğu olan kadınlar arasında yaşam kalitesi: Kesitsel bir gözlemsel çalışma. *Sağlık Kalitesi Yaşam Çıktıları* 2012; 10: 103.
19. Matzo M, Hijjazi K. If You Don't Ask Me[horizontal ellipsis]Don't Expect Me to Tell: A Pilot Study of the Sexual Health of Hospice Patients. *journal of Hospice & Palliative Nursing* 2009; 11(5): 271-81.
20. Rolland JS. In Sickness and in Health: The Impact of Illness on Couples' relationships. *Journal of Marital and Family Therapy* 1994;20: 327-47.
21. Shell JA. Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncol Nurs Forum* 2002;29:53-66.
22. Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. *Nurs Clin North Am* 2007;42:685-696.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

23. Lemieux L, Kaiser S, Pereira J, et al. Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliat Med* 2004;18:630-637.
24. Syrjala K, Schroeder T, Abrams J, et al. Sexual function measurement and outcomes in cancer survivors and matched controls. *J Sex Res* 2000; 37:213-217.
25. Griebelin TL. Sexuality and aging: A Focus on Lesbian, Gay, Bisexual And Transgender (LGBT) Needs in Palliative and End of Life Care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2016;10:95-101.
26. Shell JA. Sexual Issues in the Palliative Care Population. *Semin Oncol Nurs* 2008; 24:131-4.
27. Moorman SM, Carr D, Boerner K. The Role of Relationship Biography In Advance Care Planning. *J Aging Health* 2014;26:969-92.
28. Katz A. Sexuality at the End of Life.
http://www.virtualhospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/Sexuality+at+the+End+of+Life.aspx
29. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, et al. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med* 2003;6:699-705.
30. Cagle JG, Bolte S. Sexuality and Life-Threatening Illness: Implications For Social Work and Palliative Care. *Health & Social Work* 2009;34:223-33.
31. Leung MW, Goldfarb S, Dizon DS. Communication about Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care. *Curr Oncol Rep* 2016;18:11.
32. Hordern AJ, Street AF. Let's Talk About Sex: Risky Business for Cancer and Palliative Care Clinicians. *Contemporary Nurse* 2007;27:49-60.
33. The National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/>. Erişim Tarihi 20.06.2019

S-45 PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN MANEVİ DESTEK ALGISI PALLIATIVE CARE NURSES' PERCEPTION OF SPIRITUAL SUPPORT

¹Zeliha Cengiz, ²Dilek OLMAZ, ³Mensure TURAN

¹Malatya İnönü Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi

²Tunceli Devlet Hastanesi Uzm. Hemşire

³Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzm. Hemşire

Özet

Amaç: Bu araştırma palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin palyatif bakım hastalarının manevi destek ihtiyacı konusundaki algılarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı türde olan bu araştırma Tunceli Devlet Hastanesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin palyatif bakım verilen birimlerinde görev yapan 51 hemşire ile yapıldı. Veriler, "Hemşire Bilgi Formu", ve "Manevi Destek Algısı Ölçeği" ile toplandı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalaması 64.22±9.25 olarak bulundu. Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamaları ile günlük bakım verdiği hasta sayısı arasında negatif yönde bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda manevi destek algısının hasta bakım süresi ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlendi ($R=.281$ $R^2=.079$ $p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada palyatif bakım veren hemşirelerin manevi destek algısı yüksek bulundu. Araştırma sonucunda hasta bakım süresinin manevi destek algısının yordayıcısı olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Palyatif Bakım, Maneviyat, Maneviyat Algısı

Abstract

Objective: This study was carried out to determine the perceptions of nurses working in palliative care units about the need for spiritual support of palliative care patients.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted with 51 nurses working in palliative care units of Tunceli State Hospital, Diyarbakır Gazi Yaşargil and Malatya Training and Research Hospitals. Data were collected with "Nurse Information Form" and "Spiritual Support Perception Scale".

Results: The mean score of spiritual support perception of the nurses included in the study was 64.22 ± 9.25. There was a negative correlation between the mean scores of the nurses' perception of spiritual support and the number of patients they provided daily care ($p < 0.05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

As a result of simple linear regression analysis, the perception of spiritual support was found to have a significant relationship with patient care time ($R = .281$, $R^2 = .079$, $p < 0.05$).

Conclusion: In this study, the nurses providing palliative care had a high perception of spiritual support. As a result of the study, it can be said that the duration of patient care is a predictor of the perception of spiritual support.

Key words: Nurse, Palliative Care, Spirituality, Spiritual Perception

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2002’de palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve manevi boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Kısacası palyatif bakım bir bakım felsefesidir ve temelinde hastanın bütüncül bakımı söz konusudur (1,2)

Bütüncül bakım yaklaşımı ise bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve manevi olarak bir bütün olduğu esasına dayanır. Sağlık bakımının bireylere bütüncül yaklaşımla verilmeye başlanması bireylerin manevi boyutunun da diğer boyutlar kadar önem kazanmasını sağlamıştır (3-5). Bireyin sağlığını sürdürebilmesi için fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının yanı sıra manevi sağlığının da değerlendirilmesi gereklidir. Manevi bakım, bireylerin manevi gereksinimlerinin tanımlanarak, uygun planlamalarla bu gereksinimlerin karşılanması ve sürdürülmesi olarak tanımlanabilir. Maneviyat, hastalık durumunda veya ölümlle sonuçlanabilecek güç durumlarda kişinin duygularına yönelik kavramsal bir yapı sağlar, kişinin tepkisini pozitif yönde etkileyebilir. Hemşirelik bakımında manevi boyutun ele alınması ve hemşirelerin bu konuya dikkatinin çekilmesi çok önemlidir (6,7).

Palyatif bakım hastalarında manevi yaklaşım hemşireliğin bütüncül kavramı doğrultusunda ayrılmaz bir parçasıdır. Hastanın manevi ihtiyaçlarının belirlenerek bu yönde bakıma katkı sağlanabileceği birçok çalışmada vurgulanmıştır. Dolayısıyla her hemşire manevi bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı ve bu bakımı hastaya etkin bir şekilde verebilmelidir (6).

Manevi bakım ile bireylerin bu konudaki gereksinimleri hemşireler tarafından kabul görmektedir. Fakat ülkemizde bu konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalara bakıldığında, hastaların manevi gereksinimlerinin hemşireler tarafından ihmal edildiği, yeterince farkında olunmadığı ve bakımın yeterli düzeyde verilemediğini göstermektedir (3,7-12). Ülkemizde hemşirelerin manevi bakım algısını değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (7).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım ünitelerinde çalışan ve sadece terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin manevi bakım algısını değerlendiren herhangi bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Bu araştırma sadece palyatif bakım veren hemşirelerin maneviyat algısını değerlendirmesi bakımından farklılık göstermektedir.

YÖNTEM

Bu araştırma, palyatif bakım veren hemşirelerin manevi destek algılarının belirlemesi amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı türde olan bu araştırma Tunceli Devlet Hastanesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yürütüldü. Bu araştırmanın evrenini, sözü edilen hastanelerin palyatif bakım verilen birimlerinde görev yapan tüm hemşireler oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 51 hemşireden veri alındı.

Veri Toplama Araçları

Verilerin, "Hemşire Bilgi Formu", ve "Manevi Destek Algısı Ölçeği" ile elde edilmesi planlanmaktadır.

Hemşire Bilgi Formu

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma koşullarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bu form 8 sorudan oluşmaktadır.

Manevi Bakım Algısı Ölçeği

“Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDA)” Kavas ve Kavas (2014) tarafından Doktor, Ebe ve Hemşirelerin manevi destek konusundaki fikirlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş beşli likert tipi bir ölçektir. Cronbach alpha değeri 0.940’tür. Toplam 15 soru içeren ölçek; tek boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan 0’dan “tamamen katılıyorum” ifadesini taşıyan 4’e doğru yapılmaktadır. 15 maddenin tamamı düz şekilde puanlanmaktadır. Manevi Destek Algısı ölçeği 0-4 arasında puanlanmakta ve maddelere verilen yanıtlar toplanarak ölçek toplam puanı belirlenmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en yüksek puan ise 60’dır. Alınan puanların artması Manevi Destek Algısı ve tutumunun yükseldiğini göstermektedir. Toplam puan ortalaması arttıkça manevi destek kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. Manevi Destek Algısı 0 (Düşük) < 20-40 (Orta) < 60 (Yüksek) olarak değerlendirilmektedir (13).

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 5 Eylül 2019 – 1 Ekim 2019 tarihleri arasında belirtilen palyatif bakım birimlerindeki hemşirelerden araştırmacılar tarafından elde edilmiştir. Hafta içi her gün

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

araştırmacılar tarafından kliniklere gidilerek ortalama 15 dakika içerisinde anketlerin doldurulması sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 21.0 paket programını kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirildi. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma analizlerinin yanı sıra Kruskal-Wallis Varyans, Mann-Whitney U ve Regresyon analizleri kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %66.7'si lisans ve lisansüstü mezunu, %86.3'ü kadın, %51'i 1-5 yıl süre ile palyatif kliniğinde çalışmakta, %80'i 5 yıl üzeri hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin manevi bakım algısı puan ortalaması 64.22 ± 9.25 olarak bulundu. Hemşirelerin manevi bakım algısı puan ortalamaları ile günlük bakım verdiği hasta sayısı arasında negatif yönde bir ilişki bulundu ($p < 0.05$). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, meslekte çalışma süresi ve palyatif bakım ünitesinde çalışma süresi gibi özellikleri ile manevi bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda manevi bakım algısının hasta bakım süresi ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlendi ($R = .281$ $R^2 = .079$ $p < 0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada palyatif bakım veren hemşirelerin manevi bakım algısı yüksek bulundu. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, meslekte çalışma süresi ve palyatif bakım ünitesinde çalışma süresi gibi özellikleri ile manevi bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Kavas ve Kavas da yaptığı çalışma da sağlık çalışanlarının manevi bakımı algılama düzeylerini; cinsiyet, yaş, kıdem ve meslek değişkenlerinin etkilemediğini saptamış, ayrıca araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının "Manevi Destek Algı" düzeyinin yüksek olduğunu belirlemiştir (10).

Çelik ve ark. hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği (MMBÖ) toplam puan ortalamasının yüksek olduğunu belirlemiştir. Kavas ve Kavas ile Çelik ve ark. sonuçlarına göre hemşirelerin manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu ve bu çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Araştırmanın daha büyük örneklem gruplarıyla tekrarlanması ve manevi destek konusunda disiplinler arası çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri VI. Haseki Hemşirelik Sempozyumu 2017;4(2):132-135
2. Kabalak A.A. Türkiye’de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi. 2014; 22(3):121-123.
3. Ergül Ş, Temel-Bayık A. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;23:75–87.
4. Öz F. Spiritualite. Sağlık alanında temel kavramlar. İmaj, 1. Baskı, 2004:1–16.
5. Govier I. Spiritual care in nursing: A systematic approach. Nursing Standard 2000;14:32–6.
6. Erişen M , Karaca Sivrikaya S. Manevi Bakım ve Hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(3): 184-190
7. Çelik A. S , Özdemir F, Durmaz H. Pasinlioğlu, T. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; s:1-12
8. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8:37–45.
9. Kostak AM, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 218-25
10. Kavas E, Kavas N. Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi Denizli örneği. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 10/14 Fall 2015, p. 449-460
11. Çelik İnce S, Utaş Akhan L. Öğrenci Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13 (3): 202-208
12. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/20.04.2019>
13. Kavas, Erkan; Kavas, Nurgül. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği Ve Güvenilirliği. *Electronic Turkish Studies*, 2014, 9.2.

S-47 YAŞAM SONU DÖNEMDE GÖZ ARDI EDİLEN İKİ KAVRAM: PALYATİF BAKIM VE PALYATİF BAKIM ÜNİTELERİ

TWO CONCEPTS İGNORED AT THE END OF LIFE PERİOD: PALLIATIVE CARE AND PALLIATIVE CARE UNITS

Aysel Özdemir, Abdurrezzak Gültekin

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Palyatif bakım; ilerleyici ve tedavisi olmayan hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım organizasyonudur. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak kabul edilir. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler artırılır ve hastanın kaybindan sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesini sağlar. Bu derlemenin amacı; palyatif bakım ve palyatif bakım üniteleri hakkında bilgi vermektir. Palyatif bakım üniteleri Türkiye genelinde her ilçe düzeyinde hizmet vermesi gereken birimlerdir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, palyatif bakım üniteleri, yaşam sonu bakım.

Abstract

Palliative care; is a care organization aimed at improving the quality of life in progressive and untreated diseases. The purpose of this review; to give information about palliative care and palliative care units. Life and death are considered normal processes in palliative care. Death is neither delayed nor accelerated, the aim is to facilitate the transition from life to death. As death approaches, measures to comfort the patient and family are increased, and palliative care after the loss of the patient helps support the family during the mourning process. The purpose of this review; to give information about palliative care and palliative care units. Palliative care units are units required to provide services at the district level in central Turkey.

Key words: Palliative care, palliative care units, end-of-life care.

GİRİŞ

Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımın temel hedefini oluşturur. Bu bağlamda palyatif bakım, insanların içlerinde var olan onuru sözlerle ve davranışlar yoluyla ileten; insanların kaçınılmaz fiziksel kayıpları ile başa çıkarken bütünlüklerini korumalarına yardım eden ve ölmekte olan kişileri onurlandıran ve koruyan bakım olarak tanımlanabilir (1-10). Palyatif

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bakım; ilerleyici ve tedavisi olmayan hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım organizasyonudur (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların ve bakım verenlerin desteklenmesiyle birlikte acılarının hafifletilmesini de amaçlar (12). Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak kabul edilir. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler artırılır ve hastanın kaybından sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesini sağlar. Eskiden palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken, günümüzde palyatif bakım ilkelerinin, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen tüm hastalarda; olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği kabul edilmektedir (13-20). Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şöyle listelemiştir: Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS), ileri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin), Tedaviye yanıtız kanserler, HIV/AIDS, çocuklarda genetik hastalıklar (21).

Geleneksel tıbbi tedavi yaklaşımında tedavilere yanıt vermeyen hastalara sadece son süreçte konfor bakımı uygulanır. Palyatif tıp ise tedavisi mümkün olmayan hastalığın tanısından itibaren tüm süreçlerinde hastaya destekleyici tedaviyi sağlar. Hospis olarak adlandırılan bakım hizmetleri ise palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna çok az ay kala (altı aydan az), ev atmosferindeki birimlerde verilen bir hizmettir. Hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli hedef alır. Her yıl, %6'sını çocukların oluşturacağı, en az 20 milyon insanın yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyacağı, tahmin edilmektedir. Manevi olarak yaşam sonunun kabul edilmiş evrensel bir tanımı olmadığı gibi, kişinin ne zaman yaşam sonuna geçeceği de açık bir şekilde belli değildir. Bu bakımdan palyatif bakım, bütüncül ve insancıl tüm bakım süreçlerini kapsayan ve herkesin hakkı olan bir süreçtir (22-30).

AMAÇ

Bu derlemenin amacı; palyatif bakım ve palyatif bakım üniteleri hakkında bilgi vermektir.

YÖNTEM

Palyatif bakım ve palyatif bakım üniteleri hakkında bilgi vermek amacıyla Kasım 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında Google Akademik, Yöktez, PubMed, Cochrane Library veri tabanlarında “palyatif bakım”, “palyatif bakım ünitesi” ve “yaşam sonu bakım” anahtar kelimeleri ile 2009-2019 tarihleri arasındaki çalışmaları kapsayacak şekilde tarama yapılmış ve sonuçlar literatür ışığında paylaşılmıştır.

1. Palyatif Bakım Tarihiçesi

İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa’da kurulmuştur. Modern anlamda palyatif bakım ise 1967’de Londra’da St Christopher’s Hospisinin açılmasıyla Dr. Cicely Saunders’in liderliği altında tarihe geçmiştir. İlk zamanlar palyatif bakım kavramı hospis bakımının yerine kullanılmıştır. Ancak hospislerde Ortaçağdan itibaren Hıristiyanlıkta dini yardım kuruluşları olarak hizmet vermektedir ve yaşam sonunda manevi bakım verilmektedir. Bu nedenle hospis teriminin yaygın olarak kullanılmayacağı görülmüş ve Balfour Mount 1975’te “palyatif bakım” terimini kullanmıştır. Palyatif bakım terimi sağlık çalışanları tarafından da hızla kabul edilmiş, palyatif tıp hekimleri, palyatif bakım hemşireleri ve özel palyatif bakım hizmetleri olarak kullanılmaya başlanmıştır.

2002 yılında ise DSÖ palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlamıştır (31).

2. Palyatif Bakım Hemşiresi

Hemşireler, hasta ile en çok iletişim kuran palyatif bakım ekip üyesidir. Palyatif bakım hemşiresinin bir hastaya olan yaklaşımları şöyle olmalıdır: Hastanın tedavisine ilişkin gerekli bilgilendirmeleri yaparak tedavinin sürdürülmesini sağlamak, hasta ve yakınları ve diğer ekip üyeleri ile etkili iletişimi ve koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde hasta ve yakınlarına danışmanlık yapmak, hastaya gereksiz işlemlerin yapılmasını önleyerek, hasta savunuculuğu rolünü üstlenmek ayrıca bakımın sorumluluğunu üstlenerek hasta ve yakınlarına ve diğer ekip üyelerine liderlik yapabilmektir. Kısacası palyatif bakım ekibi içerisinde hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rollerini üstlenmekte ayrıca palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerini yerine getirmektedirler (32-38).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, hemşirelerin birçok alanda bilgili ve becerikli olmalarını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmanın temelinde, hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin içgörü kazanmaları yatar. Bu nedenle hemşirelerin

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailesinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtırlar (39).

Ölmekte olan hasta ve ailelerine bakım veren hemşirelere yani yardım edenlere yardım etmek büyük önem taşımaktadır. Bu yardımın ilk adımı hemşirelerin eğitimleri sırasında atılmalıdır. Hemşirelik eğitim müfredatında ölüm, ölüme ilişkin tutumlar ve palyatif bakım detaylı, sadece teorik olarak değil klinik uygulamalı biçimde yer almalıdır. Bu süreçte ölüme yönelik tutumlarını fark eden hemşirelik öğrencisi edindiği bilgi, deneyim ve uygun danışmanlıkla olumsuz tutumlarını değiştirme ve kendi ölüm kaygısıyla etkili başetme fırsatını bulacaktır (40).

3. Palyatif Bakım Ünitelerinin Çalışma Şekli

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Temel amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Palyatif bakım ünitelerinde en çok kontrol edilmeye çalışılan belirtiler; ağrı, anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybıdır. Yaşam sonu dönemde görülen ağrı, yaşam kalitesini; anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı ise hastalığın seyrini etkileyen en önemli semptomlar olup, tedavileri öncelikli olarak planlanmalıdır (41).

Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin acı çekme sürecini ele almak ve bu süreci aile ile birlikte yürütmektir. Tedavi hasta ve yakınlarının sosyokültürel yapısına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı, bakımın sürekliliği sağlanmalı ve üniteye herkes tarafından bakıma eşit erişim sağlanmalıdır.

Diğer taraftan palyatif bakım, tedavi seçeneklerinin azalması, prognoz giderek kötüleşmesi, ağrı ve diğer belirtilerin kontrolünün yetersiz kalması, gerekli teknik desteğin sağlanamaması ve bu alana ilişkin gelişmiş bakım planının sınırlılığı nedeniyle çok sayıda sorunu beraberinde getirmektedir. Palyatif bakımın karmaşık yapısı bu dönemde kaliteli bakımın nasıl sağlanabileceği konusunda sıkıntı yaratabilir (43-45).

Hasta servisleri ve yoğun bakımlar palyatif bakım gerektiren hastalarda semptom yönetimi açısından yeterli olmayabilir. Palyatif hasta bakım üniteleri oluşturulması, etkili palyatif bakım hizmetinin sunulmasına olanak sağlayacak, kaynak kullanımını ve hastane masraflarını azaltacaktır. Türkiye’de gerçek anlamda palyatif bakım merkezi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bulunmamaktadır, olan merkezler destek tedavisi vermektedirler ve birçoğu ağrı merkezi şeklinde kanser hastalarına hizmet vermektedir (44).

Ülkemizde çocuk yoğun bakım ünitelerinin sayısı yetersiz iken maalesef ki pediatrik palyatif bakım üniteleri ise hiç bulunmamaktadır. Bozan çalışmasında çocuk palyatif bakım servislerinin açılması ve yaygınlaşmasının enfeksiyonların, tedavi maliyetlerinin ve uzun süre yatışın azalmasına yardımcı olacağını ayrıca çocuğun ebeveynleriyle daha fazla vakit geçirmesine olanak sağlayacağını belirtmiştir (40).

4. Türkiye ve Palyatif Bakım

Ülkemiz için palyatif bakım kavramı oldukça yenidir ve daha çok kanser hastalarını kapsayan bir hizmet olarak başlamıştır. Öyle ki 2010 yılında başlatılan Palya-Türk projesi ile kanser hastaları için palyatif bakım hizmetleri ön plana çıkartılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan kanser dışı hastaların oranı % 66'dır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre de palyatif bakıma ihtiyaç duyan kanser dışı hasta oranı % 61,6 ve %56,1 olarak belirlenmiştir. 2019 Ocak ayı itibari ile 81 ilde 4.704 yatak ile 355 sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti verilmektedir (46).

Palyatif bakım hizmetleri hakkında yönerge 7 Temmuz 2015 tarihinde yürürlüğe girmiş ve yönerge ile ikinci ve üçüncü basamak merkezlerde “yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireyelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak”, standartlarını, sorumluluklarını, denetimini düzenlemek amaçlanmıştır. Bu merkezlerde çalışacak personel değerlendirildiğinde merkezlerde palyatif bakım sunumunda yer alması önerilen çok disiplinli alanlardan yalnızca sorumlu hekim, hemşirenin yer aldığı psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen gibi alanların tam zamanlı olmadığı ve ihtiyaç halinde hastane içinden ve dışından karşılanacağı belirtilmiştir.

Yönergede birçok eksik kısım bulunmaktadır. Öyle ki palyatif bakım merkezlerinde yaşam sonu hizmet alan hastalara ne tür hizmetlerin verileceği ve bu hizmetlerin kapsamı ve içerikleri ile ilgili net bir tanım bulunmamaktadır. Dinçer çalışmasında palyatif bakım alan hastalara resüsitasyon uygulanmasının hem etik hem de yasal açıdan ikilem oluşturduğunu belirtmiştir (47-50).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar geniş bir çeşitlilik gösterir ve her yaş grubundan hastayı kapsar. Ülkemizde yetişkin palyatif bakım ünitelerinin yaygınlaştırılması ve acilen çocuk ve adolesanlar için de bu hizmetin başlaması gerekmektedir. Palyatif bakım gerektiren hastalar için hastanelerde bu amaçla ayrılmış birimlerin ve ekibin olmaması yaşam kalitesine yönelik bir bakımın uygulanmaması, yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması önemli bir sorundur. Ayrıca, bu hastaların uzun sürelerle hastanede yatak işgali tedavi edilebilir hastalıklara sahip hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sağlık personeli gücünün ve hastane olanaklarının etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Ülkemiz hasta profili göz önüne alınarak yasal ve etik düzenlemelerle birlikte yeterli sayıda palyatif bakım ünitesi ve donanımlı sağlık çalışanının yetiştirilmesi beklenmekte; aynı zamanda konu ile ilgili çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:253-260.
2. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(2):178-87.
3. Dinçer M. Palyatif bakım hastalarına resüsitasyon uygulayan sağlık çalışanlarının deneyimleri. *Ankara Med J*, 2019;(1):21-31.
4. Heller A, Wegleitner K. Dying and death in societal transformation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2017;60(1):11-7
5. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. *Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), World Health Organization*. 2014.
6. Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*. 2017;10(3):240-4.
7. Akyol A. Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010;26:59-72.
8. Dincer M, Kahveci K, Doger C. An Examination of Factors Affecting the Length of Stay in a Palliative Care Center. *Journal of palliative medicine*. 2018;21(1):11-5.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. J Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(1):74-80.
10. Pediatric Palliative Care and Hospice Care Commitments, Guidelines, and Recommendations. Pediatrics. 2013; 132(5): 966–72.
11. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliative medicine. 2014;28(8):1000-25.
12. Faguet GB. Quality end-of-Life cancer care: An overdue imperative. Critical reviews in oncology/hematology. 2016;108:69-72.
13. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg 2011;1:21-25.
14. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. Journal of pain and symptom management. 2014;47(1):77-89.
15. Girotra S, Chan PS, Bradley SM. Post-resuscitation care following out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest. Heart (British Cardiac Society). 2015;101(24):1943-9.
16. Abella BS. High-quality cardiopulmonary resuscitation: current and future directions. Current opinion in critical care. 2016;22(3):218-24.
17. Cevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. Cancer Nurs 2013;36(6):E58-E65.
18. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):119-124.
19. Matsui M, Braun K. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adult. Int J Palliat Nurs 2010;16(12):1-9.
20. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. Int J Palliat Nurs 2012;18(6):267-273.
21. Kumar SP, Chris E, Pais M, Sisodia V, Kumar KV. Nursing students' perceived attitudes towards death: a cross-sectional survey. Indian Journal of Forensic Medicine & Pathology 2014;7(1):5-15.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2010;37(1):E43-E50.
23. Hain R, Heckford E, McCulloch R. Paediatric palliative medicine in the UK: past, present, future. *Arch Dis Child*. 2011 28;97(4):381-4.
24. Bora E, Baysan L. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(1).
25. Özkan F, Şahinoğlu AH. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan 967 hastanın retrospektif analizi. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* 2009;26:62-67.
26. Paccagnella A, Morassutti I, Rosti G. Nutritional intervention for improving treatment tolerance in cancer patients. *Curr Opin Oncol* 2011;23(4):322-30.
27. Topçu Ç, Baker ÖE, Aydın YÇ. Temel empati ölçeği Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *J Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;4(34).
28. Bora E, Baysan L. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(1).
29. Topçu Ç, Baker ÖE, Aydın YÇ. Temel empati ölçeği Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *J Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;4(34).
30. Feudtner C, Kang TI, Hexem KR, Friedrichsdorf SJ, Osenga K, Siden H, et al. Pediatric Palliative Care Patients: A Prospective Multicenter Cohort Study. *Pediatrics*. 2011; 127(6): 1094-101.
31. Smith AG, Andrews S, Bratton SL, Sheetz J, Feudtner C, Zhong W, et al. Pediatric Palliative Care and Inpatient Hospital Costs: A Longitudinal Cohort Study. *Pediatrics*. 2015; 135(4): 694-700.
32. Menekli T, Fadıloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(4):222-229.
33. Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs* 2003;19(5):305-312.
34. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):13-21.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

35. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. CBU-SBED 2015; 2(2):41-46.
36. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H ve ark. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. Ağrı 2014; 26(2):47-56.
37. Eyigor S. Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer. J Palliat Med 2010;13(10):1183-4.
38. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. J Support Oncol 2009;7(1):27-34.
39. Bozan G, Dinleyici EC, Bozan G ve ark. Palliative care need in pediatric intensive care unit: single center experience. Osmangazi Journal of Medicine 2019
40. Cherny N. The oncologist's role in delivering palliative care. Cancer J 2010;16(5):411-22.
41. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010; 1: 1-6.
42. Akyol AD. Son dönem böbrek yetmezliği (sdby) olan hastada palyatif bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1):31-41.
43. Koshy AN, Mace R, Youl L et al. Contrasting approaches to end of life and palliative care in end stage kidney disease. Indian J Nephrol 2012; 22(4):307-9.
44. Karadeniz G. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastanın palyatif bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2011; 8(1):1-10.
45. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
46. Elçiğil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012; 54(4):329-334.
47. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı. Palyatif Bakım Ünitesi Görüş 13.09.2012 Tarih ve B.10.THK.0.11.00.00-45.02 Sayılı Yazı.
48. Sağlık Bakanlığı; 09.10.2014 Tarih ve 640 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2014.
49. Sağlık Bakanlığı; 07.07.2015 Tarih ve 253 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 2015.
50. Sağlık Bakanlığı; Palyatif Bakım Merkezlerinin ve Yatakların Sayısı, Ocak 2019,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-48 MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PALYATİF BAKIM DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF PALLIATIVE CARE AT MALATYA TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Zeliha Korkmaz Dişli¹, Sibel Duman²

¹ Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü¹

² Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bölümü

Özet

Giriş:Palyatif bakım; en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır.

Amaç:Bu çalışmada palyatif bakım ünitemizde izlediğimiz hastalarımızın dosyalarını geriye dönük değerlendirmeyi amaçladık.

Araç ve Gereçler:08.2016 – 04.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Ünitemizde toplam 654 hastaya hizmet verildi. Bu hastaların 341'i kadın, 313'ü erkek, yaş ortalaması 73,23, ortalama yatış süreleri 18,1 gündü. Hastaların 169'u kanser, 143'ü nörolojik hastalıklar, ve 117'si diğer hastalıklar sebebiyle sıralanarak yatırıldı. Hastaların 452'si taburcu edilirken, 202'si vefat etmiştir. 23 hastaya PEG takılmıştır. En sık kullanılan ilaçlar antibiyotikler, antihipertansifler ve oral beslenme ürünleri idi. Hastaların başvuru sebepleri ağrı (%79) ve genel durum bozukluğu (%71) sırasıyla devam etti.

Tartışma:Bu çalışma semptom sıklığımızı ve en sık kullanılan ilaçları tespit edebilmemizi sağladı. Palyatif bakım gerektiren hastalarda gözlenen komplikasyonlar birçok çalışma gibi bizimkinde de benzerdi.

Sonuç: Çalışmamızın, yeni kurulacak palyatif kliniklerine yol gösterici olabileceğini umut etmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım, Semptom, İlaç sıklığı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Abstract

Background and Purpose: Palliative care is multidisciplinary. In this study, we aimed to retrospectively evaluate the files of our patients.

Methods: We were retrospectively reviewed the files of the patients who hospitalized in the Palliative Care Unit of Malatya Training and Research Hospital between 08.2016 and 04.2019.

Results: 341 were female, 313 were male (654), mean age was 73.23 and mean hospital stay was 18.1 days. 169 patients were hospitalized for cancer, 143 patients for neurological diseases and 117 patients for other diseases. 452 of the patients were discharged and 202 died. 23 patients received PEG. The most commonly used drugs were antibiotics, antihypertensives and oral nutrition products. Reasons for admission were pain (79%) and general condition disorder (71%) respectively.

Discussion: This study provided symptom frequency and identify the most commonly used drugs. Complications observed were similar in ours as in many studies (2,3).

Result: We hope that our study can guide new palliative clinics.

Key words: Palliative Care, Symptom, Drug frequency

254

GİRİŞ-AMAÇ

Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır (1). Bu çalışmada palyatif bakım ünitemizde izlediğimiz hastalarımızın geriye dönük değerlendirilmesini amaçladık.

ARAÇ VE GEREÇLER

08.2016 – 04.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi.

BULGULAR

Palyatif ünitemizde, Ağustos 2016-Nisan 2019 tarihleri arasında toplam 654 hastaya hizmet verildi. Bu hastaların 341'i (%52,15) kadın, 313'ü (%47,85) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 73,23 tü. Hastaların ortalama yatış süreleri 18,1 gündü. Bu hastaların 333'ü

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

servislerden, 245'i poliklinikten , 76'sı ise acilden palyatif bakım ünitesine yatırılmıştır. Hastaların 452'si taburcu edilirken, 202'si vefat etmiştir. 23 hastaya PEG takılmıştır.(Tablo 1) Ünitimizde tedavi gören hastaların 169'u kanser sebebiyle, 143'ü nörolojik hastalıklar, 117'si diğer hastalıklar sebebiyle, 77'si solunum yolu hastalıkları 68'i beslenme bozukluğu, 33'ü kardiyovasküler hastalıklar, 26'sı GİS problemleri ve 21'i ortopedik sorunlar nedeniyle yatırılmıştır. (Tablo 2) Palyatife yatırılan malignite hastalıklarında en sık akciğer kanseri tanısı varken nörolojik hastalıklarda en sık Alzheimer tanısı vardı. (Tablo 3) En sık kullanılan ilaçlar antibiyotikler, antihipertansifler ve oral beslenme ürünleri idi. (Tablo 4) Hastaların başvuru sebepleri ağrı (%79), genel durum bozukluğu (%71), anoreksi (%60) ve kilo kaybı (%60) sırasıyla devam etti (Tablo 5).

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (S:654)

Hastaların yaş ortalaması	73,23
Acil servisten alınan hasta sayısı	76
Poliklinikten alınan hasta sayısı	245
Servisten nakil hasta sayısı	333
Ex sayısı	202
Dış merkeze sevk	4
Başka servise nakil sayısı	99
Ortalama yatış günü	18.01
Taburcu olan hasta sayısı	548
PEG takılan hasta sayısı	23

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 2. Hastaların Yatış Endikasyonları ve Sayıları

Malignite hastalıkların sıralaması	Nörolojik hastalıkların sıralaması;	Beslenme bozukluğu sıralaması;	Tanımları ve Sayıları (S:654)
Akciğer CA	Alzheimer hastalığı	Son dönem kalp hastalıkları	Kanser (169)
Mide CA	Serebrovasküler hastalıklar	Son dönem kronik obstruktif akciğer hastalığı	Nörolojik (143)
Pankreas CA	Parkinson	Son dönem kronik böbrek yetmezliği	Diğer Hastalık (117)
Kolon CA	Multipl skleroz hastalığı	Diğer nedenler (GİS kanama, son dönem DM, postoperatif hasta)	Solunum Yolu Hastalıkları (77)
Prostat CA	Serebral palsi		Beslenme Bozukluğu (68)
Meme CA			Kardiyovasküler Hastalıklar (33)
Over CA			GİS Problemleri (26)
			Ortopedik Hastalık (21)

TARTIŞMA

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte tüm kronik hastalıkların görülme sıklığında artış gözlenmektedir. palyatif bakım ciddi hastalıklarda, bakım ve tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının bu hastalıklarla baş etmesini sağlayabilmektedir. Günümüzde sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artması palyatif bakımın yeni bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yer almasını sağlamıştır. Bu çalışma palyatif bakım kliniğinde yatan hasta profilini, bu hasta popülasyonunda görülen semptom sıklığını ve tedavide en sık kullanılan ilaçları tespit edebilmemizi sağladı. Palyatif bakım gerektiren hastalarda gözlenen komplikasyonlar birçok çalışma gibi bizimkinde de benzerdi.(2,3) Çalışmadaki sonuçlarımızın, yeni kurulacak palyatif kliniklerine yol gösterici olabileceğini umut etmekteyiz.

KAYNAKÇA

1. Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 2582- 90
2. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care 2011;9:1-2.
3. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. Journal of Family Practice 1992;35:201-8.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-49 HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM HASTALARI İLE İLETİŞİME GEÇME DURUMLARI ÇALIŞMA MOTİVASYONLARINI ETKİLER Mİ?

DO THE NURSES' CONDITIONS OF COMMUNICATION WITH PALIATIVE CARE PATIENTS EFFECT WORK MOTIVATIONS?

Seher Çevik Aktura¹ Özlem Soylu²

¹ Hemşirelik Esasları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Araştırmanın amacı, hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumlarının çalışma motivasyonlarını etkileyip etkilemediğini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırma, Turgut Özal Tıp Merkezi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip hemşirelerin tamamı örneklem grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini 134 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Katılımcı Tanıtım Formu ve Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde ise, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U testi, One Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının 29.78 ± 5.27 olduğu, %67.9' unun kadın olduğu, %91.8' inin lisans mezunu olduğu ve %52.2' sinin evli olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %85.8' i hem gündüz hem gece çalıştığını, %90.3' ü yoğun bakım hemşiresi olduğunu, %97' si hastaya bakım verirken iletişime geçmeye çalıştığını, %97.8' i sözlü iletişime geçtiğini ve %87.3' ü hastaya ismi ile hitap ederek iletişime geçmeye çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin %45.5 hasta ile ilk kez iletişime geçtiğinde hastaya yardım edebileceğini hissettiğini belirtmiştir. %47.8' i hasta ile iletişime geçemediğinde hayal kırıklığı yaşadığını ve %91.8' i hastanın her yanına gittiğinde iletişime geçmeye çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin hastaya bakım verirken iletişime geçme durumları, hasta ile ilk kez iletişime geçtiklerinde hissettikleri ve hasta ile iletişime geçmeye çalışma sıklığı ile iş motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırmada, hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumlarının çalışma motivasyonlarını etkilemediği saptanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar kelimeler: çalışma motivasyonu, hemşire, iletişim, palyatif bakım hastaları

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate whether nurses' communication with palliative care patients affected their motivation to work.

Materials and methods: This descriptive study was conducted with nurses working in the intensive care units of Turgut Özal Medical Center. In the study, no sample selection was made and all the nurses were included in the sample group. The sample of the study consisted of 134 nurses. The data of the study was collected by using Participant Identification Form and Multidimensional Business Motivation Scale. Percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, One Way ANOVA and Kruskal-Wallis tests were used in the analysis of the research data.

Results: The mean age of the nurses was 29.78 ± 5.27 , 67.9% were women, 91.8% were undergraduate and 52.2% were married. 85.8% of the nurses worked both day and night, 90.3% were intensive care nurses, 97% tried to contact the patient while providing care, 97.8% communicated verbally, and 87.3% addressed the patient by name. stated that it works. 45.5% of the nurses felt that they could help the patient when they first contacted the patient. 97.8% stated that they were happy to communicate with the patient, 47.8% stated that they were disappointed when they could not communicate with the patient and 91.8 reported that they tried to contact each time they went to the patient. There was no significant relationship between the nurses' contacting status while giving care to the patient, the feelings they felt when they first contacted the patient, and the frequency of trying to contact the patient ($p > 0.05$).

Conclusion: In this study, it was found that the communication status of nurses with palliative care patients did not affect their motivation to work.

Key words: communication, nurse, palliative care patients, work motivation

GİRİŞ

İletişim insanın olduğu her yerde bulunmaktadır ve nefes almak gibi vazgeçilmez bir yaşam unsurudur. Etkili iletişim teknikleri her meslek grubunda ve her kişiler arası iletişimde kolaylaştırıcı faktör olarak etkili olmaktadır. Meslek sahiplerinin başarısı etkin iletişim

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

becerilerine bağlı konuma gelmiştir¹. Yardım edebilmek için bakım verdiğimiz bireylere ulaşabilmemiz için bireyi anlamamız, onun farkına varmamız ve ona güvenmemiz gerekir. Hemşirenin hastaya ulaşması için temel araç iletişimidir. Hasta için etkili iletişim ölçütü kendilerini anlaşılabilir hissetmeleridir².

Hemşire, sağlık hizmeti ihtiyacı olan bireye bu hizmeti veren meslek grubudur. Hemşireler her yaşta, her sosyo-kültürel düzeyde, her eğitim düzeyine sahip bireye vs. bakım vermektedirler. Dolayısıyla farklı gruplarla iletişime geçmek zorundadırlar. Bu iletişimlerde ise, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde esas olan ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıktan sapan durumlar ile ilişkili sorunlarla baş edebilmelerine yardımcı olmak için birtakım faaliyetler yapılmakta, gösterilen tepkiler değerlendirilerek geri bildirimler verilmekte, uygun bakım ve takip işlemleri oluşturulmakta ve hastanın böylece bireyselleştirilmiş bakım alması sağlanmaktadır^{3,4}.

Hasta olan bireyin iletişime ve kendini ifade etmeye ihtiyacı vardır. Hastalarla sürekli zaman geçirmesi ve bakım vermesi açısından hemşireler bu konuda kilit noktadadır. Hasta ile hemşire arasındaki ilişkinin doğru ve güçlü olması son derece önemlidir. Doğru bir iletişim hastanın tedaviye uyumunu, refahını ve memnuniyet düzeyini artırırken, hemşirenin de daha hızlı, mutlu ve stresi az bir ortamda çalışmasını sağlamaktadır. İyi bir iletişim hem hasta hem de hemşire için güvenli bir ortam oluşturur⁵.

Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek- uygulamak, bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişim önemli bir araçtır. Yaşamın her evresinde bulunan, fakat sağlıktan sapan durumunda daha da önem kazanan iletişim becerisi tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyle ilk karşılaşmadan itibaren dikkate alınması, kullanılması gereken önemli bir beceridir⁶. Bu nedenle hasta değerlendirilirken ve ihtiyaçları belirlenirken zaman zaman problemler görülebilmektedir. Bu sorunların giderilmesinde de iletişim becerisi önemlidir. İletişimsizlik ya da kötü iletişim hastaların tedaviye uyumunu güçleştirirken, hastanın güvenini ve refah durumunu olumsuz etkilemekte, hemşirelerin ise hasta grubunu zor olarak nitelendirmesine ve iş ortamı ile ilgili negatif düşüncelerine sebep olabilmektedir. Hemşire hasta arasındaki sorunlar genellikle hasta ve hastalık özellikleri, hemşirelerin özellikleri ve aldıkları hemşirelik eğitiminin özellikleri ile ilgilidir⁷.

Hasta bakımının kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini geliştirmek öncelikle hemşireler ve diğer disiplinler arasındaki iletişim becerilerini geliştirmek ile mümkün olmaktadır. Ayrıca

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bakım odaklı etkili iletişim hasta bakımına olumlu yönde yansımaktadır. Hasta ile işbirliği yaparak tedavisine katılımını sağlamak için iletişim önemli bir yoldur⁸.

Palyatif bakım gibi ciddi hastalıkları olan bireyler için iletişim daha da önemli bir hal almaktadır. Palyatif bakım, ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır. Sorunlardaki çeşitlilik ve ciddi tanılar nedeniyle palyatif bakımda iyi bir ekip ve sağlık profesyonelleri hasta iletişimi, sürecin başarıya ulaşması açısından önemlidir⁹. İletişim iyi olması hemşirelerinde, duygusal yük olarak diğer kliniklerden daha yoğun olan palyatif bakım birimlerinde çalışmasını kolaylaştırmaktadır¹⁰. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumları ile çalışma motivasyonlarını ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı türde olan araştırma, Turgut Özal Tıp Merkezi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip hemşirelerin tamamı örneklem grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemi 134 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Katılımcı Tanıtım Formu ve Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Katılımcı Tanıtım Formu; Katılımcı tanıtım formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleğe ait özellikleri ve yoğun bakımda iletişime yönelik görüşlerini sorgulayan toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği; Gagne, Forest, Gilbert, Aube, Morin ve Malorni tarafından 2010 yılında geliştirilen Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği (ÇBİMÖ) Likert tip olup, 19 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye ilişkin cevaplama 5 derece üzerinden hiç uygun değil (1), uygun değil (2), kararsızım (3), uygun (4), tamamen uygun (5) arasında yapılmaktadır. Ölçek orijinalinde altı alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler motive olmama (amotivation), dışsal düzenleme-sosyal (extrinsic regulation social), dışsal düzenleme-maddesel (extrinsic regulation material), içe yansıtılan düzenleme (introjected regulation), kişisel düzenleme (identified regulation) ve içsel motivasyondur (intrinsic motivation)¹

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

	Sayı(n)	%	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	134		29.78±5.27
Cinsiyet			
Kadın	91	67.9	
Erkek	43	32.1	
Eğitim durumu			
Lise	5	3.7	
Lisans	123	91.8	
Lisansüstü	6	4.5	
Medeni Durum			
Evli	70	52.2	
Bekar	64	47.8	
Çalışma şekli			
Sadece Gündüz	19	14.2	
Hem gündüz hem gece	115	85.8	
Çalışma pozisyonu			
Yoğun bakım hemşiresi	121	90.3	
Yoğun bakım sorumlu hemşiresi	13	9.7	
Hastaya bakım verirken iletişim kurma durumu			
Evet	130	97	
Hayır	4	3	
Hastayla iletişim kurma şekli *			
Sözlü	131	97.8	
Jest ve mimiklerle	84	62.6	
Dokunsal	88	65.7	
Hasta ile iletişimi başlatma şekli*			
İsmiyle hitap etmek	117	87.3	
Merhaba vb. kelimelerle seslenmek	91	67.9	
Yaptığı işleri açıklamak	86	64.2	
Tarih ve saati söylemek	38	28.4	
Toplumdaki güncel olaylardan bahsetmek	19	14.2	
Nasıl olduğunu sormak	107	79.9	
Hasta ile ilk kez iletişime geçildiğinde hissettikleri			
Mutlu olmak	37	28.7	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Motivasyonu artmak	31	24
Hastaya yardım edebileceğini hissetmek	61	47.3
Hasta ile iletişime geçme durumunun hemşireyi mutlu/memnun etme durumu		
Evet	131	97.8
Hayır	3	2.2
Hastadan cevap alınmadığında hissedilenler*		
Hayal kırıklığı hissetmek	38	28.4
Mutsuz olmak	54	40.3
Motivasyonu düşmek	64	47.8
Hastaya yardım edemediğini hissetmek	65	48.5
Hastayla iletişime geçme sıklığı		
Her yanına gittiğinde	123	91.8
Sadece bakım verdiğinde	9	6.7
İlk karşılaştığında	2	1.5
Hiç	-	-

Araştırmada hemşirelerin yaş ortalamalarının 29.78 ± 5.27 olduğu, %67.9'unun kadın olduğu, %91.8' inin lisans mezunu, %52.2'sinin evli olduğu, %85.8'inin hem gece hem gündüz çalıştığı, %90.3' ünün yoğun bakım hemşiresi pozisyonunda çalıştığı, %97'sinin bakım verirken hastayla iletişim kurduğu, %97.8' inin hasta ile iletişim kurarken sözlü iletişimi kullandığı, %65.7'sinin ise hastayla iletişim kurarken hastayla dokunsal olarak iletişim kurduğu, %87.3' ünün iletişimi hastaya merhaba diyerek başlattığı, %47.3' ünün hastayla iletişime geçtiğinde hastaya yardım ettiğini hissettiği, %97.8' i hastayla iletişime geçince memnun olduğu, %48.5' inin hastadan cevap alınmadığında, hastaya yardım edemediğini hissettiği, %47.8' inin ise bu durumda motivasyonlarının düştüğü ve %91.8'inin her yanına gittiğinde hastayla iletişime geçtiği bulunurken, %1.5'inin sadece hastalarla ilk karşılaştıklarında iletişime geçtikleri görüldü.

Tablo 2. Hemşirelerin ÇBİMÖ puan ortalamaları

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$	Alınan Min.-Max. Puanlar
ÇBİMÖ alt boyutları		
Motive Olamama	4.7±2.3	3-15
İçsel Motivasyon	8.6±2.9	3-15
Dışsal Düzenleme-Sosyal	6.4±2.8	3-14
Kişisel Düzenleme	11.3±2.8	3-15

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Dışsal Düzenleme-Maddesel	7.2±2.4	3-14
İçe Yansıtılan Düzenleme	11.6±2.5	3-15

Çalışmada Hemşirelerin ÇBİMÖ motive olamama alt boyut puanının 4.7±2.3 olduğu ve motivasyon düzeylerinin yüksek olduğu görüldü. Hemşirelerin içsel motivasyon, dışsal sosyal düzenleme ve Dışsal maddesel düzenleme alt boyut ortalamalarının sırasıyla 8.6±2.9,6.4±2.8 ve 7.2±2.4 olduğu ve orta düzeyde içsel motivasyon, yine orta düzeyde dışsal sosyal ve maddesel düzenlemeye sahip oldukları görüldü. Aynı zamanda hemşirelerin kişisel ve içe yansıtılan düzenleme alt boyut puan ortalamalarının 11.3±2.8 ve 11.6±2.5 olduğu bulundu. Buna göre hemşirelerin kişisel ve içe yansıtılan düzenlemelerinin yüksel olduğu görüldü.

Tablo 3. Hemşirelerin iletişime özgü özellikleri ile ÇBİMÖ ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Motive Olamama	İçsel Motivasyon	Dışsal Düzenleme-Sosyal	Kişisel Düzenleme	Dışsal Düzenleme-Maddesel	İçe Yansıtılan Düzenleme
Hastaya bakım verirken iletişim kurma durumu						
Evet	4.5±2	8.7±2.9	6.4±2.8	11.3±2.8	7.2±2.4	11.6±2.5
Hayır	10±4.3	6.4±2.8	7.2±2.7	10.2±3.8	7±1.1	12.2±1.2
İstatistiksel test ve anlamlılık	Z=-2892 p=0.004	Z=-1.459 p=0.145	Z=-0.668 p=0.504	Z=-0.612 p=0.541	Z=-0.251 p=0.802	Z=-0.254 p=0.799
Hasta ile ilk kez iletişime geçildiğinde hissettikleri						
Mutlu olmak	3.9±1.7	9±3	6.4±2.6	12.1±1.9	8±2.6	12.5±1.7
Motivasyonu artmak	5±3.1	8.2±3	6.6±2.8	11±3.4	7±2.6	11.3±2.9
Hastaya yardım edebileceğini hissetmek	4.8±1.9	8.6±2.9	6.3±2.9	10.9±2.9	6.9±2.1	11.1±2.6
İstatistiksel test ve anlamlılık	F=2.677 p=0.073	F=0.594 p=0.554	F=0.113 p=0.893	F=2.349 p=0.1	F=2.967 p=0.055	F=3.737 p=0.026
Hasta ile iletişime geçme durumunun hemşireyi mutlu/memnun etme durumu						

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Evet	4.6±2.2	8.7±2.9	6.4±2.8	11.3±2.8	7.2±2.4	11.6±2.5
Hayır	8±3.6	5±2	7.6±3.2	11.6±2	6.3±0.5	12.3±1.5
İstatistiksel test ve anlamlılık	Z=-2.154 p=0.031	Z=-2.064 P=0.059	Z=-0.806 P=0.420	Z=-0.161 P=0.872	Z=-0.919 P=0.358	Z=-0.269 P=0.788
Hastayla iletişime geçme sıklığı						
Her yanına gittiğinde	4.5±2.2	8.7±2.9	6.4±2.8	11.4±2.8	7.2±2.4	11.6±2.5
Sadece bakım verdiği	6.2±3.5	7.5±3.3	6.6±3	10.2±2.8	7.6±2.5	10.7±3.3
İlk karşılaştığında	9.5±3.5	6±1.4	7±4.2	10.5±0.7	6.5±0.7	11.5±0.7
İstatistiksel test ve anlamlılık	KW=8.851 p=0.012	KW=2.965 p=0.227	KW=0.106 p=0.948	KW=3.047 p=0.218	KW=0.642 p=0.725	KW=0.95 p=0.622

Araştırmada hemşirelerin hastaya bakım verirken iletişim kurma durumuna göre ÇBİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verirken hastayla iletişim kuran hemşirelerin motivasyon durumlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Hemşirelerin hastaya bakım verirken iletişim kurma durumuna göre ÇBİMÖ' nin diğer alt boyutlarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Araştırmada hasta ile ilk kez iletişime geçildiğinde hemşirelerin hissettikleri açısından ÇBİMÖ alt boyut puan ortalamaları arasında içe yansıtılan düzenleme haricinde gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Hastalarla ilk kez iletişime geçerken mutlu hisseden hemşirelerin içe yansıtılan düzenlemelerinin önemli düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Araştırmada hasta ile iletişime geçme durumunun hemşireyi mutlu/memnun etme durumuna göre ÇBİMÖ alt boyutları arasında sadece motive olamama alt boyutunda gruplar arasında önemli fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Hasta ile iletişime geçerken memnun olan hemşirelerin motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulundu. Benzer şekilde hastayla iletişime geçme durumlarına göre gruplar arasında sadece motive olamama alt boyutları arasında önemli fark olduğu görüldü ($p<0.05$).

SONUÇ

Araştırma sonucunda hemşirelerin hastalarla iletişime geçme sıklığının, bakım verirken hastayla iletişime geçme durumlarının ve hastayla iletişime geçince mutlu hissetmenin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hemşirelerin motivasyonlarını yükselttiği bulundu. Hasta ile ilk kez iletişime geçince mutlu olan hemşirelerin içe yansıtılan düzenlemelerinin yüksek olduğu görüldü. Araştırmada, hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumlarının ÇBİMÖ diğer alt boyutlarını etkilemediği saptandı. Etkin hasta- hemşire iletişiminin önemi konusunda farkındalık eğitimlerinin yapılması, hemşirelerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastalarla iletişimi kolaylaştıracak yolların ortaya konulması, araştırmanın daha geniş ve farklı gruplarla tekrar edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Arslan, B. Ş., Göktaş, A., & Buldukoğlu, K. (2019). Orjinal Makale" Size nasıl hitap edilmesini istersiniz?": Hemşire-hasta iletişiminde kullanılan hitap şekli ve hemşirelik bakımı arasındaki ilişki.
2. Kaçmaz, E. D., & Çam, M. O. (2019). Review of caring nurse-patient interaction for nurses caring for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 65-74.
3. Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in critical care*, 23(2), 88-94.
4. Philip, S., Woodward-Kron, R., Manias, E., & Noronha, M. (2019). Overseas Qualified Nurses'(OQNs) perspectives and experiences of intraprofessional and nurse-patient communication through a Community of Practice lens. *Collegian*, 26(1), 86-94.
5. Van der Wal, M. H., Hjelmfors, L., Mårtensson, J., Friedrichsen, M., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2018). Variables related to communication about prognosis between nurses and patients at heart failure clinics in Sweden and the Netherlands. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(2), E1-E6.
6. Pun, J. K., Chan, E. A., Wang, S., & Slade, D. (2018). Health professional-patient communication practices in East Asia: An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient education and counseling*, 101(7), 1193-1206.
7. Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Ebadi, A. (2018). Iranian nursing student-patient health communication in medical surgical wards. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(2), 136.
8. Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global journal of health science*, 8(6), 65.
9. Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
10. Özçelik, H. (2017). Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 87-93.
11. Çivilidağ, A., & Şekercioğlu, G. (2017). Çok boyutlu iş motivasyonu ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması. *Mediterranean Journal of Humanities*, 7(1), 143-156.

**S-53 KANSER HASTALARINDA KEMOTERAPÖTİK İLAÇLAR VE DELIRYUM ARASINDAKİ İLİŞKİ: ULUSLARARASI LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ
THE RELATIONSHIP BETWEEN CHEMOTHERAPEUTIC DRUGS AND DELIRIUM IN CANCER PATIENTS: REVIEW OF INTERNATIONAL LITERATURE**

Ayşe Burçin Uyumlu

İnönü Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Delirium, hastanede yatan kanser hastalarında sık görülen nörolojik bir komplikasyondur. Deliryum ani başlaması ve dalgalı seyir göstermesi, aynı zamanda dikkat bozukluğu, oryantasyon bozukluğu, düşünme süreçlerinde bozulma ve bilinç düzeyinde değişimler ile karakterizedir. Kemoterapi alan kanser hastalarının bilişsel işlevlerinde tedaviye bağlı azalma riski vardır ve kemoterapiyi takiben deliryum gelişimini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca, bu tür çalışmaların çoğu vaka raporlarıdır veya kontrol grubu yoktur ve spesifik antineoplastik ilaçlarla sınırlıdır. Psikiyatrik konsültasyon için hastaneye başvuran kanser hastalarında deliryumun sık sık depresyon ile karıştırıldığı veya tedavi edilmediği bildirilmektedir. Kemoterapi alan hastalarda Deliryum morbidite ve mortalitesinin gitgide artıyor olması konuya olan ilgiyi de arttırmaktadır. Bu araştırma kemoterapi gören kanser hastalarında deliryum gelişimi ile ilişkili uluslararası literatürün gözden geçirilmesini amaçlamıştır. Bu amaçla Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online’de Eylül 2019’a kadar olan İngilizce dilinde yayınlanmış makaleler, veri kaynakları olarak kullanılmıştır. Çalışmaların başlığında ve özetinde yeterli bilgi bulunmadığında, gerekli veriler tam metinlerle değerlendirilmiştir. Bu gözden geçirme sürecinin tutarlı olmasını sağlamak adına, kemoterapi alan kanserli hastalarda deliryum gelişimine açık bir şekilde değinen çalışmaları ayıklamak için basit bir arama algoritması seçilmiştir. İngilizce olarak yayınlanmış, “delirium”, “cancer” ve “chemotherapeutic drug” anahtar kelimeleriyle; tam metnine ulaşılabilen çalışmaların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Literatürde ulaşılan verilere göre deliryuma sebep olabilen faktörler arasında en fazla yaşlı hastalar, kanser hastaları, kalp cerrahisi geçiren hasta gruplarında görülmektedir. Çalışmalarda, deliryum tablosunun gözden kaçırılmaması, hasta bakımını sağlayan sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Kanser hastalarında deliryuma neden olan çeşitli faktörler bilinmektedir, kemoterapi de bunlardan biridir. Bazı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kemoterapötik ilaç kullanımı ile yapılan araştırmalarda deliryuma sebep oldukları bildirilmektedir. Ancak mekanizmaları çok açık olmamakla birlikte bazı kemoterapötik ilaçların kan-beyin bariyerini geçmesi yoluyla deliryuma sebep olduğu öne sürülmektedir.

Anahtar kelimeler: Deliryum, kemoterapötik ilaç, kanser.

Abstract

Delirium is a common neurological complication in hospitalized cancer patients. Delirium is characterized by a sudden onset and fluctuating course, as well as attention deficit, disorientation, disruption of thinking processes and changes in consciousness level. Although there is a risk of treatment-related decrease in cognitive function in cancer patients receiving chemotherapy, few studies are investigating the development of delirium following chemotherapy. Also, most such studies are case reports or have no control group and are limited to specific antineoplastic drugs. It has been reported that delirium is frequently confused with depression or not treated in cancer patients admitted to the hospital for psychiatric consultation. Delirium morbidity and mortality in patients receiving chemotherapy increases gradually, increasing interest in the subject. This study aimed to review the international literature on the development of delirium in cancer patients undergoing chemotherapy. Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, articles published in English in Sage Journals Online up to September 2019 were data sources. In the absence of sufficient information in the title and summary of the studies, the necessary data were evaluated in full text. To ensure that this review process is consistent, a simple search algorithm was selected to extract studies that explicitly address delirium development in cancer patients receiving chemotherapy. Published in English with the keywords delirium ”,“ cancer ”and “chemotherapeutic drug”; The full text can be accessed through the examination of the study. According to the data obtained in the literature, delirium is the most common factor in elderly patients, cancer patients, patients undergoing cardiac surgery. In the studies, it is emphasized that delirium should not be overlooked and health personnel providing patient care should be trained on this subject. Several factors are known to cause delirium in cancer patients, chemotherapy is one of them. Some studies with the use of some chemotherapeutic drugs have been reported to cause delirium. However, it is suggested that some chemotherapeutic drugs may cross the blood-brain barrier, although the mechanism is not clear.

Key words: Delirium, chemotherapeutic drug, cancer

GİRİŞ

Deliryum, farklı etyolojik nedenlerle ortaya çıkan, bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsü gibi değişikliklerin eşlik ettiği, ani başlayan ve dalgalı bir seyir gösteren organik beyin sendromu olarak tanımlanır (1,2). Latince “ deliare” kökünden türetilen deliryum “ yoldan çıkmış” anlamına gelmektedir. Günümüzde, akut beyin yetmezliği, reversibl demans, akut konfüzyonel durum, postoperatif psikoz terimleri de kullanılmaktadır (3).

Deliryum sık görülen bir mental bozukluk olmasına rağmen klinisyenlerce gözden kaçırılmaktadır. Yaşlı hastalarda teşhis edilemeyen deliryum oranının %70 gibi yüksek değerlere ulaşabildiği bildirilmiştir (4). Çoğu hastanın gözden kaçırılması ihtimalinden dolayı bu konuya biraz daha dikkat edilmesi gereklidir. Çalışma gruplarının farklılığı ve tanımlayıcı net ölçütlerin olmaması nedeni ile deliryumun sıklığı hakkında kesin sayılara ulaşmak güçtür. Araştırmaların çalışma metodolojilerinin, deliryumu ölçme aracı ve deliryum tanı kriterlerinin farklı olması gibi sorunlar nedeniyle deliryumun görülme oranı ile ilgili elde edilen sonuçlar da farklıdır (5). Dahiliye servislerinde, cerrahi yoğun bakım ve koroner yoğun bakım birimlerinde yatan hastaların yaklaşık %10-30’unda deliryum gözlemlendiği bildirilmiştir (6).

Yapılan araştırmalar deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görülme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görülme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşlılarda (7), kalp ve kalça cerrahisi geçiren hastalarda (8) ve kanser gibi hastalıklar nedeniyle tedavi gören hastalarda risk yüksektir (9).

Deliryum tablosunu oluşturan, farklı fizyolojik etkilere sahip geniş bir etiyolojik neden yelpazesi bulunsa da, deliryum bulguları çekirdek semptomlar olarak adlandırılan stereotipik özellikler taşımaktadır. Bu durum deliryumun belli nöral yolların etkilenmesi sonucu geliştiğine işaret eder. Bu yolları etkileyen mediatörler arasında belli nörotransmitter ve sitokinlerin bulunduğu düşünülmektedir. Bazı ilaç zehirlenmeleri, infeksiyon ve sistemik hastalıklar gibi bozukluklarda, bu hastalıkların merkezi sinir sistemindeki tezahürü olarak deliryum izlenebilir (10).

Deliryumun belirti ve bulguları çok çeşitlidir. Deliryumun ana özelliği saatler, günler içinde akut şekilde başlamasıdır. Nadiren bir hafta veya daha uzun sürede gelişebilir. Bir diğer önemli özelliği de seyri sırasında dalgalanmalar göstermesidir. Huzursuzluk, anksiyete, irritabilite, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu, kabuslar, algı bozuklukları, yanlış yorumlama, illüzyon, halüsinasyon görme gibi semptomlar ve hafıza, oryantasyon ve konuşma

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

fonksiyonunda bozulmalar görülebilir. Deliryum tablosu altta yatan neden tedavi edildiğinde genellikle geri dönüşlüdür (11).

Delirium hastanede yatan kanser hastalarında sık görülen bir nörolojik komplikasyondur (12) ve kanser hastalarının % 85'inde yaşamlarının son haftalarında görülür (13). Deliryum geliştirme olasılığı, yaş ve mevcut bilişsel işlev bozukluğu veya bunama gibi faktörlerin etkileri; ilaç toksisitesi ve metabolik anormallikler ve genellikle altta yatan hastalığın ciddiyeti ile ilişkili koşullarda artmakta olup bununla birlikte deliryum mekanizması hala belirsizliğini korumaktadır. (14).

Birçok antikanser tedavisinin, akut ensefalopati ile ilişkili hasta konfüzyonuna neden olabildiği ve deliryumun, kan-beyin bariyerini geçen antineoplastik ajanlarla daha sık ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Yeni kanser immünoterapilerinin de konfüzyona neden olabildiği bildirilmekle birlikte, inflamatuvar sitokinlerin akut salınımının, nörolojik semptomların gelişmesine yol açtığı düşünülmektedir (15). Nöronal aktivite sıklıkla kemoterapi ile değişikliğe uğrayabilmektedir. Yapılan metaanaliz çalışmaları, meme kanseri için adjuvan kemoterapiye maruz kalan kadınların, bilişsel durumda azalma yaşayabileceğini göstermiştir (16, 17, 18). Wefel ve ark. tarafından yapılan bir araştırma, kemoterapi sonrası 3. haftada, katılımcıların % 61'inin sözel ve görsel hafıza, yürütücü işlev, görsel yetenek ve bilgi işleme hızı gibi belirli bilişsel becerilerde bir düşüş yaşadığını göstermiştir (19). Nöropsikolojik test kullanan prospektif, çok merkezli, uzun süreli bir çalışmada da meme kanseri olan 101 hastanın % 27'sinde kemoterapi kaynaklı bilişsel bozulmanın olduğu gösterilmiştir (20). Literatürde, kanser tedavisinden sonra kemoterapiden kaynaklanan bilişsel gerileme sıklığının arttığına dair kanıtlar çoğalmaktadır. Bu durum, “kemobrain” veya “kemofog” olarak adlandırılmakta olup (21), kemoterapi sırasında ve sonrasında sıkça karşılaşılan, dikkat, hafıza, algı ve zihinsel yavaşlama ile ilişkili özel zorluklar bulunan, kalıcı bilişsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmıştır (22).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, kemoterapinin ardından kan-beyin bariyerinin bütünlüğünün azaldığını, düşük DNA ve sinir onarım süreçlerinin mevcut olduğunu, antioksidan seviyelerinin azaldığını ve oksidatif stresin, hormonal değişikliklerin ve bağışıklık sistemi yanıtlarının azaldığını, bilişsel bozulmalarla nörotoksositeye ve sonunda nöron ölümüne katkıda bulunduğunu göstermiştir (23,24,25).

Kemoterapi ilaçlarının bilişsel düzeyde bozukluğa yol açması bu hastalarda deliryum takibi açısından önem teşkil etmektedir. Kemoterapiyi takiben deliryum gelişimini araştıran az

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu tür çalışmaların da çoğu vaka raporlarıdır veya kontrol grubu yoktur ve spesifik antineoplastik ilaçlarla sınırlıdır. Metotreksat , Florourasil, Vinkristin, Vinblastin, Bleomisin, Biskloronitrosüre, Sisplatin, İfosfamid, İnterferon, Asparaginaz, Prokarbazin içeren kemoterapötik ajanların, tek vaka raporlarında veya küçük popülasyonlarla yapılan çalışmalarda deliryuma neden olduğu bildirilmiştir (26,27,28,29,30,31,32,33,34). Vinkristin ve vinblastin kullanımı ile, vincristine ve yüksek doz metotreksat ve sitrovorum kombinasyonlarının deliryum geliştirme olasılığı daha büyük çapta yapılan araştırmalarda da gösterilmiştir (35, 36, 37). Matsuoka ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada ise kan-beyin bariyerini geçebilen kemoterapötik ilaçların deliryuma sebep olduğu gösterilmiştir (38). Temozolomid, lapatinib, topotekan, nitroso türevleri, tamoksifen, kapesitabin, idarubisin ve metotreksat, kan-beyin bariyerini geçebildikleri bildirilmiştir (39).

Zeevi ve arkadaşları, yaşlanma, sistemik hastalıklar ve iskemik beyin hasarı, kan-beyin bariyerini bozabilir ve bu da genel kan-beyin bariyeri fonksiyonunda ve bütünlüğünde bir düşüşe neden olabileceğini yaptıkları çalışma ile göstermişlerdir (40). Elde edilen kanıtlar, beyin mikrodolaşımı ve kan-beyin bariyerinin bütünlüğündeki eksiklikler ile bunama, ilaca bağlı bilişsel gerileme, beyaz cevher hastalığı ve ilgili geriatrik sendromların (deliryum ve yürüyüş bozuklukları dahil) bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Son yıllardaki araştırmalarda, kan-beyin bariyerini geçebilen antineoplastik ilaçların kanser hastalarında deliryum gelişimine etkisi incelenmiş ve kemoterapide kullanılan bu ilaçların deliryumun ortaya çıkmasında bir risk faktörü olabileceği gösterilmiştir. Bu bilgi palyatif bakım doktorlarının ve tıbbi onkologların, hangi hastaların deliryum geliştirme riski altında olduğunu öngörmelerini ve takibini sağlaması açısından önemlidir. Psikiyatrik konsültasyon için art arda hastaneye başvuran kanser hastalarında deliryumun sıklıkla depresyon ile karıştırıldığı, tanı konulamadığı veya tedavi edilmediği tespit edilmiştir. Bu durum, hem morbidite ve mortaliteyi hem de hastanede yatış süresini uzatarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

SONUÇ

Kemoterapi alan kanser hastalarında deliryumun gelişebileceği, bu durumun hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği ve çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkarabileceğini göz önünde bulundurarak, organik beyin sendromunu gözden kaçırmamak için kemoterapi alan kanser hastalarının bilişsel durumunun rutin bir prosedür olarak incelenmesi ve deliryum

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

takibinin yapılması önem arz etmektedir. Bu amaçla, kanser hastaları ile ilgilenen sağlık çalışanlarının deliryum konusunda bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Trzepacz PT, Bourne R, Zhang S. Designing clinical trials for the treatment of delirium. *J Psychosom Res* 2008; 65: 299-307.
2. Lipowski ZJ. Delirium: Acute confusional states. *JAMA* 1987; 258: 1789-1792.
3. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol* 2012; 26: 367-383
4. Brown TM, Boyle MF. Delirium. *BMJ* 2002; 325: 644-7.
5. Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10: 315-318.
6. Kiely Dan K, Bergmann MA, Murphy KM, Jones RN, Orav EJ, Marcantonio ER. Delirium among newly admitted postacute facility patients: Prevalence, symptoms, and severity. *J Gerontol Med Sci* 2003; 58A: 441-445.
7. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Confusion assessment method in the diagnostics of delirium among aged hospital patients: would it serve better in screening than as a diagnostic instrument?. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 1112-1119.
8. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 2006; 35: 350-64.
9. Gagnon P, Allard P, Masse B, DeSerres M. Delirium in terminal cancer: A prospective study using daily screening, early diagnosis and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 412-426.
10. Trzepacz PT. Delirium. *Advances in diagnosis, pathophysiology, and treatment. Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 429-48.
11. Öztürk MO. Organik ruhsal bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 9. Baskı. Ankara: Feryal Matbaası 2002: 490-6.
12. Clouston PD, de Angelis L, Posner JB. The spectrum of neurological disease in patients with systemic cancer. *Annals of Neurology* 1992; 31: 268-273.
13. Massie MJ, Holland JC, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *The American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 1048-1050.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

14. Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Annals of Internal Medicine* 1993; 119: 474-481.
15. Wardill HR, Mander KA, Seville YZAV, Gibson RJ, Logan RM, Bowen JM, Sonis ST. Cytokine-mediated blood brain barrier disruption as a conduit for cancer/chemotherapy-associated neurotoxicity and cognitive dysfunction. *Int J Cancer* 2016; 139: 2635-2645.
16. Stewart A, Bielajew C, Collins B, Parkinson M, Tomiak E. A metaanalysis of the neuropsychological effects of adjuvant chemotherapy treatment in women treated for breast cancer. *Clinical Neuropsychology* 2006; 20: 76-89.
17. Ahles TA, Saykin AJ. Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes, *Nat Rev Cancer* 2007; 7: 192-201.
18. Freeman JR, Broshek DK. Assessing cognitive dysfunction in breast cancer: what are the tools? *Clin Breast Cancer* 2002; 3: 91-99.
19. Wefel JS, Lenzi R, Theriault RL, Davis RN, Meyers CA. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: Results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer* 2004; 100: 2292-2299.
20. Hermelink K, Untch M, Lux MP, Kreienberg R, Beck T, Bauerfeind I, Münzel K. Cognitive function during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer: Results of a prospective, multicenter, longitudinal study. *Cancer* 2007; 109: 1905-1913.
21. Moore HCF. An overview of chemotherapy-related cognitive dysfunction, or 'chemobrain'. *Oncology (Williston Park)* 2014; 28(9): 797-804.
22. Janelins MC, Kesler SR, Ahles TA. Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry* 2014; 26(1): 102-113.
23. Seigers R, Schagen SB, Van Tellingen O, Dietrich J. Chemotherapy-related cognitive dysfunction: current animal studies and future directions, *Brain ImagingBehav* 2013; 7: 453-459;
24. Butterfield DA. The 2013 SFRBM discovery award: selected discoveries from the butterfield laboratory of oxidative stress and its sequela in brain in cognitive disorders exemplified by Alzheimer disease and chemotherapy induced cognitive impairment, *Free Radic Biol Med* 2014; 74: 157-174.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

25. Banks WA, Erickson MA. The blood–brain barrier and immune function and dysfunction. *Neurobiol Dis* 2010; 37: 26-32.
26. Brunner KW, Young CW. A methylhydrazine derivative in Hodgkin’s disease and toxic effects studied in 51 patients. *Annals of Internal Medicine* 1965; 63: 69-86.
27. Holland JF, Fasanello S, Ohnuma, T. Psychiatric symptoms associated with L-asparaginase administration. *Journal of Psychiatric Research* 1974; 10: 105-113.
28. Stolinsky DC, Solomon J, Pugh RP, Stevens AR, Jacobs EM, Irwin LE, Wood DA, Steinfeld JL, Bateman JR. Clinical experience with procarbazine in Hodgkin’s disease, reticulum cell sarcoma, and lymphosarcoma. *Cancer* 1974; 26: 984-990.
29. Greenwald ES. Organic mental changes with fluorouracil therapy. *The Journal of the American Medical Association* 1976; 235: 248-249.
30. Yamada K, Bremer AM, West CR. Intraarterial BCNU therapy in the treatment of metastatic brain tumor from lung carcinoma. *Cancer* 1979; 44: 2000-2007.
31. Berman IJ, Mann MP. Seizures and transient cortical blindness associated with cisplatin (II) diamminedichloride (PDD) therapy in a thirty-year-oldman. *Cancer* 1980; 45: 764-766.
32. Priestman TJ. Initial evaluation of human lymphoblastoid interferon in patients with advanced malignant disease. *Lancet* 1980; 2: 113-118.
33. Heim ME, Fiene R, Schick E. Central nervous side effects following ifosfamide monotherapy of advanced renal carcinoma. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 1981; 100: 113-116.
34. Silberfarb PM. Chemotherapy and cognitive defects in cancer patients. *Annual Review of Medicine* 1983; 34: 35-46.
35. Frei E III, Franzino A, Shnider BI, Costa G, Colsky J, Brindley Co, Hosley H, Holland Jf, Gold Gl, Jonsson U. Clinical studies of vinblastine. *Cancer Chemotherapy Report* 1961; 12: 125-129.
36. Holland JF, Scharlau C, Gailani S, Krant MJ, Olson KB, Horton J, Shnider BI, Lynch JJ, Owens A, Carbone PP, Colsky J, Grob D, Miller SP, Hall TC. Vincristine treatment of advanced cancer: A cooperative study of 392 cases. *Cancer Research* 1973; 33: 1258-1264.
37. Allen JC, Rosen G. Transient cerebral dysfunction following chemotherapy for osteogenic sarcoma. *Annals of Neurology* 1978; 3: 441-444.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

38. Matsuoka H, Yoshiuchi K, Koyama A, Otsuka M, Nakagawa K. Chemotherapeutic drugs that penetrate the blood-brain barrier affect the development of hyperactive delirium in cancer patients. *Palliat Support Care* 2015; 13: 859-64.
39. Lin NU, Bellon JR, Winer EP. CNS metastases in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22: 3608-3617.
40. Zeevi N, Pachter J, McCullough LD, Wolfson L, Kuchel GA. The blood–brain barrier: Geriatric relevance of a critical brain–body interface. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58: 1749-1757.

S-54 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ

BURNOUT LEVELS OF NURSES WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Erman YILDIZ¹, Rukuye AYLAZ², Ömür BERBER³

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

² Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

³ İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş- Amaç: Yoğun bakımda hemşireler, ölüm gerçeğini kabul ederek bireylerin mümkün olduğu kadar rahat, huzurlu ve onurlu bir ölümü hak ettiklerine dair bir anlayışı kabul etmekle birlikte, yaşam sonunda mümkün olan en iyi bakımı sağlamak hemşireler açısından birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Hemşireler ölüm ve ölen hastaların bakımı ile ilgili çeşitli tepkilerde bulunabilir. Başka bir deyişle, günlük olarak ölüme maruz kalma hemşireleri duygusal ve fiziksel olarak etkileyebilir. Konu ile ilgili farklı çalışmaların bulgularına göre, sürekli ölümlerle karşı karşıya kalmak ve ölmekte olan hastalara bakım vermek hemşirelerde mesleki stres ve tükenmişliğe neden olabilir. Tükenmişlik ve psikolojik morbidite palyatif bakım uygulayıcısını etkiler ve genel sağlık, psikolojik refah, düşük iş doyumunu ve hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte Türkiye’de yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) aracılığı ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 27.07±5.40 olup (minimum 22, maksimum 41), %68’inin kadın, %59’unun bekar, %37’sinin çocuk sahibi olduğu, %87’sinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %72’sinin nöbet usulü bir çalışma rutininin olduğu belirlendi. MTÖ toplam puan ortalaması 64.40±16.34 olup, alt ölçeklerden olan duygusal

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

tükenme puan ortalaması 26.32 ± 9.39 , duyarsızlaşma puan ortalaması 11.33 ± 4.74 ve kişisel başarı puan ortalaması 26.75 ± 4.74 olarak tespit edildi.

Sonuç: Her ne kadar araştırmada hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıyorsa da hemşirelerin tükenmişlik durumunu yaşadıkları ve başta genel sağlık, psikolojik refah, düşük iş doyumu ve hasta bakımını olumsuz yönde etkileme riskini taşıdıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Yoğun Bakım, Tükenmişlik.

GİRİŞ

Sağlık bakım hizmeti sağlayan profesyoneller, çalışma alanlarının doğası gereği zaman içerisinde birçok psikolojik zorlukla karşılaşabilir. Araştırmalar özellikle yoğun bakım ünitesi (YBÜ) gibi zorlu çalışma koşullarında görev yapan hemşirelerde tükenmişlik sendromu prevalansının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen, 2014; Papathanasiou, 2015). YBÜ'deki hemşirelerin depresif belirtileri ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına göre, hemşirelerin %11'inde depresif semptomların olduğu ve tükenmişliği olan hemşirelerin depresif belirtileri tetikleme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vasconcelos, Martino, & França, 2018). 2010'dan beri Uluslararası Çalışma Örgütü tükenmişlik sendromunu meslek hastalığı olarak kabul etmekte ve Dünya Sağlık Örgütü, geniş bir işçi yelpazesini etkileyerek bu duruma 21. yüzyılın salgını adını vermiştir (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; World Health Organization, 2005). Önemli duygusal katılım gerektiren profesyonel uygulamalar, sendromun gelişmesi olasılığını artırır (Jones, Wells, Gao, Cassidy, & Davie, 2013), bu nedenle sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler, başlıca risk grupları arasında gösterilmektedir (Ruiz & Ríos, 2004). Yapılan çalışmalarda henüz kesin bir rakam sunulmamasına rağmen, hemşirelerin tükenmişlik sendromu yaşama olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016). Hemşirelik mesleği yüksek düzeyde sosyal sorumluluk gerektirir ve günlük olarak ortaya çıkabilecek sorunlar arasında iş yükü, karar verme özerkliği ya da otorite eksikliği gibi daha birçok zorluk vardır. Bu faktörlerin tümü tükenmişlik sendromunu tetikleyerek yorgunluk, hafıza sorunları, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, sinirlilik veya madde bağımlılığı gibi semptomlar üretebilir. Hemşirelerin rutin olarak başa çıkması gereken diğer stresli durumlar arasında zorunlu nöbet uslü çalışma rutini, yetersiz beslenme

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

nedeniyle iş yükü ve yaşam sonu hasta bakımı bulunur (Gallagher & Gormley, 2009). Bu faktörlerin tümü hemşirelik uzmanlarını tükenmişliğe karşı özellikle savunmasız hale getirmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlığı, kurumlar ve hastalar için potansiyel olarak çok ağır olması ve sağlık sisteminin sunduğu bakımın kalitesini doğrudan etkilemesi nedeniyle oldukça önemlidir (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015).

AMAÇ

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ocak 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yürütüldü.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizi ile 0.05 yanlılığı düzeyi, 0.02 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile örneklem büyüklüğü 107 olarak belirlendi. Bununla birlikte araştırma 23 Temmuz 2019 tarihi itibarı ile 67 hemşire ile tamamlanabildi. Araştırmaya alınma kriterleri olarak 18 yaş ve üzeri olma, iletişime açık olma, ve yoğun bakım ünitelerinde çalışıyor olma olarak belirlendi.

Verilerin Toplama Araçları

Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): MTÖ, 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (Maslach & Jackson, 1981). Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından gerçekleştirilmiştir. Tükenmişliği 3 boyutta değerlendiren Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. Duygusal Tükenmişlik

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Boyutunda 9, Kişisel Başarı Boyutunda 8 ve Duyarsızlaşma Boyutunda ise 5 madde yer almaktadır. MTÖ’de puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her madde için hiçbir zaman 0; her zaman 6 olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Ölçeğin Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan düşük puanlar yüksek düzeyde tükenmişliği gösterirken; Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeğinden alınan düşük puanlar ile Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan yüksek puanlar düşük düzeyde tükenmişliği göstermekte, her üç alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0.89, kişisel başarı için 0.72, duyarsızlaşma alt ölçümü için 0.71 olarak saptanmıştır (Çam, 1992; Ergin, 1993). Bu araştırmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0.90, kişisel başarı için 0.88, duyarsızlaşma alt ölçümü için 0.82 olarak tespit edilmiştir.

Veri Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 25.0 kullanılarak değerlendirildi ve rapor edildi. Çalışmada uygulanan testler: Normallik testi (skewness ve kurtosis değerleri aracılığıyla), Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamaları 27.07 ± 5.40 olup (minimum 22, maksimum 41), %68’inin kadın, %59’unun bekar, %37’sinin çocuk sahibi olduğu, %87’sinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %72’sinin nöbet usulü bir çalışma rutininin olduğu belirlendi.

Tablo 1. Hemşirelerin MTÖ alt ölçeklerinin puan dağılımı.

MTÖ ve Alt Boyutları	Ma dde sayısı	Maksimu m puanlar	Ort±SS
Duygusal tükenme	9	45	26.32±9.39
Duyarsızlaşma	5	25	11.33±4.74

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kişisel başarı	8	40	26.75±4.74
MTÖ Toplam	22	110	64.40±16.34

Araştırmada hemşirelerin MTÖ toplam puan ortalaması 64.40±16.34 olup, alt ölçeklerden olan duygusal tükenme puan ortalaması 26.32±9.39, duyarsızlaşma puan ortalaması 11.33±4.74 ve kişisel başarı puan ortalaması 26.75±4.74 olarak tespit edildi.

Hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri, çocuk sahibi olma durumları, çalışma biçimleri, süreleri ve görev yaptıkları birimlere göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Sağlık hizmeti sağlayıcılarında üst düzey işle ilgili stresin en sık araştırılan sonucu tükenmişlik sendromudur (Bakker & Demerouti, 2007; Guthrie, Ciccarelli, & Babic, 2010). Artan sayıda araştırma YBÜ hemşirelerinin tükenmişlik sendromu prevalansının arttığını göstermiştir (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007; Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009; Poncet et al., 2007). Tükenmişlik genellikle duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği ile karakterize üç boyutlu bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, & Shapiro, 2005). Diğer birimlerdeki hemşirelere kıyasla, YBÜ'ndeki hemşireler çeşitli ve zorlu semptomlara sahip hastaları tedavi etmektedir. Diğer birimlerde yaşananlardan farklı olarak hemşireler hastalarının yüksek mortalite ve morbidite durumları sebebiyle zorlu bir çalışma ortamına, kritik ve travmatik olaylarla sık karşılaşılan durumlar nedeniyle de stres seviyesi yüksek durumlara hazırlıklı olmalıdır (Mealer et al., 2009).

Araştırmada hemşirelerin MTÖ alt ölçeklerden olan duygusal tükenme puan ortalaması 26.32±9.39 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu alt boyuttan alabileceği en yüksek puan 45.00 olduğu düşünüldüğünde, araştırmaya katılan hemşirelerin orta düzeyin üstünde duygusal tükenme yaşadıkları söylenebilir. Hemşireler tükenmişliğin alt boyutlarından olan duyarsızlaşmadan 11.33±4.74 puan ortalaması almıştır. Bu alt boyuttan maksimum 25.00 puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda, araştırmaya katılan hemşirelerin hafif düzeyde duyarsızlaşma deneyimledikleri görülmektedir. Hemşirelerin kişisel başarı puan ortalaması 26.75±4.74 olarak tespit edilmiştir. Bu alt boyuttan maksimum 40.00 puan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

alınabileceği bilgisinden hareketle, hemşirelerin çalışma ortamlarında başarı duygularının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Özetle, YBÜ’nde çalışan hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik belirtileri yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonlarını etkileyebilir. Bu sebeple özellikle YBÜ’nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik yaşamamaları açısından risklerin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda tükenmişlikle mücadelede psikolojik açıdan destek almaları veya bu destek sistemlerine kolay ulaşabilmeleri açısından gerekli önlemlerin alınması önerilir.

KAYNAKLAR

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Manuel Lozano, L., Vargas, C., García, I., & de la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52. doi:[https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2005). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part II: A Quantitative and Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26-35.
- Çam, O. (1992). Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. *Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 155-159.
- Dall’Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331. doi:10.1136/bmjopen-2015-008331
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482-488. doi:10.1097/MCC.0b013e3282ef28a
- Ergin, C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. *Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 1, 143-154.
- Gallagher, R., & Gormley, D. K. (2009). Perceptions of stress, burnout, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(6).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Guthrie, R., Ciccarelli, M., & Babic, A. (2010). Work-related stress in Australia: The effects of legislative interventions and the cost of treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 101-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.12.003>
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, 22(1), 46-53. doi:10.1002/pon.2055
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi:10.1002/da.20631
- Papathanasiou, I. V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Društva za medicinsku informatiku BiH*, 23(1), 22-28. doi:10.5455/aim.2015.23.22-28
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., . . . Azoulay, É. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704. doi:10.1164/rccm.200606-806OC
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Vasconcelos, E. M. d., Martino, M. M. F. D., & França, S. P. d. S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 135-141.
- World Health Organization. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Available online: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). *Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada*. Paper presented at the Oncol Nurs Forum.

S-55 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNIT

Erman YILDIZ¹, Rukuye AYLAZ², Ömür BERBER³

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

² Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

³ İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş- Amaç: Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ile ilgili mevcut literatür daha çok hasta ve bakım verenlerine ait sıkıntı ve güçlükler odaklanmıştır. Öte yandan yoğun bakım bakım hizmeti sağlayan ve çalışma koşullarının doğası gereği hastalarla 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşirelerin, palyatif bakım sürecinde yaşadıkları psikolojik zorluklar hakkında çok az şey bilinmektedir. Kuşkusuz hemşireler, ölüm gerçeğini kabul ederek bireylerin mümkün olduğu kadar rahat, huzurlu ve onurlu bir ölümü hak ettiklerine dair bir anlayışı kabul etmektedirler. Ancak bu durum hemşirelerde pek çok açıdan zorluk yaşayan bir popülasyona bakım vermenin getirdiği yükü göz ardı etmemize engel olmamalıdır. Araştırmalar sürekli ölümle karşı karşıya kalmanın ve ölmekte olan hastalara bakım vermenin hemşirelerde başta korku, anksiyete ve depresyon olmak üzere birçok psikopatolojiye yol açtığını göstermektedir. Öte yandan Türkiye’de YBÜ’nde çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma YBÜ’de çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde yoğun bakım hizmeti sağlayan hemşirelerle yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %27.3’ünün normal, %28.5’inin hafif, %14.2’sinin orta ve %30’unun şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olduğu saptandı. Diğer taraftan hemşirelerin %31’inin normal, %34.4’ünün hafif, %22.6’sının orta ve %12’sinin şiddetli düzeyde depresyon düzeyi belirlendi. BAÖ toplam puan ortalaması 17.07±13.19, BDÖ

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

toplam puan ortalaması ise 14.98 ± 10.23 olarak belirlendi. BAÖ ile BDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde önemli ilişki saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak bu araştırma, hemşirelerin önemli düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu sonuç hemşirelerin psikososyal açıdan desteklenmesini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hemşire, Yoğun Bakım.

GİRİŞ

Yoğun bakım ile ilgili mevcut literatür daha çok hasta ve bakım verenlerine ait sıkıntı ve güçlüklerle odaklanmıştır (Crawford, 2019; Langs, 2018; Leo & Mariano, 2013). Öte yandan yoğun bakım hizmeti veren ve çalışma koşullarının doğası gereği hastalarla 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşirelerin, yaşam sonu ve yoğun bakım sürecinde yaşadıkları psikolojik zorluklar hakkında çok az şey bilinmektedir. Kuşkusuz hemşireler, ölüm gerçeğini kabul ederek bireylerin mümkün olduğu kadar rahat, huzurlu ve onurlu bir ölümü hak ettiklerine dair bir anlayışı kabul etmektedir (King & Thomas, 2013). Ancak bu durum pek çok açıdan zorluk yaşayan bir popülasyona sağlık hizmeti veren hemşirelerin, karşı karşıya kaldıkları psikolojik yükün göz ardı edilmesine yol açmamalıdır. Araştırmalar sürekli ölümle karşı karşıya kalmanın ve ölmekte olan hastalara bakım vermenin hemşirelerde başta korku, anksiyete ve depresyon olmak üzere birçok psikopatolojiye yol açtığını göstermektedir (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens, & van der Heide, 2014; Lopera Betancur, 2015).

Günümüzde yoğun bakım üniteleri (YBÜ), palyatif ve yaşam sonu bakımın sağlandığı önemli yerlerden biri olarak da gözükmektedir. YBÜ, başlangıçta akut yaralanma veya hastalıkları olan kritik evredeki hastaları tedavi etmek için tasarlanan yerler olarak işlev görüyordu (Gavrin, 2007). Bununla birlikte bu anlayışın değiştiği görülmektedir. Son zamanlarda bu merkezlere akut hastalıkların yanı sıra, kronik akut alevlenmeler nedeniyle birçok hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilmektedir (Hartjes, 2015). Kronik hastalıklar ve yaşam sürelerindeki artış YBÜ'lere başvuruyu arttırmış ve bu yerlerdeki mortalite oranlarını da yükseltmiştir. Çalışmalar, yetişkin YBÜ hastalarının %10 ve %29'unun, pediatrik YBÜ hastalarının ise %1.9 ve %3.4'ünün kısa bir süre sonra öldüğünü göstermiştir (Burns, Sellers, Meyer, Lewis-Newby, & Truog, 2014; Ganz & Sapir, 2019; Orford et al., 2016). Türkiye'deki bir araştırma raporuna göre, terminal aşamasında meydana gelen ölümlerin %49'u yoğun bakım

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ünitelerinde gerçekleşmiştir (Köse, Durmaz, & Özet, 2011). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de YBÜ, organ yetmezlikleri veya septik durum gibi akut durumlar düzeltildikten sonra yaşama şansı olan hastaların takip ve tedavi edildiği yerler olarak görülmekle birlikte palyatif ve yaşam sonu bakım ile ilgili merkezlerin yetersizliği sebebiyle bu yerler çoğu zaman palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetinin sağlandığı üniteler haline gelmektedir (Aygenel & Türkoglu, 2014). Bu nedenle, yaşam sonu ve palyatif bakım YBÜ ile ilgili gözükmetedir. Türkiye’de YBÜ’nde çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. YBÜ’de sağlanan hizmetin kalitesi ve verimliliği bu ünitelerde görev yapan hemşirelerin psikolojik durumu ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda YBÜ’de çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

AMAÇ

Bu araştırma YBÜ’nde görev yapan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Tasarım

Bu araştırma tanımlayıcı-ilişkisel nitelikte gerçekleştirildi. Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde yoğun bakım hizmeti sağlayan 84 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın örnekleme basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak ilgili popülasyondan seçildi. Araştırmanın örnekleme evrenden, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırmaya alınma kriterleri; yoğun bakım ve kliniklerde çalışıyor olma, iletişime açık, çalışmaya katılmak için gönüllü, 18 yaş ve üzerinde olması olarak belirlendi. Araştırmadan dışlama kriterleri olarak ise; herhangi bir ruhsal soruna sahip olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi koşullar arandı.

Verilerin Toplama Araçları

Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesi amacı ile kullanılır. Yirmi bir maddeden oluşur ve her madde 0-3 arası puanlanarak toplam puan elde edilir. Toplam puanın yüksek olması anksiyete şiddeti ile orantılıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy, Sahin, & Erkmen, 1998).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Bireyin depresyon riskini belirlemek ve depresyon belirtilerinin ciddiyetini ölçmek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Yirmi bir maddeden oluşur ve her madde 0-3 arası puanlanarak toplam puan elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddeti ile orantılıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988).

Veri Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 25.0 kullanılarak değerlendirildi ve rapor edildi. Çalışmada uygulanan testler: Normallik testi (Kolmogorov Smirnov), Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamaları 32.14 ± 6.53 olup, %72'inin kadın, %44'ünün bekar, %89'unun lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlendi. Hemşirelerin %45'inin 3 ile 6 yıl arasında mesleki deneyimine sahip olduğu, %39'unun ise şu anki kurumdaki çalışma süresinin 9 yıl ve üzerinde olduğu tespit edildi.

Hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri, çocuk sahibi olma durumları, çalışma biçimleri, süreleri ve görev yaptıkları birime göre Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 1. Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

	Anksiyete Düzeyi		Depresyon Düzeyi	
	n	%	n	%
Normal	23	27.3	26	31.0

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hafif	24	28.5	29	34.4
Orta	12	14.2	19	22.6
Şiddetli	25	30.0	10	12.0

Hemşirelerin %27.3'ünün normal, %28.5'inin hafif, %14.2'sinin orta ve %30'unun şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olduğu saptandı. Diğer taraftan hemşirelerin %31'inin normal, %34.4'ünün hafif, %22.6'sının orta ve %12'sinin şiddetli düzeyde depresyon düzeyi tespit edildi.

Tablo 2. Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Beck Depresyon
Beck Anksiyete	r: 0.517 p: 0.001

Beck anksiyete ve Beck depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck anksiyete ile Beck depresyon puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde önemli bir ilişki bulundu (r: .517, p: .001).

TARTIŞMA

Artan sayıda çalışma yoğun bakım hemşireliği arasında ruh sağlığını incelemiştir, ancak bu konudaki çalışmalar hala sınırlı gözükmemektedir (Lu et al., 2019). Bu araştırma palyatif ve yaşam sonu bakım sağlayan ve YBÜ'de çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Her ne kadar araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında önemli bir fark bulunmasada hemşirelerin kayda değer anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip oldukları aynı zamanda anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde önemli bir ilişki bulunmuştur. Bulgularımızla uyumlu olarak konu ile benzer çalışmaların verileri YBÜ'de çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresif belirtiler deneyimledikleri ve bu semptomların apati, huzursuzluk, öfke, dikkatsiz davranış veya meslekten ayrılma gibi davranış değişikliklerine neden olabileceğini ortaya koymaktadır (Enns, Currie, & Wang, 2015; M. Karanikola et al., 2015; Kawano, 2008).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bu araştırmada hemşirelerin %14.2'sinin orta şiddete ve %30'unun şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Bu bulgu, önemlidir çünkü orta ila şiddetli anksiyete düzeyleri, hemşirelerin konsantrasyonlarını, değerlendirmelerini ve etkili problem çözmelerini engelleyebilir. Yunanistan'da YBÜ'de çalışan hemşirelerin anksiyete düzeylerini değerlendiren bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık %20'sinin orta şiddette anksiyete semptomları yaşadığını ortaya koymuştur (M. N. K. Karanikola et al., 2012).

Tükenmişlik sendromu olan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin prevalansının yüksek olduğu ve depresif belirtilerle anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir (Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen, 2014; Papathanasiou, 2015). YBÜ'deki hemşirelerin depresif belirtileri ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına göre, hemşirelerin %11'inde depresif semptomların olduğu ve tükenmişliği olan hemşirelerin depresif belirtileri tetikleme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vasconcelos, Martino, & França, 2018). Çek Cumhuriyeti'nde gerçekleştirilen benzer bir çalışmanın bulgularına göre YBÜ'deki hemşirelerin % 28'i anksiyete, %15'i depresyon ve %3'ünün travma sonrası stres bozukluğuna ait semptomlar taşıdığı bulunmuştur (Janda & Jandová, 2015).

Hemşireler, ölümlle ilgili kendi duygu ve düşüncelerinin ve ölüm olgusuyla ilgili endişelerinin farkındalarsa, hastalara ve ailelere daha iyi bakım sağlayabilirler. Ölümcül hastalara bakım ve ölüm olgusunun ele alınması hemşirelik mesleğinin en zorlayıcı yönlerindedir. Bu hastalara daha iyi bakım sağlayabilmek için hemşirelerin hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin farkında olmaları ve ölüm olgusunu kabul etmeleri gerekir. Özellikle yoğun bakım hemşirelerinin iyi bir ölüme yardım etmelerinde oynadıkları rol, hemşirelerin etkisini ve görünürlüğünü sağlamada büyük önem taşımaktadır (Ceyhan, Özen, Zincir, şimşek, & Başaran, 2018).

SONUÇ

Sonuç olarak bu araştırma, hemşirelerin önemli düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu sonuç hemşirelerin psikososyal açıdan desteklenmesini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Aygençel, G., & Türkoglu, M. (2014). Bir Dahili Yogun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri/General Characteristics and Costs of Terminal-Stage Patients in a Medical Intensive Care Unit. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, 5(1), 1.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000-1025. doi:10.1177/0269216314526272
- Brown, C. E., Engelberg, R. A., Nielsen, E. L., & Curtis, J. R. (2016). Palliative Care for Patients Dying in the Intensive Care Unit with Chronic Lung Disease Compared with Metastatic Cancer. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(5), 684-689. doi:10.1513/AnnalsATS.201510-667OC
- Burns, J. P., Sellers, D. E., Meyer, E. C., Lewis-Newby, M., & Truog, R. D. (2014). Epidemiology of Death in the PICU at Five U.S. Teaching Hospitals*. *Critical Care Medicine*, 42(9), 2101-2108. doi:10.1097/ccm.0000000000000498
- Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., & Başaran, M. (2018). How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies*, 42(10), 667-672. doi:10.1080/07481187.2018.1430084
- Ciccarello, G. P. (2003). Strategies to Improve End-of-life Care in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 216-222.
- Crawford, G. B. (2019). Psychological Symptoms. In R. D. MacLeod & L. Van den Block (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (pp. 423-434). Cham: Springer International Publishing.
- Edwards, J. D., Voigt, L. P., & Nelson, J. E. (2017). Ten key points about ICU palliative care. *Intensive Care Medicine*, 43(1), 83-85. doi:10.1007/s00134-016-4481-6
- Enns, V., Currie, S., & Wang, J. (2015). Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook*, 63(3), 269-277. doi:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.014>
- Ganz, F. D., & Sapir, B. (2019). Nurses' perceptions of intensive care unit palliative care at end of life. *Nursing in Critical Care*, 24(3), 141-148. doi:10.1111/nicc.12395
- Gavrin, J. R. (2007). Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35(2), S85-S94. doi:10.1097/01.ccm.0000252909.52316.27
- Hartjes, T. M. (2015). Making the Case for Palliative Care in Critical Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(3), 289-295. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.004>
- Hisli, N. (1988). Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory). *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.
- Janda, R., & Jandová, E. (2015). Symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression among Czech critical care and general surgical and medical ward nurses. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 298-309. doi:10.1177/1744987115584211
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C. P., Tsiaousis, G. Z., & Papatheanassoglou, E. D. E. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 847-857.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Kalafati, M., Stathopoulou, H., Mpouzika, M., & Goutsikas, C. G. (2012). Exploration of the Association Between Professional Interactions and Emotional Distress of Intensive Care Unit Nursing Personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(1), 37-45. doi:10.1097/DCC.0b013e31823a55b8
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of occupational health*, 50(1), 79-85.
- King, P. A., & Thomas, S. P. (2013). Phenomenological Study of ICU Nurses' Experiences Caring for Dying Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 35(10), 1292-1308. doi:10.1177/0193945913492571
- Köse, G., Durmaz, O., & Özet, F. (2011). Yoğun bakım ünitelerinde ve yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin ölüme karşı düşünce ve tutumlarının karşılaştırılması. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi. Acıbadem Hemşirelik Bilimsel Çalışmalar*.
- Langs, R. (2018). *Death anxiety and clinical practice*: Routledge.
- Leo, R. J., & Mariano, M. T. (2013). Psychological distress and psychiatric comorbidities in palliative care. In *Essentials of palliative care* (pp. 23-48): Springer.
- Lopera Betancur, M. A. (2015). Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33, 297-304.
- Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., . . . Li, M. (2019). Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses. *Frontiers in psychiatry*, 10, 260-260. doi:10.3389/fpsy.2019.00260
- Mathews, K. S., & Nelson, J. E. (2017). Palliative care in the ICU of 2050: past is prologue. *Intensive Care Medicine*, 43(12), 1850-1852. doi:10.1007/s00134-017-4828-7
- Nelson, J. E., Bassett, R., Boss, R. D., Brasel, K. J., Campbell, M. L., Cortez, T. B., . . . Project, f. t. I. P. C. i. t. I. C. U. (2010). Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)*. *Critical Care Medicine*, 38(9), 1765-1772. doi:10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23
- Orford, N. R., Milnes, S. L., Lambert, N., Berkeley, L., Lane, S. E., Simpson, N., . . . Bailey, M. (2016). Prevalence, goals of care and long-term outcomes of patients with life-limiting illness referred to a tertiary ICU. *Critical Care and Resuscitation*, 18(3), 181-188.
- Papathanasiou, I. V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 23(1), 22-28. doi:10.5455/aim.2015.23.22-28
- Quill, C. M., Ratcliffe, S. J., Harhay, M. O., & Halpern, S. D. (2014). Variation in Decisions to Forgo Life-Sustaining Therapies in US ICUs. *Chest*, 146(3), 573-582. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.13-2529>
- Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. P. W., Leland, N. E., Miller, S. C., Morden, N. E., . . . Mor, V. (2013). Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries: Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*, 309(5), 470-477. doi:10.1001/jama.2012.207624
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmén, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163-172.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Vasconcelos, E. M. d., Martino, M. M. F. D., & França, S. P. d. S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 135-141.
- World Health Organization. (2017). WHO Definition of Palliative Care. Geneva: World Health Organization. (Access: <http://www.who.int/cancer/palliative/definitio>).

S-56 KARACİĞER TRANSPLANTASYONU OLAN BİREYLERİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ

INTOLERANCE OF UNCERTAINTY LEVELS OF INDIVIDUALS WITH LIVER TRANSPLANTATION

Erman YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş- Amaç: Karaciğer nakli (KN) sonrası bireyler nispeten belirsiz süreçleri yaşamaktadırlar. Bu belirsizlikler arasında “eski sağlığıma kavuşur muyum?”; “acaba organ reddi yaşar mıyım?”; “başka hastalıklara yakalanır mıyım?” gibi durumlar söz konusudur. Kişilerin yaşamında sıkça karşılaşılan belirsizliklerin başta anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok psikopataloji ile ilişkisi kanıtlanmıştır. KN olan bireylerin bu belirsiz durumları yaşama olasılıklarının yüksek olduğu düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Bununla birlikte bu popülasyonun belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri hakkında literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma KN olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakil Hastanesi’nde karaciğer nakli olan 87 hastayla yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48.64 ± 12.76 olup, çoğunluğu erkek (%67.8), ilkokul mezunu (%52.9) ve evlidir (%87.4). Nakil olan hastaların BTÖ toplam puan ortalaması 34.70 ± 8.42 bulunmuş olup, ölçeğin alt boyutları olan ileriye yönelik kaygı ortalaması 20.71 ± 5.08 , engelleyici kaygı alt boyut ortalaması ise 13.98 ± 4.57 olarak bulundu. Buna göre hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük açısından riskli oldukları söylenebilir.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda karaciğer nakil hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi, ilerleyen dönemde oluşabilecek psikopatalojilerin öngörülmesinde katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Karaciğer Nakli, Psikiyatri.

GİRİŞ

Teorik olarak, bilinmeyen sonuçlarla ilişkili belirsizliği tolere edememenin, klinik olarak anlamlı kaygının geliştirilmesinde ve korunmasında rol oynadığı öne sürülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT), sanılanın aksine sorunlu olarak görülen bir durumun yanlış değerlendirilmesinden ziyade, bir durumun unsurlarının belirsiz olduğu ve buna tahammül etmenin zor olduğu durumları ifade eder. BT'nin çekirdeğinde bilinmeyenlerden korkma söz konusudur (Carleton, 2016). BT'ün anksiyete bozuklukları başta olmak üzere bir çok psikiyatrik bozukluğun gelişimine yol açan bilişsel süreçlerden biri olduğu ve bu bozukluklara yaklaşımda göz önünde bulundurulması gereken bir parametre olduğu bildirilmektedir (Milne, Lomax, & Freeston, 2019; Tanovic, Gee, & Joormann, 2018). Karaciğer nakli (KN) sonrası bireyler nispeten belirsiz süreçleri yaşamaktadırlar. Bu belirsizlikler arasında “eski sağlığıma kavuşur muyum?”; “acaba organ reddi yaşar mıyım?”; “başka hastalıklara yakalanır mıyım?” gibi durumlar söz konusudur. KN olan bireylerin bu belirsiz durumları yaşama olasılıklarının yüksek olduğu düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Bununla birlikte bu popülasyonun belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri hakkında literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma KN olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakil Hastanesi'nde yürütüldü.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakil Hastanesi'nde tedavi gören 450 nakil hastası bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemi belirlemek için yapılan güç analizi ile 0.05 yanılma düzeyi, 0.02 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile örneklem

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

büyüklüğü 107 olarak belirlendi. Bununla birlikte araştırma 26 Temmuz 2019 tarihi itibarı ile 87 hasta ile tamamlanabildi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olma,
- İletişime açık olma,
- Karaciğer nakli ameliyatının üzerinden en az bir hafta ile en fazla 5 yıl geçmiş olması.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Herhangi bir ruhsal soruna sahip olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

Verilerin Toplama Araçları

Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu ve 12 sorudan oluşan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özellikleri ve nakil olma durumları ile ilgili bilgilerini içeren toplam 12 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu, hastalığın başlangıç yaşı, nakil türü, nakil sonrası komplikasyon durumu vb.) oluşmaktadır.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ12): Carleton, ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiş olup, daha önce Freeston ve arkadaşları tarafından geliştirilen 27 maddelik ölçek esas alınarak 12 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (Carleton, Norton, & Asmundson, 2007). Ölçek 12 maddeden oluşan ve 2 alt ölçeği bulunan bir öz bildirim ölçeğidir (Boelen, Reijntjes, & Carleton, 2014). BTÖ12'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Sarıçam ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır. İlk 7 soru gelecekteki belirsiz olaylara yönelik bilişlerle ilişkili olan “İleriye Yönelik Kaygı” alt boyutunu oluştururken; son 5 soru ise belirsizlikle ilgili endişe belirtileri ve davranışsal belirtilerle ilişkili “Engelleyici Kaygı” alt boyutunu oluşturur. Ölçek 5’li Likert tipi ölçüm yapmakta olup, 1 ‘Bana hiç uygun değil’ ile 5 ‘bana tamamen uygun’ arasında dağılım göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçeği belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır,

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

yükselen puanlar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir (Sarıçam, Erguvan, Akın, & Akça, 2014).

BULGULAR

Bu bölümde, KN olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 1. Karaciğer Nakli Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş Ortalaması	48.64±12.76 yıl	(min-max=19-69)
Yaş		
19-45 yaş	29	33.3
46-57 yaş	33	37.9
58 ve üzeri yaş	25	28.7
Cinsiyet		
Kadın	28	32.2
Erkek	59	67.8
Medeni Durum		
Evli	76	87.4
Bekar	11	12.6
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Anne-baba	11	12.6
Eş ve çocuk	71	81.6
Diğer (Akraba veya yalnız)	5	5.8
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	46	52.9
Lise	27	31.0
Üniversite	14	16.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	16.1
Çalışmıyor	73	83.9
Ekonomik Durumunu Nasıl Algıladığı		
İyi	9	10.3
Orta	69	79.4

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Kötü	9	10.3
Nakil için Bekleme Süresi		
Beklememiş	36	41.4
1-12 ay	27	31.0
13 ay ve üzeri	24	27.6
Nakil Sonrası Komplikasyon Yaşama		
Durumu		
Evet	31	35.6
Hayır	56	64.4
Komplikasyon Türleri		
Enfeksiyon	19	61.3
Kanama	7	22.6
Rejeksiyon	5	16.1

Araştırma kapsamına alınan KN olan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1.'de belirtildi. Hastaların %37.9'unun 46 ile 57 yaşları arasında olduğu (yaş ortalamaları 48.64 ± 12.76 olup; minimum 19, maksimum 69), %67.8'inin erkek, %87.4'ünün evli, %81.6'sının eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %52.9'unun ilkokul eğitim düzeyinde olduğu, %83.9'unun herhangi bir işte çalışmadığı ve %79.4'ünün kendi ifadeleriyle orta düzeyde ekonomik seviyede oldukları belirlendi. KN olan bireylerin %41.4'ünün nakil için beklemediği, %64.4'ünün nakil sonrası herhangi bir komplikasyon yaşamadığı, komplikasyon yaşayanların ise %61.3'ünün enfeksiyon şikayetiyle başvurdukları tespit edildi (Tablo 1).

KN olan bireylerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma durumları ve nakil sonrası komplikasyon yaşama durumlarına göre BTÖ alt boyutları olan "İleriye Yönelik Kaygı" ve "Engelleyici Kaygı" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bununla birlikte erkek cinsiyette, evli bireylerde, herhangi bir işte çalışmayanlarda ve nakil sonrası komplikasyon geçirmeyen bireylerin ileriye yönelik ve engelleyici kaygı puanlarının daha yüksek seyrettiği tespit edildi.

KN olan bireylerin yaşları, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları ve nakil için bekleme sürelerine göre BTÖ alt boyutları olan "İleriye Yönelik Kaygı" ve "Engelleyici Kaygı" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

saptanmadı ($p>0.05$). Öte yandan 46-57 yaş aralığında olan, üniversiteden mezun olan, iyi ekonomik duruma sahip, 13 ay ve üzeri süreçte nakil beklemiş olan kişilerin ileriye yönelik ve engelleyici kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA

Nakil sonrası hastalar akut ve kronik nakille ilgili kaygılar, greft reddi olasılığı ve immün baskılayıcı ilaçların yan etkileri ile mücadele ederler (Gill, 2012). Çalışmalar, pek çok nakil alıcısının yaşamlarının nakil sonrası normalleşmesini beklediğini ve bu beklentiler karşılanmadığında hayal kırıklığına uğradıklarını göstermektedir (Dudley, Chaplin, Clifford, & Mutimer, 2007; Rodrigue, Hanto, & Curry, 2011). Sonuç olarak, bu popülasyonun duygudurum bozuklukları için riski artmış ve yaşam kalitesi azalmıştır (Craig, Miner, Remtulla, Miller, & Zanussi, 2017; Dudley et al., 2007). Her ne kadar bu araştırmada KN olan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından önemli bir fark saptanmasa da hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüğü deneyimlemeleri açısından riskli oldukları söylenebilir.

SONUÇ

Hastaların özellikle belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt bileşenlerinden olan engelleyici kaygı yaşama riskleri ileriye yönelik kaygı yaşama risklerinden daha yüksek olarak saptanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda karaciğer nakil hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi, klinisyenler açısından ilerleyen dönemde oluşabilecek psikopatolojilerin öngörülmesinde katkılar sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of Uncertainty and Adult Separation Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(2), 133-144. doi:10.1080/16506073.2014.888755
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Craig, J. A., Miner, D., Remtulla, T., Miller, J., & Zanussi, L. W. (2017). Piloting a Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant. *Health & Social Work*, 42(1), e44-e52. doi:10.1093/hsw/hlw064

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Dudley, T., Chaplin, D., Clifford, C., & Mutimer, D. J. (2007). Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Quality of Life Research*, 16(8), 1299-1308. doi:10.1007/s11136-007-9244-y
- Gill, P. (2012). Stressors and coping mechanisms in live-related renal transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1622-1631. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04085.x
- Milne, S., Lomax, C., & Freeston, M. H. (2019). A review of the relationship between intolerance of uncertainty and threat appraisal in anxiety. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e38. doi:10.1017/S1754470X19000230
- Rodrigue, J. R., Hanto, D. W., & Curry, M. P. (2011). Patients' expectations and success criteria for liver transplantation. *Liver Transplantation*, 17(11), 1309-1317. doi:10.1002/lt.22355
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (Ius-12) scale: the study of validity and reliability. *Route Educ Soc Sci J*, 1(3), 148-157.
- Tanovic, E., Gee, D. G., & Joormann, J. (2018). Intolerance of uncertainty: Neural and psychophysiological correlates of the perception of uncertainty as threatening. *Clinical Psychology Review*, 60, 87-99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.001>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-58 TÜRKİYEDE PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ YAPILAN TEZLERİN NİCELİĞİ

QUANTITY OF THE THESES RELATED WITH PALLIATIVE CARE IN TURKEY

Ahmet Seven

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik,
Kahramanmaraş/Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'nde kayıtlı palyatif bakım ile ilgili tezlerin durumunu belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metod: Web tabanlı, retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırma, Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'ne “palyatif bakım” anahtar kelimesi girilerek gerçekleştirildi.

Bulgular: Palyatif bakımla ilgili ülkemizde 1994-2019 yılları arasında toplamda 71 tez yapıldığı, bu tezlerin %49,29'unun (35) yüksek lisans, %8,45'inin (6) doktora ve %42,25'inin tıpta uzmanlık tezi (30) olduğu saptandı. Tıpta uzmanlık tezlerinin çoğunluğunun (%50) aile hekimliği alanında olduğu; yüksek lisans (%62,85) ve doktora (%66,66) tezlerinin çoğunluğunun ise hemşirelik alanında olduğu belirlendi. Felsefe ve Din Bilimleri, Müzik Anasanat Dalı ve Deontoloji gibi farklı disiplinlerin her birinden birer adet (%2,85) yüksek lisans tezi olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmada ülkemizde palyatif bakım ile ilgili yapılan tezlerin az sayıda olduğu görüldü. Palyatif bakım ile ilgili yapılacak tıpta uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarının artırılması önerilir.

Anahtar kelimeler: nicelik, palyatif bakım, tez

Abstract

Objective: To determine quantity of the theses related with palliative care in the Council of Higher Education Thesis Center, Turkey.

Methods: The web-based, retrospective and descriptive study was performed by entering the key word “palliative care” in the Council of Higher Education Thesis Center. Percentages were used in the presentation of the data.

Results: Between 1994-2019, 71 theses related with palliative care have been made in our country. 49.29%(35) of these theses were master's degree, 8.45%(6) were doctorate and 42.25%(30) were specialized in medicine. The majority of the medical theses (50%) in the

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

field of family medicine; the majority of the master's (62.85%) and doctoral (66.66%) theses were in the field of nursing. It was found that there were one (2.85%) master's thesis in each of the different disciplines such as Philosophy and Religious Sciences, Department of Music and Deontology.

Conclusion: In the study, it was determined that there were few theses related with palliative care in our country. It is recommended to increase the specialization in medicine, master's and doctoral thesis studies related with palliative care.

Keywords: palliative care, theses, quantity

GİRİŞ

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif kelimesi; geçici, geçiştirici, rahatlatıcı; hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler olarak tanımlarken; palyasyon kelimesi ise hafifletme, azaltma olarak tanımlanmıştır

(http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&elimeget=palyatif&hngget=md).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1980'lerde "tedavilere yanıt alınamayan hastaların bütüncül (total) bakımı" olarak tanımlanan palyatif bakım 2002 yılında "yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların erken tanılanması ve giderilmesi, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası" olarak güncellenmiştir. DSÖ çocuklar için palyatif bakımı "çocuğun vücudunun, aklının ve spiritüel yönünün bütün aktif bakımındır, ayrıca aileye destek vermeyi içerir" şeklinde tanımlamıştır (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology) (ASCO) da palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan semptom, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (Smith et al 2012). Ulusal Kanser Enstitüsü'nün (National Cancer Institute; NCI) tanımına göre ise palyatif bakım; kanser gibi yaşamı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım olarak tanımlamıştır (<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>). Türkiye tarihine bakıldığında Selçuklu ve Osmanlılar zamanında darülfifalar uzman hekimler ve yardımcı personelin ücretsiz olarak bireylere genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olarak karşımıza çıkmasına rağmen, günümüzde ülkemizde modern anlamda ileri düzeyde entegre olan kapsamlı palyatif bakım merkezleri bulunmamaktadır (Kahveci ve Gökçınar 2014).

Lisansüstü eğitim, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na göre yüksek lisans, doktora, tıpta, diş hekimliğinde, eczacılıkta ve veteriner hekimliğinde uzmanlık ve sanatta yeterliliği kapsamaktadır

(<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.2547&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>). Bilimsel bilginin üretilmesi ve bir konu hakkında toplumsal gelişimin sağlanmasında en önemli rolü üstlenen lisansüstü eğitimlerin yapıldığı kurumlar üniversitelerdir (Alkan, 2014).

AMAÇ

Bu çalışma Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'nde kayıtlı palyatif bakım ile ilgili tezlerin durumunu belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Web tabanlı, retrospektif ve tanımlayıcı nitelikte olan çalışma Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'ne “palyatif bakım” anahtar kelimesi girilerek arandı. Çalışmaya palyatif bakım anahtar kelimesiyle ulaşılan 1994-2019 yılları arasında yapılmış tüm tezler dahil edildi

BULGULAR

Çalışma da palyatif bakımla ilgili ülkemizde 1994-2019 yılları arasında toplamda 71 tezin yapılmış olduğu görüldü. Yapılan tezlerin çoğunluğunun yüksek lisans düzeyinde yapıldığı görüldü (Tablo 1).

Yüksek lisans tezlerinin %62,85'inin hemşirelik alanında yapıldığı, bunun yanında sağlık alanı dışında diğer alanlarda da palyatif bakım alanında tezlerin yapıldığı belirlendi. “Felsefe ve Din” (%2,85), “müzik anasanat dalı” (%2,85) ve “deontoloji” (%2,85) alanlarında birer adet yüksek lisans tezi yapıldığı saptandı. Doktora düzeyinde yapılan tezlerin %66,66'sının hemşirelik alanında olup, tıpta uzmanlık tezlerinin de %50'sinin “Aile Hekimliği” alanında yapıldığı tespit edildi (Tablo 1).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1. Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezine kayıtlı “palyatif bakım” ile ilgili tezlerin durumu

Tezler	n=71	
	%	n
Yüksek lisans	%49,29	35
Hemşirelik	%62,85	32
Felsefe ve din	%2,85	1
Müzik Anasanat Dalı	%2,85	1
Deontoloji	%2,85	1
Doktora	%8,45	6
Hemşirelik	%66,66	4
Sağlık Kurumları yöneticiliği	%16,66	1
Deontoloji ve Tıp Tarihi	%16,66	1
Tıpta uzmanlık	%42,25	30
Aile hekimliği	%50	15

TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların giderilmesi, psikososyal ve spiritüel desteğin mümkün olduğunca erken sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası olarak tanımlamıştır (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>). Palyatif bakım, ölümlü yaşamın normal bir parçası olarak kabul etmekte ve hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca yaşamını aktif olarak geçirmesini hedeflemektedir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların giderek artması palyatif bakımın tıbbi uygulamalar arasında önemli bir yer almasını sağlamıştır.

Ülkemizde “palyatif bakım” tam olarak benimsenmemiş ve genellikle “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak algılanmakta ve çoğunlukla ağrı yönetimi üzerinde durulmaktadır. Ülkemizde başlangıçta palyatif bakım servisleri bulunmamakla birlikte 1990’larda palyatif bakım terminal dönemdeki kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi için algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından medikal onkoloji üniteleri ve algoloji bölümlerinde sağlanmıştır (Bingley and Clark 2009).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Literatüre benzer şekilde çalışmamızda da görüldüğü gibi palyatif bakım ile ilgili tezler 1994 yılından itibaren yapılmaya başladığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi 2008 yılında ülkemizdeki palyatif bakım merkezlerinin yetersizliği ve yeterince yaygın olmaması durumunu değerlendirerek çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile düzenlenen 3 çalıştay sonunda Pallia-Türk adında bir proje hazırlanmış ve palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kansere Kontrol Programının en önemli temel bileşeni olarak kabul edilmiştir. Pallia-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulu ve KETEM'ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımına dayalı bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olduğu düşünülmektedir (Gültekin 2010). Çalışmamızda da görüldüğü gibi literatüre uyumlu olarak yapılan tezlerin büyük çoğunluğunun yüksek lisans ve doktora hemşirelik alanında olduğu ve tıpta uzmanlık tezlerinin çoğunluğunun Pallia-Türk projesinin temelini dayandırdığı aile hekimliği alanında olduğu görülmüştür (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmada ülkemizde palyatif bakım ile ilgili yapılan tezlerin az sayıda olduğu görüldü. Palyatif bakım ile ilgili yapılacak tıpta uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Bu bağlamda lisansüstü danışmanlık veren akademisyenlerin palyatif bakım ile ilgili çalışmalarını artırarak konuya özgü tez yazmak için öğrencilerini yönlendirmeleri önerilir.

KAYNAKLAR

Alkan G. Türkiye'de muhasebe alanında yapılan lisansüstü tez çalışmaları üzerine bir araştırma (1984- 2012). Muhasebe ve Finansman Dergisi 2014;61: 41-52.

Bingley A, Clark D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the middle east cancer consortium (Mecc). Journal Of Pain and Symptom Management 2009;37(3): 287-96.

Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.

<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.2547&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategori=terim&ke limeget=palyatif&hngget=md

<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Kahveci K, Gökçınar D. (Eds), (2014). Palyatif bakım.(içinde) Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul s:1-5.

Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. (). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. Journal of Clinical Oncology 2012;30(8): 880-887.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-59 HEMŞİRELERDE PALYATİF BAKIM DAVRANIŞLARI; KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI NASIL ETKİLER?

PALLIATIVE CARE BEHAVİORS IN NURSES; HOW DOES SELF-REALIZATION AFFECT ATTITUDES AND BEHAVİORS TOWARDS END-OF-LİFE CARE?

¹Zeliha CENGİZ, ²Hilal YILDIRIM, ³Sema KÖMÜRKARA

¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Dr. Öğr. Üye. Malatya

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dr. Arş. Grv. Malatya

³Hekimhan Devlet Hastanesi, Hemşire, Malatya

Özet

Giriş: Hastanın yaşamının son günlerinde onunla iletişim kurmak ve destek sağlamak önemlidir. Hemşirelerin kişisel ve mesleki motivasyonlarının oluşması, gelişmelere, değişimlere ayak uydurabilmeleri, meslek çalışanlarının profesyonelleşmesi ancak kendini gerçekleştirme sağlandığında mümkün olacaktır.

Amaç: Hemşirelerde yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışları belirlemek, hemşirenin kendini gerçekleştirme durumunun bu tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma ilişkisel tanımlayıcı tipte olup, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde yapıldı. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği” kullanılarak toplandı.

Bulgular: Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının 36.47 ± 6.37 , yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79 ± 7.23 olduğu belirlendi.

Sonuç: Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi ($p < .001$).

Anahtar kelimeler: hemşirelik; yaşam sonu bakım; kendini gerçekleştirme

Abstract

Introduction: It is important to communicate and support the patient in the last days of his life. Nurses will be able to develop their personal and professional motivations, to keep up with developments, to keep up with the changes, to professionalize the professional workers only when self-realization is achieved.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Objective: The aim of this study was to determine attitudes and behaviors related to end-of-life care in nurses and to determine the effect of self-actualization status of nurses on these attitudes and behaviors.

Methods: The research was of relational descriptive type and was performed in İnönü University Turgut Özal Medical Center adult intensive care units and wards. Data were collected using the “Descriptive Information Form, Healthy Lifestyle Behaviors Self-Realization Sub-Scale, and Attitudes and Behaviors Towards End-of-Life Care Scale”.

Results: The mean score of self-fulfillment of the nurses was 36.47 ± 6.37 , and the mean score of end-life attitude and behavior scale was 53.79 ± 7.23 .

Conclusion: It was determined that there was a positive positive relationship between nurses' attitudes and behaviors towards end-of-life care and their individual development, and nurses who performed themselves had more positive attitudes and behaviors towards end-of-life care ($p < .001$).

Key words: Nursing; End-of-life care; Self-realization

GİRİŞ

Palyatif bakım olarak da tanımlanan yaşam sonu bakım, tıbbi girişimlerin süreci önleyemediği bir dönemdir. Bu dönemde amaç son günlerinde hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması ve üst düzeye çıkarılması, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması, ölüm sürecine hazırlanması ve “iyi bir ölüm”ün sağlanmasıdır (1, 2, 3). Bu nedenle, bu dönemdeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmette en büyük rol sağlık profesyonelleri içerisinde hemşirelere düşmektedir (4).

Hemşire, terminal dönemdeki hastayla en yoğun zamanı geçiren, onunla doğrudan iletişimde bulunan sağlık çalışanıdır (5). Hemşire hastanın en yakınındaki kişi olması nedeniyle diğer sağlık ekibi içinde yaşam sonu bakım konusunda çok daha önemli bir role sahiptir (5). Hemşireler, ölmekte olan hastaları birer nesne olarak değil; düşünen, algılayan, sosyal konumu ve anıları olan bir birey olarak kabul etmeli ve vereceği bakım ile hastalara kaliteli bir ölüm süreci geçirmesini sağlamalıdır (5).

Ölümcül hastalıklar, hasta ve ailesini zorladığı kadar sağlık ekibini de zorlamaktadır. Sağlık alanında çalışan bireyler, özellikle hemşireler ölümü yakın olan hastalarla ve ölümlü sürekli karşılaşmaktadır. Şüphesiz ki, hemşirelik mesleğinin en zor yönlerinden biri ölümü beklemekte olan hastaya bakım vermek ve tedavi uygulamaktır (4, 6, 7). Ölümcül hastalara bakım veren hemşirelerin, hasta ve yakınlarının korkularının azaltılması, hasta bireyselliği ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal yönden desteklenmesi, aileyi yas sürecine hazırlama gibi sorumlulukları vardır. Semptomlar kontrol edilerek hastanın rahat ölüme hazırlanması sağlanmalıdır (8). Ölüme yaklaşan hastanın acısını azaltmak, kaygı, korku, ağrı gibi semptomları kontrol etmek ve diğer fizyolojik semptomları yönetmek, hastanın tedaviye katılımını sağlamak gibi girişimler hastanın yaşam kalitesini artıracak hemşirelik yaklaşımlarındandır (4).

İnsan davranışlarını yönlendiren en önemli etken gereksinimlerdir. Bireyler gereksinimleri doğrultusunda motive olurlar. Abraham Maslow, “Gereksinimler Hiyerarşisi” adlı motivasyon teorisinde bu gereksinimleri; sırasıyla fiziksel gereksinimler (yeme, içme, seks vb), güvenlik gereksinimleri (iş şartları, iş güvenliği vb), sosyal gereksinimler (aile, iş, arkadaş ilişkileri vb) benlik gereksinimleri (kendini başkalarına gösterme) ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri (bireylerin sahip oldukları potansiyellerini geliştirme ve yaratıcılıklarını en üst düzeye çıkarma) olarak ifade etmektedir. Maslow’a göre ilk dört basamaktaki gereksinimler sırasıyla karşılanırsa birey bir üst düzeydeki kendini gerçekleştirme gereksinimlerini” karşılamaya yönelir (9). Kendini gerçekleştirme insanın temel fonksiyonlarından birisidir. Kendini gerçekleştirme gereksinimleri; kişinin amacını gerçekleştirme, potansiyelini ortaya çıkarması, kişisel tatmin, kişisel başarı ve bilimsel buluşları içerir (9, 10, 11).

Hemşirelerin bireysel ve mesleki açıdan sürekli gelişen, sorumluluk üstlenen, araştırma yoluyla sorunlara çözüm üreten, liderlik özelliğine sahip, güçlü kişilerarası iletişim kuran meslek üyeleri olmaları gerekmektedir (12). Sağlık bakım ekibinin en önemli unsurunu oluşturan hemşirelerin sahip olması gereken bu özellikler temel gereksinimler hiyerarşisinde kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmalarıyla mümkün olacaktır.

Bu bağlamda hemşirelerin kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmaları ve bu basamakta kalmaları kişisel ve mesleki motivasyonları, gelişmeleri, gelişme ve değişimlere ayak uydurabilmeleri açısından önemlidir. Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal, fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini karşılayabilmek için yaşam sonu bakıma ilişkin hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olması, hasta ve ailesine etkili destek sağlayabilmek için kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmış olmaları gerekmektedir.

AMAÇ

Bu çalışma, hemşirelerde yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışları belirlemek, hemşirenin kendini gerçekleştirme durumunun bu tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yeri

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde yapıldı.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde görev yapmakta olan ve aktif olarak hasta bakımına katılan hemşireler oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine başvurulmamış olup araştırmacılar tarafından hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve katılmayı kabul eden toplam 227 hemşire ile araştırma yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği” kullanılarak toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucu geliştirilen bu form; hemşirelerin bilecek sosyodemografik (yaş, cins, medeni durum, eğitim durumu), yaşam sonu bakım ve ölüme ilişkin değişkenleri içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği

Zomorodi (16) tarafından 2008 yılında Amerika’da geliştirilen ölçek, üç aşamada geliştirilmiştir. Ölçeğin iç güvenirlik Cronbach Alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tamamı tutum alt boyutu 10 maddeden, davranış alt boyutu ise 6 madde olmak üzere toplam 16 maddeden oluşmaktadır (13).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin “Kendini Gerçekleştirme” alt boyutu

Pender tarafından geliştirilen (1987), Esin (1997) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin, “Kendini Gerçekleştirme” alt boyutu 13 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (14, 15).

Verilerin Toplanması

Veriler 19 Temmuz -26Eylül2019 tarihleri arasında anket formu ile toplanmıştır. Gündüz vardiyasında kliniklere gidilerek klinik hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, verilen formları doldurmaları istenmiştir. Anket formunun cevaplanma süresi yaklaşık 8-10 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için “SPSS for Windows 22” paket programı kullanıldı. Hemşirelerin gruplandırılmış verileri sayı ve yüzde olarak, sürekli verileri ise ortalama ve standart sapma olarak verildi. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği arasındaki ilişki kolerasyon testi ile değerlendirildi. Ölçeklerin sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilmesi için bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Korelasyon testleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

308

BULGULAR

Yaş ortalaması 31.67 ± 5.69 olan hemşirelerin %71.4'ü kadın, %61.7'si evlidir. Hemşirelerin %63.4'ünün servislerde çalışan hemşirelerden oluştuğu, %42.7'sinin yaşam sonu bakıma yönelik eğitim aldığı ve % 31.7'sinin çok sık ölüm olayı gördüğü saptandı.

Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının 36.47 ± 6.37 , yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79 ± 7.23 olduğu belirlendi (davranış alt boyutu puan ortalaması: 18.98 ± 4.62 ; tutum alt boyutu puan ortalaması: 34.81 ± 4.47).

Cinsiyet, medeni durum ve çalışılan klinik gibi değişkenlerin iki ölçek puanları üzerinde etkili olmadığı, mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların hem yaşam sonu bakım davranışları hem de kendini gerçekleştirme puanlarında istatistiksel olarak önemli bir artışa neden olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış puanları yüksek değildi. Literatür incelendiğinde, pek çok hemşirenin palyatif bakım hastasına ve ailesine bakım verme ve ihtiyaçlarını karşılama sırasında güçlükler yaşadığı görülmektedir (16-18). Karen ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ark.'ı ölümlle karşılaşan hemşirelerin üzüntü ve keder yaşadıklarını ve karşılaşma sıklığı arttıkça ölüme karşı geliştirilen tutumun olumlu olduğunu belirtmiştir (18). Çevik, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım verirken keder yaşadıklarını ifade etmiş, yarısından fazlasının da yaşam sonu bakım vermek istemediklerini belirtmiştir (16). Yapılan araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi, hemşirelerin yaşam sonu bakıma karşı olumlu ya da olumsuz tutumları, hastalara ve ailelerine verilen bakımı ve bakım davranışlarını etkilemektedir.

Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puanları 36.47 olarak belirlendi. Ünsar ve ark. da yaptıkları çalışmada hemşirelerin kendini gerçekleştirme puanlarını 38.9 olarak belirlemiştir. Hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar nedeniyle kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmaları engellenebilir. Hemşireler bireysel ve mesleki yaşamlarında ancak alt düzeydeki gereksinimlerini karşıladıktan sonra bir üst düzeydeki gereksinimlerini karşılayabilirler. Yapılan çalışmalarda bireylerin kendini gerçekleştirme gereksinimlerini yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık durumu, aile yapısı ve çocuk sayısı vb. değişkenlerin etkilediği bildirilmiştir (19-24)

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi ($p < .001$). Mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu bakım davranışları üzerinde etkili olduğu belirlendi.

Sonuç olarak kendini gerçekleştiren, mesleğini seven ve yaptığı işten memnun olan hemşirelerin yaşam sonu bakım davranışlarının daha yüksek düzeyde olduğu düşünüldüğünde palyatif bakım vermekte olan hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimlerinin desteklenerek zorlu bakım ortamlarına adaptasyonlarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2010: 89s.
2. Costello J. Dyingwell: nurses' experiences of 'goodandbad' deaths in hospital. J Adv Nurs, 2006; 54(5): 594-601.
3. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R. Physician attitudes and practice in cancer pain

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Inter Med, 1993; 119(2): 121-126.
4. Bahar A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6):147-158.
 5. Özdemir Z, Çelik SŞ. Terminal dönemde olan hastanın bakımı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2011; 3(2): 81-88.
 6. Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25(4 Özel ek): 62-65.
 7. Zomorodi M, Lynn M. Instrument Development Measuring Critical Care Nurses' Attitudies and Behaviours with End-of-Life-Care, Nurs Res. 2011, 59(4): 234-240.
 8. Terakye Hasta Hemşire İlişkileri. 2. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, 1994.
 9. Maslow A.H. A theory of human motivation. Psychological Review, 50, 370-396. Erişim tarihi:26.07.2010. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
 10. Birol, L. Hemşirelikle ilgili kavramlar. Hemşirelik Süreci, (9. Baskı, s. 14-15). İzmir: Etki Matbaacılık, 2009.
 11. Kuzgun, Y. Kendini gerçekleştirme.
Erişim: 26.07.2010 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/34/970/11942.pdf>
 12. Kaya, H. Hemşirelikte sürekli profesyonel gelişimin kuramsal, felsefi ve örgütsel temelleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002; 12(49), 53-60.
 13. Özel Yalçınkaya S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Türkiye.
 14. Esin, N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 1997.
 15. Ünsar, Serap, et al. "Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler." 2011.
 16. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri., Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2010: 89s.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

17. Bryant J, Ewins D. Relative comfort. *Nursing Times*, 1992; 88(52):61-63.
18. Karen S, Cecile O, Elizabeth S. Nursing experience and care of dying patient. *Oncol Nurs Forum*, 2005; 32(1):97-103.
19. Alpar, Ş.E., Şenturan, L. & Karabacak, Ü. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish Universty nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*, 2008: 8, 382-388.
20. Altıparmak, S. & Kutlu, A. K. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009: 8(5), 421-426.
21. Özkan, S. & Yılmaz, E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçim davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008: 3(7), 89-105.
22. Pirincci, E., Rahman, S., Durmuş, A. B. & Erdem, R. Faktors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*, 2008: 122, 1261-1263.
23. Yalçınkaya, M., Özer, F. G. & Karamanoğlu, A. Y. 2007. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6),409-420.
24. Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. & Erkorkmaz, Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007: 14(2),101-109.

S-60 PALYATİF BAKIMDA AİLE DESTEĞİ

FAMILY SUPPORT IN PALIATIVE CARE

Derya BIÇAK AYIK, Derya AKÇA, Zeliha CENGİZ

1 Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Siirt/Türkiye

2 Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye

3 İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

İleri evre, tedavi edilemez hastalık tanısı konan hastaları desteklemeye odaklanan Palyatif bakım “aile merkezli” olup hasta ve ailelerinin tüm fonksiyonlarına temel teşkil eder. Hayatı tehdit edici bir tanı, aile üyeleri üzerinde hastalardan daha büyük olumsuz psikolojik etkiye sahip olabilmektedir. (Hudson & Aranda, 2014). Palyatif bakım alan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme rolleri sonucunda yaşadıkları stres olan bakım yükü; bu bireyleri duygusal, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir. Bakım verenlerde % 12 ile% 59 arasında depresyon ve % 30 ile% 50 arasında anksiyete oranları bildirilmiştir. Ne yazık ki, bu yüksek psikolojik stres oranları yeterince tanınmamakta ve ele alınmamaktadır. Aile üyeleri bakım verme rolleriyle ilgilenirken, kendi bakımlarını ihmal etmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Hastalar ve aile üyeleri genellikle ölmekte olan ve kayıplarla yüzleşmek için duygusal desteğe ihtiyaç duymakta ve bazı aile üyelerinde tedavi gerektiren karmaşık bir keder geliştirmektedir. Uzun süreli keder ve yas ile başa çıkmada ihtiyaçları olan kişilerin, uzman danışmanlığına veya psikiyatri servislerine yönlendirilmesi gerekmektedir.

Aile bakıcılarının psikososyal ihtiyaçları sıklıkla hastanın ihtiyaçlarına göre ikincil olarak görülür veya göz ardı edilir; ihtiyaçların değerlendirilmesinde tutarlılık ya da sistematik bir yaklaşım yoktur. Verilen destek çoğu zaman yetersiz kalmakta ve aile üyeleri tarafından fark edilmemekte, destek genellikle ölüm ile sınırlı kalmakta ve aile üyeleri kendilerini bilgilendirme ve bakım planlamasının dışında tutulduğunu hissederler.

Sağlık çalışanları, hastaların yanı sıra aile üyeleri için de psikososyal destek sağlamanın çok büyük bir zorluk oluşturduğunu ve bu türden bir destek için gerekli kaynaklara sahip olmadıklarını ifade etmektedirler. Ailelere verilen destek ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Ülkemizde palyatif bakım hastalarına özgü olmamakla birlikte engelliliği sağlık raporu ile tescil edilen bireylerin ailelerine evde bakım maaşı verilmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki palyatif bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kapsamında kanserli hastalara ve ailelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanmaktadır.

Palyatif bakım programları, yakınlarının hastalığından etkilenen aile üyelerine müdahale etme ve destek olma imkânına sahiptir. Ölmekte olan bir akrabanın bakımı ile ilgili önemli yük göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bakım ve yas sırasında, sağlık sağlayıcıların aile üyelerinin yaşam kalitesini artırmaya odaklanması gerektiğini savunmaktadır. Yakınıni kaybeden aile üyesi, kaybetme, yalnızlık, öfke, suçluluk ve hasta için yaptıklarının yeterli olup olmadığına dair şüphe duyguları ile mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Hastanın kaybından sonraki süreçte ailelere destek olunmasının gerekliliği belirtilmesine rağmen, nasıl bir destek verileceği ve kime verileceği hususunda bir görüş birliği yoktur. Bu doğrultuda bakım veren aile üyelerini güçlendirmeye yönelik kanıt temelli uygulamalara gereksinim vardır. Aile üyelerinin ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde tutarlı ve sistematik bir yaklaşım sağlanmalıdır. Ayrıca aile üyelerine bakım verme ile ilgili eğitimler verilmeli, kaynaklar ve hastanın genel sağlık durumu hakkında aileler bilgilendirilmeli ve baş etme becerileri güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile desteği, bakım, palyatif bakım

GİRİŞ

Palyatif bakım, ciddi hastalığı olan kişiler ve aileleri için yaşam kalitesini arttırmaya odaklanan disiplinlerarası bir uzmanlık alanıdır (Kelley & Morrison, 2015). Palyatif bakım, ciddi hastalık süresince semptom yönetimine ve yaşam kalitesine öncelik verir (Hanssen & Pedersen, 2013). Son yirmi yılda, özel palyatif bakımın kullanımı birçok kurum tarafından onaylanmış ve uzun süreli bakımda ve toplum temelli ortamlarda çoğalmıştır (Ferrell, Temel, Temin, & Smith, 2017). Palyatif bakım hızlı büyümesine rağmen, palyatif bakıma erişim, hem hastalar hem de aile bakıcıları tarafından sunulan hizmetlere olan ihtiyacı hala karşılamamaktadır (Dionne-Odom, Ornstein, & Kent, 2019). Palyatif bakım hizmetlerini hiç duymamış olan hasta ve ailelerinin bu tür hizmetleri sağlayıcılardan talep etme olasılığı daha düşük olabilmektedir (Dionne-Odom et al., 2019).

Son yıllarda, bakım veren aile üyelerinin palyatif bakımda oynadığı kritik rolün önemi giderek artmaktadır (Chung, Collier, & Gott, 2019). Aileler bakımın, sağlığın ve refahın önemli bir ögesidir. Ailelerin sağlık sistemi içinde kalite ve güvenlik girişimleri ve yüksek bakım standartlarını sağlamada oynadıkları roller oldukça önemlidir (Brent, Santy-Tomlinson, & Hertz, 2018). Bakım veren aile üyeleri tanı aşamasından yaşamın sonuna kadar ciddi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hastalığı olan ve bağımlı olan hastaya bakmanın getirdiği yükten kaynaklanan zorluklar nedeniyle günlük sağlık bakımını ve diğer görevlerini yerine getirmede zorluklar yaşayabilmektedir. Bu nedenle, bakım veren aile üyeleri özel palyatif ve darülaceze bakım desteğine ihtiyaç duymaktadır (Dionne-Odom et al., 2019).

Palyatif bakım hemşiresi aile çatışmalarının ve aile desteğinin boyutunun tespitinde hayati öneme sahiptir. Bu tür destek ve çatışmalar hastaların deneyimlerini etkileyebilir ve bakım hedefleri ile ilgili tartışmaları zorlaştırabilir. Bu durumlar tespit edildikten sonra, disiplinlerarası ekip ile aile toplantılarının yapılması ve mevcut durumun ele alması ile uzlaşma sağlamaktadır (Glajchen & Goehring, 2017).

Değerlendirme

İlk etapta, ailenin hasta bakımındaki rolünün kapsamlı bir holistik anlayış sağlanması ve belgelendirilmesi gerekmektedir. Dikkat edilmesi gereken başlıca konular şunlardır:

- Yasal olarak bakım veren "yakın akrabası" kimdir?
- Aile bakım sağlamak istiyor mu?
- Daha önce bakım verildi mi? Verildiyse kim verdi ve ne tür bir bakım verildi?
- Bu bakım ne sıklıkta gereklidir?
- Hastanın / ailenin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli mi?
- Bakımın sağlandığı ortam uygun ve yeterli mi?
- Hasta hangi kaynaklara veya ekipmanlara ihtiyaç duymaktadır? örn. yürüyüş yardımcıları
- Hasta doktorunu, hemşiresini veya diğer bakım veren kişileri ne sıklıkla görüyor?
- Nasıl idare ediyorlar?
- Tartışılması gereken herhangi bir endişe veya algıları var mı?
- Gerekli ve sağlanan bakım ile ilgili olarak hasta veya aile için maddi endişeler var mı?
- Bu sorumluluk aşırı sıkıntıya neden oluyor mu? (Brent et al., 2018).

Ailelerin iş ve bakmakla yükümlü oldukları çocuklar gibi başka öncelikleri de vardır ve sağlık personeli asla ailenin bakım verebileceğini veya istekli olduğunu varsaymamalı, aile doğrudan bakıma karışmamayı tercih ederse yargılama yapılmamalıdır. Sağlık personelinin, aile üyesi olmayanlar tarafından ne kadar destek alınabileceğini ve verilebileceğini, bununla ilgili maliyetleri ve bunun ne kadar etkili olduğunu belirlemesi önemlidir. Hastaların ve ailenin

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sosyal bakım kuruluşlarından veya gönüllü kuruluşlardan erişebileceği hibe ve maddi yardımlar mevcut olabilmektedir. Bu yüzden aileye, kaynak sağlayabilecek herhangi bir gönüllü veya toplum temelli desteğin farkında olup olmadıkları sorulmalıdır (Brent et al., 2018; Glajchen & Goehring, 2017; Harding et al., 2012; Vermorgen et al., 2019).

Palyatif Bakım Alan Hastaların Ailelerinde Bakım Verme Yüğü

Bakım veren aile üyeleri, yaşam sonu bakımının birincil sağlayıcılarıdır; genellikle duygusal destek, fiziksel bakım, ilaç yönetimi, günlük yaşam aktiviteleri ve ev işleri gibi pratik işlerde hastaya destek sağlarlar (Vermorgen et al., 2019). Ölmek üzere olan bir insana bakım vermek aile üyeleri için genellikle faydalı bir deneyim olarak değerlendirilmesine rağmen, kanıtlar bu sorumluluğun; belirsizlik, çaresizlik, sıkıntı, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceğini göstermektedir (Harding et al., 2012; Henriksson, Carlander, & Årestedt, 2015; Vermorgen et al., 2019). Bakım verenlerde % 12 ile % 59 arasında depresyon ve % 30 ile % 50 arasında anksiyete oranları bildirilmiştir (Hudson & Aranda, 2014). Ne yazık ki, bu yüksek psikolojik stres oranları yeterince bilinmemekte ve ele alınmamaktadır (Ziegler et al., 2011). Ayrıca, genellikle karşılanmamış bir destek ihtiyacını bildiren bakım verenler zihinsel ve fiziksel sağlık açısından yüksek risk altındadır (Chung et al., 2019; Williams et al., 2018). Ailelerin özel bakım becerileri geliştirmeleri gerekebilir ve bunun için bazı düzenlemelerin yapılması gereklidir (Brent et al., 2018). Bu durum, bakım veren aile üyelerini desteklemek için daha fazla girişimin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Chung et al., 2019).

Bakım verenin sağlığı ile hastanın fiziksel ve psikolojik sağlığı arasında bir ilişki vardır, bu nedenle sağlık ve sosyal bakım hizmetleri bakım verenleri tam olarak desteklemelidirler. Bu ancak sürekli temas ve iletişim ile sağlanabilmektedir (Falaschi & Eleuteri, 2017). Hemşire genellikle hasta ve aile ile diğer disiplinlerden daha fazla zaman harcadığından, hastanın durumuyla ilgili tıbbi ayrıntıları açıklığa kavuşturmak, bakıcıların karar verme sürecine katılım tercihlerini ve yaşam sonu sorunları hakkında konuşmaya hazır olduklarını değerlendirmek için benzersiz bir şekilde konumlandırılmıştır (Glajchen & Goehring, 2017). Ailelerin taburcu olduktan sonra da bakıma dahil edilmesi için taburcu planlama sürecinde palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailesi ile açık bir konuşma yaparak dikkatli bir planlama ve organizasyon sağlamalıdır ve evdeki ekipman ve olanaklar için düzenlemeler yapılmalıdır (Brent et al., 2018).

Palyatif bakım hemşiresi, ailelerin tıbbi bilgileri işlemelerine yardımcı olmalarında, hastanın isteklerine uygun tıbbi bakımı savunmada ve hasta/aileleri bakım planının sonuçları

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

aracılığıyla düşündükleri şekilde desteklemelerinde merkezi bir rol oynamaktadır (Ahluwalia et al., 2016). Palyatif bakımda hastalara sunulan bakımın yatarak veya ayaktan tedavi ile alındığına bakılmaksızın etkili iletişim, semptom yönetimi ve yaşam sonu bakımının temellerini sağlam bir şekilde anlamak çok önemlidir (Swetz & Kamal, 2018). Hastanın kalıcı veya geçici olarak evde bakım hizmetine taburcu edileceğine dair bir karar verilmesi halinde, ailenin sosyal ve finansal sorunları sosyal hizmet uzmanlarının yardımı ile dikkatlice düşünülmelidir (Brent et al., 2018). Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını belirlemede aile toplantıları da oldukça önemlidir. Aile toplantıları, tıbbi bilgilerin iletilmesi, bakım hedeflerinin belirlenmesi ve karar vermede fikir birliğine varılması için değerli bir klinik araç sağlamaktadır. Aile toplantısı, bakımının merkezi rolünü kabul etmek ve destek sağlamak için ideal bir forumdur. (Glajchen & Goehring, 2017).

Palyatif bakım programları, yakınlarının hastalığından etkilenen aile üyelerine müdahale etme ve destek olma imkanına sahiptir (Knapp, Madden, Curtis, Sloyer, & Shenkman, 2010). Hastanın kaybindan sonraki süreçte ailelere destek olunmasının gerekliliği belirtilmesine rağmen, nasıl bir destek verileceği ve kime verileceği hususunda bir görüş birliği yoktur (Can, 2017). Ölmekte olan bir aile üyesinin bakımı ile ilgili önemli yük göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bakım ve yas sırasında, sağlık sağlayıcıların aile üyelerinin yaşam kalitesini artırmaya odaklanması gerektiğini savunmaktadır (Hudson & Aranda, 2014). Ülkemizde palyatif bakım hastalarına özgü olmamakla birlikte engelliliği sağlık raporu ile tescil edilen bireylerin ailelerine evde bakım maaşı verilmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki palyatif bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri kapsamında kanserli hastalara ve ailelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanmaktadır (Can, 2017). Sonuç olarak, palyatif bakımda aile desteği oldukça önemlidir. Hastaya verilen bakımın yanı sıra bakım veren aile üyeleri de ihmal edilmemeli, sağlık sağlayıcıları bakım verenin desteklenmesini sağlayacak bakım gereksinimlerini düzenli olarak gözden geçirmelidir (Brent et al., 2018).

KAYNAKLAR

- Ahluwalia, B. S. C., Schreibeis-baum, H., Thomas, J., Reinke, L. F., Lorenz, K. A., Unit, I. C., ... Aslakson, R. (2016). Nurses As Intermediaries: How Critical Care Nurses Perceive Their Role İn Family Meetings. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 33–38.
- Brent, L., Santy-Tomlinson, J., & Hertz, K. (2018). Family Partnerships, Palliative Care and

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- End of Life. In J. Santy-Tomlinson, P. Falaschi, & K. Hertz (Eds.), *Fragility Fracture Nursing* (pp. 137–145). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_11
- Can, G. (2017). *Uluslararası & 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Konsensüs Toplantısı*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Chung, A., Collier, A., & Gott, M. (2019). Community-led and/or Focused Initiatives to Support Family Carers within a Palliative Care Context: An Integrative Review. *Palliative Medicine*, 33(2), 250–256. <https://doi.org/10.1177/0269216318813813>
- Dionne-Odom, J. N., Ornstein, K. A., & Kent, E. E. (2019). What Do Family Caregivers Know about Palliative Care? Results from a National Survey. *Palliative & Supportive Care*, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000154>
- Falaschi, P., & Eleuteri, S. (2017). The Psychological Health of Patients and Their Caregivers. 201–211. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43249-6_14
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., & Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: ASCO Clinical Practice Guideline Update Summary. *Journal of Oncology Practice*, 13(2), 119–121. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.017897>
- Glajchen, M., & Goehring, A. (2017). The Family Meeting in Palliative Care: Role of the Oncology Nurse. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 489–497. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>
- Hanssen, I., & Pedersen, G. (2013). Pain Relief, Spiritual Needs, and Family Support: Three Central Areas in Intercultural Palliative Care. *Palliative and Supportive Care*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000102>
- Harding, R., Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., George, R., ... Higginson, I. J. (2012). What are the Perceived Needs and Challenges of Informal Caregivers in home cancer palliative care? Qualitative Data to Construct a Feasible Psycho-Educational Intervention. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), 1975–1982. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1300-z>
- Henriksson, A., Carlander, I., & Årestedt, K. (2015). Feelings of Rewards among Family Caregivers During Ongoing Palliative Care. *Palliative and Supportive Care*, 13(6), 1509–1517. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000540>
- Hudson, P., & Aranda, S. (2014). The Melbourne Family Support Program: Evidence-Based Strategies That Prepare Family Caregivers For supporting palliative care patients. *BMJ*

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Supportive and Palliative Care*, 4(3), 231–237. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000500>
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously ill. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>
- Knapp, C. A., Madden, V. L., Curtis, C. M., Sloyer, P., & Shenkman, E. A. (2010). Family Support in Pediatric Palliative Care: How are Families Impacted by Their Children's Illnesses? *Journal of Palliative Medicine*, 13(4), 421–426. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0295>
- Swetz, K. M., & Kamal, A. H. (2018). Palliative Care. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/AITC201803060>
- Vermorgen, M., De Vleminck, A., Leemans, K., Van den Block, L., Van Audenhove, C., Deliens, L., & Cohen, J. (2019). Family Carer Support in Home and Hospital: A Cross-Sectional Survey of Specialised Palliative Care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001795>
- Williams, L. A., Moeke-Maxwell, T., Wiles, J., Black, S., Trussardi, G., Kerse, N., & Gott, M. (2018). How Family Caregivers Help Older Relatives Navigate Statutory Services at the end of Life: A Descriptive Qualitative Study. *Palliative Medicine*, 32(6), 1124–1132. <https://doi.org/10.1177/0269216318765853>
- Ziegler, L., Hill, K., Neilly, L., Bennett, M. I., Higginson, I. J., Murray, S. A., & Stark, D. (2011, March). Identifying Psychological Distress at Key Stages of the Cancer Illness Trajectory: A systematic review of Validated Self-Report Measures. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.024>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-61 ACİL SERVİSLERDE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN ÖNEMİ
IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE SERVICES IN EMERGENCY
DEPARTMENTS

Fatma Hakyemez¹, Zeliha Koç²

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya/ Türkiye

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun / Türkiye

Özet

Hastanenin acil servisleri, kararların hızlı ve bazen düşük düzeyde bilgi ile alındığı yüksek stresli ortamlardır. Günümüzde yaşamın sonunda olan ve acil servise başvuran hasta sayısındaki artış nedeniyle, acil servis profesyonellerinin palyatif bakım konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları önemlidir. Palyatif bakım, ilerleyici ve kronik bir hastalığa sahip olan bireyler için önemli olsa da, herhangi bir zamanda, herhangi bir ortamda, herhangi bir tanı alan her yaşta birey için ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunları yaşayan hasta ve ailelerinin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme, yaşam kalitelerini artırma amacına yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Bu doğrultuda acil birimde çalışan sağlık profesyonellerinin, acil servise başvuran palyatif hasta/yakınlarına en iyi bakım ve hizmeti sunmak için, bu konuda bilgi, beceri ve tutum yönünden hazırlanmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, palyatif bakım, yaşam kalitesi.

Abstract

Emergency departments of the hospitals are highly stressful environments where the decisions are made quickly and sometimes with low level of knowledge. Due to the increase in the number of patients who are at the end of their life and apply to the emergency department, it is important for the emergency department professionals to have sufficient knowledge and skills about palliative care. Although palliative care is important for individuals with a progressive and chronic disease, it is a service that is needed for individuals of all ages who have any diagnosis at any time in any environment. The World Health Organization describes palliative care as “an approach aimed at reducing or preventing pain, and increasing the quality of life, of the patients and their families who have problems accompanied by life-threatening diseases by early diagnosing, evaluating and treating their physical, psycho-social

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

and spiritual problems.” Accordingly, it is important that health professionals working in the emergency department should be prepared in terms of knowledge, skills and attitudes in order to provide the best care and service to palliative patients / their relatives applying to the emergency department.

Key Words: Emergency department, palliative care, quality of life.

GİRİŞ

Etkili ve kaliteli bir sağlık hizmetinin herkes için ulaşılabilir olması son derece önemli olmakla birlikte, oldukça geniş bir yelpazede çeşitli medikal, cerrahi ve davranışsal sorunlar nedeniyle bireyler acil servise başvurabilmektedir (Aslaner 2014). Hastane acil servisleri, kararların hızlı ve bazen düşük düzeyde bilgi ile alındığı yüksek stresli ortamlardır (Chan, Campbell, Zalenski 2010). Acil servisler durumu kritik hastaların hızlı tanı alması ve etkin bir tedavinin başlatılmasında hayati öneme sahiptir (Aslaner 2014). Hastalık ve yaralanmaya bağlı sakatlık, ölümlerin azaltılmasında ve önlenmesinde, hasta/yaralıya zarar vermeden zamanında ve doğru müdahalede bulunulmasında, sağ kalım oranının artırılmasında acil servislerin önemli bir rolü vardır (Hakyemez 2018). Bu nedenle acil serviste görev alan sağlık profesyonellerinin hızlı karar verebilme ve uygun girişimde bulunabilme özelliklerine sahip olması son derece önemlidir. Durumu kritik hasta sayısı ile yaşlı popülasyonundaki artış; hastanelerde hasta yatağı sayısının yetersiz kalmasına, laboratuvar ve radyoloji sonuçlarında gecikmelere, konsültasyon değerlendirme sonuçlarının uzamasına ve acil servislere öngörülenden fazla başvuruya neden olmaktadır. Sayılan bu faktörler de, acil servislerin uygunsuz bir şekilde kullanılmasına, acil servislerin kalabalıklaşmasına ve yatış süresinin uzamasına yol açmaktadır (Aslaner 2014). Gittikçe daha fazla sayıda ölüme yaklaşan hastanın acil servise başvurma durumu ise, acilde çalışan sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi, beceri ve yeterliliğine sahip olmalarını gerektirmektedir (Chan, Campbell, Zalenski 2010; Coyle 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (WHO). Palyatif bakımda temel amaç; hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastalara son döneme kadar aktif ve kaliteli bir yaşam sunulmasıdır (Elçigil 2012; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013; Madenoğlu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Kıvanç 2017). Palyatif bakım, acil bakım ve tıbbi bakımın merkezidir. Son yıllarda palyatif bakım ihtiyacı duyan hasta sayısının giderek artması, ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin ve hastanelerde de palyatif bakım ünitelerinin açılmasına neden olmuştur (Başol 2015).

Acil Servis ve Palyatif Bakım

Acil serviste çalışan sağlık profesyonelleri, acil servise başvuran tüm hastaların palyatif bakım alma hakkı olduğunu kabul ettiklerinde, hasta ve ailelerine kriz anında yardımcı olabilecek bakımı planlayabilir. Tüm hastalar, uygun semptom yönetimi, duygusal/psikolojik/sosyal/manevi ve varoluşsal bakım ile palyatif bakım ilkelerinden yararlanabilirler. Bu doğrultuda temel acil servis değerlendirmesine aşağıdaki sorular eklenmelidir;

Hasta yada ailesi hastalığın evresi ile iyileşme ihtimalinin farkında mı?

Bakım tercihleri nelerdir ve tedavi hedeflerini en hızlı nasıl belirleyebiliriz?

Tehlikeli semptomları hafifletmek için neler yapılabilir?

Ailenin sıkıntısını hafifletmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için neler yapılabilir? (Chan, Campbell, Zalenski 2010).

Deneyimli acil servis çalışanları, ağır ve rahatsız edici semptomlar ile değişen ruh haline sahip, ağır ve ölümcül hastaları tanıyabilirler. Bu nedenle acil servise başvuran hastaların bakım tercihlerine saygı duyulması, hasta ve ailenin memnuniyet duygusunu artırabilir (Chan, Campbell, Zalenski 2010).

Acil serviste canlandırma girişimi olduğunda veya ölüm meydana geldiğinde, hasta aileleri alacakları haber ile başa çıkmak konusunda gerekli donanıma sahip değildir. Aniden yaşamı sonlanan hastaların aileleri acil servis profesyonellerine bu konuda problem çıkarabilir. Aileler, yaklaşan ölümden haberdar edilmek, hastanın eşyalarının gereken şekilde kendilerine iade edileceğinden emin olmak isterler. Aynı zamanda, ölüm sonrası neler yapılması gerektiği konusunda bilgi almak isterler. Çözümlemeyen sorularına yanıt aramak için hastane ile iletişime geçme fırsatına sahip olmak isteyebilirler. Bu nedenle, acil servis odaklı birtakım kuralların geliştirilmesi ve uygulanması, beklenmeyen bir kayıptan sonra aileye sağlanan bakımın kalitesini artırır. Diğer yandan acil serviste palyatif yönelimli müdahale, en kötü senaryodan kaçınmaya yardımcı olabilir (Chan, Campbell, Zalenski 2010; acilci net 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Acil servislerde yaşam sonu tedavi hedefleri ile ilgili temel bileşenlerin önceden hazırlanması önemlidir. Hasta ve ailesinin hastalık hakkında neler bildiği belirlenmelidir. Etkili iletişimi sağlamak ve sürdürürebilmek için, terapötik bir ortam oluşturulmalıdır. Tıbbi terim ve kısaltmalar kullanmaktan kaçınılmalıdır. Hasta ve ailesine tanı ve prognoz hakkında doğru bilgi sağlanmalıdır. Acil serviste çalışan sağlık profesyonelleri, kurtarma konusunda yüksek eğitime sahip oldukları için acil serviste ölüme yaklaşan hasta ve ailelerine palyatif bakım girişimleri uygulayabilirler (Chan, Campbell, Zalenski 2010; Yıldırım 2015).

Semptom Yönetimi

Acil serviste etkili semptom yönetimine hemşirelik süreci rehberlik etmektedir. İlerlemiş ve kritik hastalığı olan hastalarda rahatsızlık yaratan en yaygın semptomlar ağrı ve dispnedir. Ağrı değerlendirmesi için altın standart, hastanın öz raporudur. Bu nedenle ağrı değerlendirmesi ile ilgili bilgiyi hastadan almak için gerekli çaba sarf edilmelidir. Hasta kendini rapor edebiliyorsa, ağrının şiddeti, yeri, kalitesi, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler ile ilgili kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır. Ayrıca, ağrı değerlendirmesinde sayısal puanlama veya görsel analog skala kullanılması yeniden ve sürekli değerlendirmeye izin vermektedir. Ağrı; travma, somatik bozukluklar ve genel acil servis prosedürleri sonucu ortaya çıkabilir. Bununla birlikte bazı kritik ve bilişsel engelli hastalar deneyimledikleri ağrıyı rapor edemeyebilir. Bu gibi durumlarda, sağlık profesyonelleri ağrıya işaret edebilecek davranışları sistematik olarak gözlemlemeli ve değerlendirmelidir. Hastanın yüzünü buruşturması, huzursuzluk, inleme, kas gerginliği, taşikardi, taşipne, kapalı gözler ağrıya işaret edebilir. Analjezikler, ölüme yaklaşan hastada ağrının yönetiminde standart ajanlardır. Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçların hafif-orta şiddette ağrı ve kemik ağrısının tedavisinde sınırlı bir rolü vardır. Meperidin hariç opioidler, orta ve şiddetli ağrıda tercih edilmektedir. Nöropatik ağrı için antidepresanlar veya antikonvülsanlar kullanılmaktadır. Transdermal ilaç uygulaması, uzun etkili, kronik analjezi için faydalıdır. Bununla birlikte intramüsküler yol, zayıf emilim ve hastanın rahatsızlığı nedeniyle önerilmemektedir. Bu nedenle en hızlı etkiyi sağlamak için parenteral veya subkutan yol tercih edilmelidir (Chan, Campbell, Zalenski 2010; Mc Adam, Puntillo 2010).

Ağrı, dispne ve buna bağlı solunum sıkıntısı yüksek riskli hastalarda dikkatle değerlendirilmelidir. Çünkü birçok akciğer, kalp, nöromüsküler ve terminal hastalıklar solunum sıkıntısına neden olmaktadır. Semptom değerlendirmesi için altın standart, sayısal veya görsel bir analog skala kullanarak hastanın öz raporunun sorgulanmasıdır. Hasta

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

deneyimlediği semptomları ifade edemiyorsa taşipne, taşikardi, aksesuar kas kullanımı, paradoksal bir solunum paterni, huzursuzluk, nazal alevlenme ve korkutucu bir yüz ifadesi gibi davranış ipuçları değerlendirilmelidir. Dispne veya solunum sıkıntısı tedavisi önleme, altta yatan nedenin tedavisi ve semptom sıkıntısının hafifletilmesi olmak üzere üç kategoride düzenlenebilir. Acil serviste tedavi gören hastalarda dispnenin önlenmesi için; mekanik ventilatöre bağlı hastada ventilatör senkronizasyonunun artırılması, havanın aşırı yüklenmesinden kaçınılması, oksijen ve nebülize bronkodilatör tedaviye devam edilmesi dahil olmak üzere, hasta için yararlı olduğu kanıtlanmış tedaviler uygulanmalıdır. Altta yatan dispne nedenleri tedavi edilmelidir. Opioidler, terminal dispnenin farmakolojik yönetiminin temelini oluşturur. İlacın etkinliğini gözlemek için hastanın sık aralıklarla değerlendirmesi önemlidir (Chan, Campbell, Zalenski 2010).

Korku ve kaygı, ölüme yaklaşmakta olan acil servis hastasının yaşadığı solunum sıkıntısını artırabilir. Opioid tedavisine bir benzodiazepinin eklenmesinin, kanser tanısı alan ve ilerlemiş KOAH olan hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir (Chan, Campbell, Zalenski 2010).

Aile varlığı

Ailenin varlığı, hastanın uyumunu artırır ve onu sakinleştirir. Ailenin, ölüme yaklaşmakta olan hastasının yanında bulunabilmesi, hastanelerde ve bakım evlerinde altın standarttır. Acil serviste tedavi gören ve durumu kritik olan hastaların aileleri de bu bakım standardından faydalanmalıdır (Chan, Campbell, Zalenski 2010). Hasta yakınları, acil serviste müdahale edilen ve durumu kritik olan hastalarını kaygıyla beklerler. Özellikle resüsitasyon odasının kapısındaki hasta yakınları bazı müdahalelerin yapılmasını zorlaştırabilir ve bu durum sağlık profesyonelleri için bir kaygı nedeni olabilir. Hasta yakınlarının en önemli beklentileri hastalarının durumları hakkında bilgilendirilmektir. Bu nedenle hasta yakınları resüsitasyon hakkında bilgilendirilerek kaygı düzeyleri azaltılmalıdır. Bu doğrultuda resüsitasyon ekibinden bir sağlık profesyoneli belirli aralıklarla, bekleyen hasta yakınlarına durum hakkında bilgi vermelidir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hasta yakınlarının bilgi verenin tutum ve davranışı, verilen mesajın netliği, gizliliğin korunması ve sorularının yanıtlanmasına önem verdikleri bildirilmiştir (Roe 2012; Yıldırım 2015; acilci net 2016). Görüşme için uygun yer seçimi de önemlidir. Bu doğrultuda hastanede tedavi gören ya da ölüme yaklaşmakta olan hastanın yakınlarının beklemesi için uygun bir oda hazırlanmalıdır (Chan, Campbell, Zalenski 2010). Özellikle ölüme yaklaşan hastanın yakınlarının mümkünse oturabilecekleri ve diğer hasta ve yakınlarından ayrı kalabilecekleri bir alana alınmaları

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

oldukça önemlidir. Bir sağlık profesyonelinin hasta yakınları ile sürekli olarak ilgilenmesi sağlanmalıdır (acilci net 2016).

Ölüm Bildirimi

Acil serviste ölüm durumu diğer servislerden farklı olarak, beklenmedik bir zamanda ve genellikle travma sonucu gerçekleştiği için bu durum hasta yakınları için kabullenilmesi oldukça zor, kötü bir deneyimdir. En zor olanı ise genç hastaların beklenmedik ölümüdür. Beklenmedik ölüm haberi alındıktan sonra ailenin akut keder reaksiyonuna tanıklık etmek sağlık profesyonelleri için oldukça zordur. Sevdiklerinin ölüm haberini almanın aile üyelerinde komplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Ölüm haberini verme sonucu gelişebilecek komplikasyonlar ve çözüm önerileri konusunda sağlık profesyonelleri bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Ölüm bildirimini, acil servis personelinin tüm iletişimsel becerilerini kullanmalarını gerektirir (Chan, Campbell, Zalenski 2010; Roe 2012; acilci net 2016). Özellikle acil serviste çalışan hekimlerin bu zor durumda yapabileceklerini hatırlamaları için bir mnemonik (GRIEV-ING) geliştirilmiştir. Ölüm bildirimini için mnemonik (GRIEV-ING):
G Gather (Topla): Aile bireylerini toplayın; hepsinin bir arada olmasını sağlayın. Sessiz ve özel bir ortama alın, oturmalarını sağlayın, göz teması kurun.

R Resources (Kaynaklar): Hasta yakınlarına yardımcı olabilecek kaynakları toplayın (din görevlisi, tercüman, arkadaşlar vb.).

I Identify (Tanımla): Kendinizi tanıttın, yaşamı sonlanan kişinin kimliğini belirtin. ('Ben doktor....'). Hasta yakınlarının yaklaşan durum hakkında bilgilerini değerlendirin (hasta yakınları duruma hazır mı?).

E Educate (Bilgilendir): Hasta yakınlarına acil serviste yaşananlarla ilgili bilgi verin ve sonra hastanın durumu hakkında bilgilendirin.

V Verify (Doğrula): Yakınlarının öldüğünü doğrulayın. Açık ve net olun. 'Öldü' ya da 'ölü' kelimelerini kullanın.

-Space (Boşluk): Aile bireylerinin duygusal anları için zaman verin.

I Inquire (Sor): Başka bir soruları olup olmadığını sorun ve yanıtlayın.

N Nuts and bolts (Temel Görevler): Organ bağıışı, cenaze işleri ve kişisel eşyaları konularında bilgilendirin. Aile bireyelerine vefat eden yakınlarını görmek isteyip istemediklerinin sorun.

G Give (Verin): Aileye kişisel iletişim bilgilerinizi verin. Akıllarına gelebilecek soruları cevaplayabileceğinizi bildirin. Çağrılarını mutlaka yanıtlayın (Hobgood, Harward, Newton et al.2005; Hobgood, Tamayo-Sarver, Hollar et al.2009; acilci net 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ölüm bildirimini görüşmesinin hasta yakınları ile yüz yüze yapılması önemlidir. Yüz yüze görüşmenin mümkün olmadığı, telefon ile görüşme yapılması gereken durumlarda; hasta yakınına yalnız olup olmadığı sorulmalı ve mümkünse yanına bir yakını çağırması sağlanmalıdır. Bu şekilde bir görüşmede GREV-ING mnemoniğinin toplanma ve kaynaklar basamakları uygulanmayabilir. Bu doğrultuda diğer basamaklar sırasıyla uygulanarak görüşmeye devam edilebilir (acilci net 2016).

Hasta yakınları sevdikleri birinin öldüğüne inanmakta güçlük çekebilir. Sevilen birinin vefat eden bedenini görmek, kederlerini kabullenmeye ve ölüm sürecine uyum sağlamalarına yardımcı olabilir. Bir kaza veya ani bir hastalık nedeniyle ölümün beklenmediği durumlarda, acil servise gelen aile üyelerinin desteğe ihtiyacı olabilir. Sağlık profesyonelleri ailenin, yaşamı sonlanan hastanın yanında kalmasına izin vermelidir. Ancak, acil servislere resüsitasyon girişimleri ve travma nedeniyle yaşamı sonlanan bireyin görüntüsü rahatsız edici olabileceği için hasta yakınlarını etkileyebilecek görüntüler (entübasyon tüpünün çıkarılması, vücut yüzeyinde bulunan kanın temizlenmesi vb.) ortadan kaldırılmalıdır (Chan, Campbell, Zalenski 2010; acilci net 2016).

SONUÇ

Acil servis personeli, kurtarma konusunda yüksek eğitilmiştir ve hastanedeki diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi, acil serviste yaşamı sonlanan hasta ve ailelerine gerekli palyatif bakım girişimlerini uygulayabilir. Günümüzde yaşamın sonunda olan ve acil servise başvuran hasta sayısındaki artış nedeniyle, acil servis profesyonellerinin palyatif bakım konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları önemlidir.

KAYNAKLAR

Aslaner MA. Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Danışman: Özmen MM. Yayınlanmamış Tez, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı; 2014.

Chan GK, Campbell ML, Zalenski R. Part VI: End-of-Life Care Across Settings, The Emergency Department. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:949-958.

Hakyemez F. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramediklerin Defibrilasyon, Kardiyoversiyon Uygulama Kararı Alma ve Uygulama Konusundaki Bilgi-Beceri Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi), Danışman: Kara H. Yayınlanmamış Tez, Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.

Coyle N. Part I: General Principles, Introduction to Palliative Nursing Care. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:3-11.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (erişim: 09 Eylül 2019).

Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012;54:329-334.

Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70.

Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *HSP* 2017;4(2):132-35.

Başol N. The Integration Of Palliative Care Into The Emergency Department. *Turkish Journal Of Emergency Medicine* 2015;15(2):100-107.

Yıldırım T. Acil Servise Gelen Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılama Durumları (Yüksek Lisans Tezi), Danışman: Karaman Özlü Z. Yayınlanmamış Tez, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

Mc Adam J, Puntillo K. Part VI: End-of-Life Care Across Settings, The Intensive Care Unit. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:905-922.

Roe E. Practical Strategies for Death Notification in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2012;38(2):130-4.

Acilci net (2016). Ölüm Haberi Verme. <https://www.acilci.net/ölüm-haberi-verme> (erişim:10.09.2019).

Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The Educational Intervention “GRIEV_ING” Improves the Death Notification Skills of Residents. *Acad Emerg Med* 2005;12(4):296-301.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-63 PALYATİF BAKIM HASTALARI, YAKINLARI VE HEMŞİRELERİNİN İYİ ÖLÜME İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

OPINIONS OF PALLIATIVE CARE PATIENTS, RELATIVES AND NURSES ON GOOD DEATH

Tuğba Menekli¹, Sevim Dolu², Özlem Coşkun³, Merve Torun³

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi

²Hittit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Araştırma Görevlisi

³İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi

Özet

Giriş: İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum önemli bir kavram olup palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda hayati önem taşımaktadır. Tanımlayıcı olan bu araştırmanın amacı, palyatif bakım hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemektir.

Gereç yöntem: Bu araştırma, 01.07.2019-29.09.2019 tarihleri arasında Malatya il ve ilçe merkezlerinde bulunan Palyatif Bakım Kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 90 hasta, 90 hasta yakını ve 90 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak oluşturulan hasta, hasta yakını, hemşire Kişisel Bilgi Formu ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 17 paket programı kullanılmıştır. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan, Malatya il ve ilçe hastanelerinden, hastalar, hasta yakınları ve hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %65.6'sının 29-35 yaş grubunda, %85.6'sının 'kadın, %55.6'sının bekar, %56.6'sının lisans mezunu, %64.4'ünün ilde yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %55.6'sının 29-35 yaş grubunda, %61.1'inin kadın, %71.1'inin evli, %76.7'sinin lise/önlisans mezunu, %60.0'ının ilde yaşadığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %53.3'ünün 22-28 yaş grubunda, %84.4'ünün kadın, %60.0'ının evli, %62.2'sinin lisans mezunu, %68.9'un ilde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların iyi ölüm tanımlarına bakıldığında; Hastaların

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

%46.7'sinin "ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması", Hasta yakınlarının %61.1'inin "aile bireyleriyle birlikte süreci paylaşmak, Hemşirelerin ise % 57.8'inin "acı çekmeden süreci yaşamak" olarak tanımladıkları saptanmıştır. İyi Ölüm ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların puan ortalamasının (58.77 ± 6.50), hasta yakınlarının puan ortalamasının (58.04 ± 6.71) ve hemşirelerin puan ortalamasının (55.80 ± 7.94) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların iyi ölüm ölçeği toplam puan ortalamasının hemşire ve hasta yakınından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, İyi Ölüm, Hemşire, Hasta, Hasta yakını

Abstract

Introduction: Good death is a desirable condition in all societies and is vital in palliative care and end-of-life care. The aim of this descriptive study is to determine the opinions of palliative care patients, patient relatives and nurses about good death.

Material method: This research was carried out between 01.07.2019-29.09.2019 at Palliative Care Clinics in Malatya province and district centers. The sample of the study consisted of 90 patients, 90 relatives and 90 nurses who volunteered to participate in the study. Data were collected by face-to-face interviews using the Personal Information Form and Good Death Scale. SPSS 17 package program was used to evaluate the data. Written permission was obtained from İnönü University Health Sciences Non-Interventional Clinical Research and Publication Ethics Committee, Malatya provincial and district hospitals, patients, patient relatives and nurses.

Results: It was found that 65.6% of the nurses were in the 29-35 age group, 85.6% were female, 55.6% were single, 56.6% were undergraduate graduates and 64.4% lived in the province. It was determined that 55.6% of the patients were in the 29-35 age group, 61.1% were women, 71.1% were married, 76.7% were high school / associate degree graduates and 60.0% lived in the province. It was determined that 53.3% of the patients' relatives were in the 22-28 age group, 84.4% were women, 60.0% were married, 62.2% were undergraduate graduates and 68.9% lived in the province. Looking at the definitions of good death of the participants; It was found that 46.7% of the patients defined m ending life without pain and stress ", 61.1% of the patients' relatives shared the process with their family members, and 57.8% of the nurses defined " experiencing the process without suffering ". When the average score of Good Death Scale; The mean score of the patients (58.77 ± 6.50), the average score

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

of patients' relatives (58.04 ± 6.71) and the average score of nurses (55.80 ± 7.94) was found to be.

Conclusion: It was found that the average total score of the good death scale of the patients was higher than the nurse and the patient's relatives.

Key words: Palliative care, Good Death, Nurse, Patient, Relative

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2002 yılında yaptığı son tanımlamaya göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşımdır (1-4). Palyatif bakımda aile ve hasta her zaman merkezde yer alır. Hasta, ailesi ve yakınları ile açık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelerindedir (5,6). Palyatif bakım hemşireliğin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir (6).

Hemşire, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamalı ve iyi bir ölüm ortamı sağlamalıdır (4). İyi bir ölüm temel insan hakkıdır. İyi ölüm, ölümün ne zaman geleceğini bilebilmek, bireyin sevdiği insanla olup onunla vedalaşma fırsatı bulabilmek, ağrı, inkontinans ve deliryum yaşamadan, gereksiz müdahalelere maruz kalmadan, ölümünün nerede olabileceğini kontrol altına alabilerek ölmektir. İyi ölümün evrensel bir tanımı yoktur ancak iyi ölümün temel nitelikleri; ölümü isteme, dini geleneklere uygun ve zamanında gelen ölüm, doğal ve onurlu ölüm olarak kabul edilmektedir. İyi ölüm farklı bir tanımla "iyi yönetilen ölüm" anlamına gelmekte olup hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik olarak hazırlandığı, semptom ve ağrının kontrol altında olduğu bir ölümdür (7).

İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum, üzerinde çok konuşulan önemli bir kavram olup palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda hayati önem taşımaktadır (7). Literatürde palyatif bakım "uygun ölüm", "iyi ölüm", "huzurlu ölüm", "dayanılabilir ölüm" gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmıştır (1). Palyatif bakım alan hastaların aile üyeleri ve diğer bireyler ile önemli ilişkiler kurması, karar verme, kontrol duygusunun sürdürülmesi iyi ölüme yol açabilmektedir. Ancak günümüzde tıbbi ilerlemeler ve buna paralel olarak yaşamı uzatma çabaları sonucunda birçok hastanın ölüm sürecinde otonomisi ve karar vermesi minimal düzeydedir. Bakım veren bir aileye sahip olmak, başkaları ile iletişime girebilmek,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yakınlarına yük olmamak, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanları arasında iyi bir iletişime girebilmek iyi ölümün önemli öncülerindedir. Çünkü kontrol duygusunun sürdürülmesi, itibarlı ve iyi bir ölümün temel bileşenidir (7).

Bireylerin ölüm deneyimleri (bir arkadaşının ya da aile üyesinin ölümü) iyi ölümü veya ölüm kalitesini etkilemektedir. Ölüm ve ölümün kalitesi, bir kişinin ölümle ilgili tercihlerinin ve ölüm anının, oradaki diğer insanların gözlemleriyle uyumluluk derecesini içermektedir.

Tercihlerin değerlendirilmesi ölüm kalitesinin değerlendirilmesinin kavramsal bir modelini oluşturur. Hastaların tercihlerini belirlemek zor bir süreçtir (8,9). Çünkü hastalıkların prognozunun kesinliğini belirlemek zor olduğu için, ölüm anını belirlemek zordur ve ölmekte olan bireylerin ölüm anına kadar tercihleri değişebilmektedir (9-11). Her bireyin kendi hastalığının farklı aşamalarında neyin önemli olduğunu keşfetmek, iyi bir ölüm sağlamak için esastır (7). Hasta yakınları açısından iyi ölüm kavramı, ölmekte olan kişi ile birlikte olma ya da olmama isteği, ölüm sürecin kısaltılması, ölüm hakkında bilgilendirme, ekip tarafından kabul ve destek görme anlamını taşımaktadır (5).

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ve iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri hasta bakımının kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (10-13). Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algı ve tutumları yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve kültürden etkilenmektedir(14,15-18). Özellikle yaş, ölüme yaklaşımı etkilemekte ve bu yaklaşım yaşla birlikte değişmektedir. Birey yaşlandıkça, ölümü doğal bir süreç olarak ele alarak, bu süreçte daha olumlu duygularla hastaya yaklaşabilir. Eğitim, yaş gibi, hemşirelerin ölüme yaklaşımını etkileyen bir başka önemli değişkendir. Hemşirelerin eğitim seviyesi ve deneyimi arttıkça, ölmekte olan hastaya yaklaşımları ve tutumları daha iyi ve etkin olduğu literatürde belirtilmektedir (10,15,16,19). Literatürde hemşireler iyi bir ölümü; huzurlu bir ortamda, tercihen ölmekte olan kişinin evinde meydana gelen, barışçıl ama hüznü bir olay olarak tanımlamaktadırlar (12,15,18,20-26).

AMAÇ

Tanımlayıcı olan bu araştırmanın amacı, palyatif bakım hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemektir.

YÖNTEM

Bu araştırma, Malatya il ve ilçe merkezlerinde bulunan hastanelerin Palyatif Bakım Merkezlerinde 01.07.2019-29.09.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 90 hasta, 90 hasta yakını ve 90 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

literatürden yararlanılarak oluşturulan hasta, hasta yakını, hemşire Kişisel Bilgi Formu ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Hasta Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılmaya kabul eden hastalara yönelik hazırlanan hasta kişisel bilgi formu, hastaların, tanımlayıcı özelliklerini, ölüm ve iyi ölüm ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (25,27-31). Hastanın tanımlayıcı özellikleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, tanı, tanı alma süresi, tedavi süresi ve mevcut hastalıklarını içeren 10 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Hastaların ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşünceleri içeren bölüm 5 sorudan oluşmaktadır.

Hasta Yakını Kişisel Bilgi Formu

Hasta yakını için hazırlanan kişisel bilgi formu, hastaların tanımlayıcı özelliklerini ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemek için literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (28-31,33). Hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleri, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, hastası ile aynı evde yaşama durumu, hastasına bakım verme, yaşadığı yer, mevcut bir hastalık durumu, hastalığına özgü tedavisini içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Hasta yakınının ölüm ve iyi ölüm kavramına ilişkin düşüncelerini içeren bölüm 5 sorudan oluşmaktadır.

Hemşire Kişisel Bilgi Formu

Hemşireler için hazırlanan hemşire kişisel bilgi formu hemşirelerin bireysel ve mesleki gibi tanımlayıcı özelliklerini, iyi ölüm, ölüm ve ölmekte olan bireye bakımına ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (9,12,15-18,34). Tanımlayıcı özelliklerini içeren bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılını içeren toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin iyi ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım vermeyi ilişkin bölüm ise 15 sorudan oluşmaktadır.

İyi Ölüm Ölçeği

Hemşirelerin iyi ölüm kavramına ilişkin özellikleri belirlemek üzere Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (35). Ölçeğin Türkçe 'ye geçerliliği 2010 yılında Fadiloğlu ve Menekli tarafından yapılmıştır (36). Ölçek 17 maddeden oluşan 4'lü likert tipli bir ölçek olup maddeler (1), biraz (2), orta (3), çok (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek psikososyal manevi alt boyut (9 soru) , kişisel kontrol alt boyut (3 soru) ve klinik alt boyut (5

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

soru) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İyi ölüm ölçeği toplam puanı 17 ile 68 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça güvenilirlik artmaktadır (36).

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 17 paket programı kullanılmıştır. Shaphiro-Wilk testi ile, Student's T-test; Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi testi (ANOVA), Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Spearman pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Çalışmamızda $p < 0.05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek şekilde değerlendirilmiştir.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan, Malatya il ve ilçe hastanelerinden, hastalar, hasta yakınları ve hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların %55.6'sının 29-35 yaş grubunda, %61.1'inin kadın, %71.1'inin evli, %76.7'sinin Lise/Ön lisans mezunu, %60.0'mın ilde yaşadığı; hasta yakınlarının %53.3'ünün 22-28 yaş grubunda, %84.4'ünün kadın, %60.0'mın evli, %62.2'sinin lisans mezunu, %68.9'unun ilde yaşadığı ve hemşirelerin %65.6'sının 29-35 yaş grubunda, %85.6'sının kadın, %55.6'sının bekar, %56.6'sının lisans mezunu, %64.4'ünün ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Hasta		Hasta yakını		Hemşire	
	n =90	%	n= 90	%	n= 90	%
Yaş Grubu						
22-28	2	24.4	48	53.	23	25.
29-35	2	55.6	20	3	59	5
36-42	5	20.0	22	22.	8	65.
	0			2		6
	1			24.		8.9
	8			5		
Cinsiyet						
Kadın	5	61.1	76	84.	77	85.
Erkek	5	38.9	14	4	13	6
	3			15.		14.
	5			6		4
Medeni Durum						
Bekar	2	28.9	36	40.	50	55.
Evli	6	71.1	54	0	40	6

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	4	6			0	60.		4	44.
Eğitim Durumu									
Lise/Ön lisans	9	6	76.7	25	8	27.	23	6	25.
Lisans		1	17.7	56			51	6	56.
Yüksek Lisans	6	5	5.6	9	2	62.	16	6	17.
					0	10.		8	
Yaşanılan yer									
İl		5	60.0	62		68.	58		64.
İlçe	4		26.7	19	9		26	4	
Köy		2	13.3	9		21.	6		28.
	4				1			9	
		1				10.			6.7
	2				0				

Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin düşüncelerinin dağılımı tablo 2 'de görülmektedir.

Tablo 2. Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüme İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

İyi ölüme ilişkin düşünceler	Hasta		Hasta yakını		Hemşire	
	n =90	%	n =90	%	n= 90	%
İyi ölüm hakkında bilgi durumu						
Evet	1	1.1	1	1.1	42	46.
Hayır	89	98.9	89	98.9	48	53.
İyi ölüm tanımı						
Acı çekmeden süreci yaşamak	2	2.2	1	1.1	52	57.
Ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması	3	3.3	8	8.9	24	26.
Aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak	4	4.4	1	1.1	14	15.
	2	2.2	7	7.8	6	6.7
Ölmek üzere olan bireye ölüm hakkında bilgi verme						
Evet	2	2.2	4	4.4	69	76.
	5	5.6	0	0	21	23.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hayır	5	6	2.2	7	0	5	5.6	5	3	23.
Ölüm hakkında bilgiyi kimin vermesi gerektiği	9	4	4.5	5	0	3	3.3	3	45	50.
Doktor	0	3	3.3	3	3	5	8.9	5	19	28.
Hemşire	1	1	2.2	1	7	7	8	7.	1	21.
Aile yakını	1	6	7.8	6	6	2	8.9	2	16	17.
Nerede ölmek istediği	1	1	0.0	2	7	5	3.3	6	28	8
Ev	8	1	0.0	2	7	5	3.3	6	46	31.
Klinik servis	1	1	2.2	1	7	7	8	7.	1	51.
Yoğun bakım	1	2	2	2	3	3	72	3	18	80.
Ölüm ile karşılaşma durumu	3	6	5.6	7	1	5	4.4	6	0	20.
Evet	7	4.4	9	5	9	5.6	0	0	0	20.
Hayır	6	1	6	1	6	6	23	6	9	31.
İlk karşılaşılan ölüm ile yakınlık derecesi	6	7	9.6	3	9	1	1.2	3	-	9
Aile/Akraba	-	0.4	2	1	2	1	8.8	3	49	-
Arkadaş/Komşu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68.
Hasta	2	1	2.2	5	0	1	2.3	3	10	13.
Ölüm ile karşılaşıldığında hissedilen duygular	2	8	4.8	3	9	1	1.3	6	27	9
Korku	3	3	3.0	1	9	2	4	6.	35	37.
Üzüntü	3	4	4	2	2	2	18	2	0	20.
Acılardan kurtuluş	6	2	0.0	2	1	4	3.3	4	23	0
Ölümü düşünme sıklığı	1	3	3.3	3	1	2	5.6	3	49	25.
Sık sık	3	3	6.7	3	8	2	1.1	3	6	54.
Ara sıra	3	4	4	2	8	2	4	3	4	20.
Hiç	3	4	4	2	8	2	4	3	4	20.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

İyi ölüm ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin 55.80±7.94 (min:23-max:83) hastanın 58.77±6.50 (min:36-max:70), hasta yakınlarının ise 58.04±6.71 (min:36-max:69) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin psikososyal manevi boyut puan ortalaması 29.40±4.12 (min:11-max:40) kişisel kontrol boyut puan ortalaması 9.06±1.98 (min:2-max:20) ve klinik boyut puan ortalaması 15.29±2.05 (min:4-max:21) olarak bulunmuştur. Hastaların psikososyal manevi boyut puan ortalaması 28.01±3.57 (min:15-max:34), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 10.20±1.34 (min:4-max:17) ve klinik boyut puan ortalaması 16.98±2.50(min:8-max:19) olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarının psikososyal manevi boyut puan ortalaması 27.33±2.60 (min:17-max:35), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 10.76±1.42 (min:6-max:12), klinik boyut puan ortalaması 17.00±2.29 (min:8-max:20) bulunmuştur (Tablo 3).

Hastaların iyi ölüm ölçeği ve hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları hasta yakını ve hemşirelerden daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Hasta ve hasta yakınlarının kişisel kontrol ve klinik boyut puan ortalamaları hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut ortalamaları hasta ve hasta yakınından düşük bulunmuş olup sadece psikososyal boyut hariç klinik ve kişisel boyutta anlamlı ilişki vardır (p<0.05).

Tablo 3.Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçek ve Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılmasının Dağılımı

	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI									İÖÖ TOPLAMI		
	Psikososyal manevi boyut			Kişisel kontrol boyut			Klinik boyut			Ort min max	W	
	S.D Ort.± min- max	W		±S.D Ort min -max	W	K	±S.D Ort min -max	W				
He mşire	29.40 ±4.12 (Min: 11-max:40)	.401	.677	9.06 ±1.98 (Mi n:2- max:20)	2.290	1 .001	15.2 9±2.05 (Mi n:4 max :21)	.315	.003	55.8 0±7.94 (Mi n:23 max :83)	.977	.028
Has ta	28.01 ±3.57 (min: 15 max: 34)			10.2 0±1.34 (Mi n:4- max:17)			16.9 8±2.50 (Mi n:8 max :19)			58.7 7±6.50 (Mi n:36 max :70)		
Has	27.33			10.7			17.0			58.0		

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

ta yakını	±2.60 (Min: 17 max: 35)			6±1.42 (Mi n:6 max :12)			0±2.29 (Mi n:8 max :20)			4±6.71 (Mi n:36 max :69)		
-----------	-------------------------------------	--	--	-------------------------------------	--	--	-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--

Kruskal Wallis H testi $p<0.05, p<0.01$

Araştırmaya katılan hastaların bireysel özelliklerinden medeni durum ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından kişisel kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastanede ölmek isteyenlerin psikososyal alt boyut ortalaması ($26.07±2.34$) evde ölmek isteyenlere ($21.46±1.90$) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tanıtıcı özellikler ve ölüme ilişkin düşünceler ile iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadın hasta yakınlarının kişisel boyut puan ortalaması ($14.27±16$), erkeklerin puan ortalamasına ($10.28±2.00$) göre daha yüksektir. Daha önce ölüme karşılaşmış olanların psikososyal puan ortalaması ($26.80±0.99$) daha önce ölüme karşılaşmamış olanların ($25.01±1.77$) puan ortalamasından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta yakınlarının diğer tanıtıcı özellikler ve ölüme ilişkin düşünceler ile iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

336

Hemşirelerin yaşadıkları kaybın yakınlık derecesinde iyi ölüm ölçeğinin psikososyal alt boyutunda birinci derece yakının kaybının puan ortalaması ($34.11±0.76$), yakın akraba ($31.00±0.83$) ve arkadaş ($26.74±2.91$) kaybının puan ortalamasında daha yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın birinci derece yakının kaybı ile arkadaş kaybı arasında anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin bireysel özelliklerinden ölümü düşünme durumu ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından psikososyal boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; ölümü hep düşünen hemşirelerin psikososyal alt boyut puan ortalamaları ($29.66±1.46$) ara sıra düşünen ($25.80±1.04$) ve hiç düşünmeyen ($23.17±2.06$) hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksektir ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan hastaların %55.6'sının 29-35 yaş grubunda, %61.1'inin kadın, %71.1'inin evli, %76.7'sinin Lise/Önlisans mezunu, %60.0'nun ilde yaşadığı; hasta yakınlarının %53.3'ünün 22-28 yaş grubunda, %84.4'ünün kadın, %60.0'nun evli,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

%62.2'sinin lisans mezunu, %68.9'unun ilde yaşadığı ve hemşirelerin %65.6'sının 29-35 yaş grubunda, %85.6'sının kadın, %55.6'sının bekar, %56.6'sının lisans mezunu, %64.4'ünün ilde yaşadığı saptanmıştır. Özyalçın ve Çevik(2019) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin yaş ortalaması 29.01; çoğunluğu kadın, bekar, lisans mezunu olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 50.06, çoğunluğu kadın, evli, lise mezunu, ev hanımı ve ilde yaşamaktadır. Araştırmamızda bulunan hasta yakınlarının yaş ortalaması 45.26, çoğunlukla kadın, evli, lise mezunu ve ev hanımıdır.

Araştırmamızda hastaların %46.7'sinin iyi ölümü ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması olarak tanımladığı, Özyalçın ve Çevik (2019) yapmış olduğu çalışmada ise iyi ölümü hastaların %39'u acı çekmeden süreci yaşamak şeklinde tanımladığı saptanmıştır. Hasta yakınlarının %61.1'inin iyi ölümü Aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak olarak tanımladığı, Özyalçın ve Çevik (2019) yapmış olduğu çalışmada hasta yakınlarının iyi ölüm tanımlarına bakıldığında %39'u acı çekmeden süreci yaşamak, şeklinde tanımladığı belirlenmiştir

Araştırmamızda hemşirelerin %80.0'mın ölüm ile karşılaştığı, Koku ve Ateş (2016) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %88.8' nin ölümle karşılaştığı belirlenmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin %48.6'sının ölüm ile karşılaştığında acılardan kurtuluş hissettiği, Koku ve Ateş (2016) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %16' sının ölümün acıları sona erdirdiği saptanmıştır. Araştırmamızda hemşirelerin %54.4'ünün ölümü hiç düşünmediği, Özyalçın ve Çevik (2019) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin %74'ü ara sıra/bazen ölümü düşündüğünü ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda hastaların iyi ölüm ölçeği ve puan ortalamaları hasta yakını ve hemşirelerden daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Özyalçın ve Çevik (2019) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların iyi ölüm ölçek puanı hemşire ve hasta yakınlarına göre yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup literatürdeki sonuçlar ile benzerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırmaya katılan hastaların %55.6'sının 29-35 yaş grubunda, %61.1'inin kadın, %71.1'inin evli, %76.7'sinin Lise/Önlisans mezunu, %60.0'mın ilde yaşadığı; hasta yakınlarının %53.3'ünün 22-28 yaş grubunda, %84.4'ünün kadın, %60.0'mın evli, %62.2'sinin lisans mezunu, %68.9'unun ilde yaşadığı ve hemşirelerin %65.6'sının 29-35 yaş grubunda,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

%85.6'sının kadın, %55.6'sının bekar, %56.6'sının lisans mezunu, %64.4'ünün ilde yaşamaktadır.

Hastaların iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları hasta yakını ve hemşirelerden daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hasta ve hasta yakınlarının kişisel kontrol ve klinik boyut puan ortalamaları hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut ortalamaları hasta ve hasta yakınından düşük bulunmuş olup sadece psikososyal boyut hariç klinik ve kişisel boyutta anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$).

Öneriler

İyi Ölüm Ölçeğinin daha büyük örneklemdaki hasta ve hasta yakınlarına üzerinde uygulanması ve iyi ölüm algılarının araştırılması, hasta, hasta yakını ve hemşirenin iyi ölüm hakkında bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla eğitim ve destek kaynaklarının oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Yıldız Ö.F, Oğur S. Sağlık Personellerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi ve Tutumları: Bitlis İli Örneği. Journal of Current Researches on Health Sector 2018; 8 (2), 411-438.
- 2.Şahan U.F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4(2): 81-90.
- 3.Madenoğlu K. M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Hsp-Dergisi 2017;4(2):132-135.
- 4.İlaslan E, Özer Z, Kol E. Kolorektal Kanselerde Palyatif Bakım Hemşireliği. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017;3(1):43-48.
- 5.Akyol D.A. Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1):31-41.
6. Gültekin A, Özdemir A, Kavak F. Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri. 5.Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi Bildiri Kitapçığı.2018:61-65.
7. Özyalçın D. Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölümüne ve İyi Ölümüne İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2019.
8. Yao C.A, Hu W.Y, Lai Y.F, Cheng S.Y, Chen C.Y, Chiu T.Y. Does Dying At Home Influence The Good Death Of Terminal Cancer Patients? J Pain Symptom Manage; 2007;(2):3-6.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Yun Y.H, Kim Y.N, Sim J.A, Kan E.K, Lee J, Choo J. Priorities Of A Good Death According To Cancer Patients, Their Family Caregivers, Physicians, And The General Population: A Nationwide Survey. Support Care Cancer 2018: 1-10.
10. Norlander L, McSteen K. The Kitchen Table Discussion: A Creative Way To Discuss End Of Life İssues. Home Health Nurse 2000; 18: 532–39.
11. Patrick D.L, Engelberg R.A. Evaluating the Quality of Dying and Death. J Pain Sympt Management 2001; 22 (3): 717-726.
12. İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(2):178-187.
13. Cipolletta S, Oprandi N. What İs A Good Death? Health Care Professionals' Narrations On End-Of-Life Care. Death Stud 2014;38(1-5):20-27.
14. Koç Z, Sağlam Z. Determining The Emotions And Opinions Of Nursing Students Related To End-Of-Life Care And Death State. C. Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1).
15. Çevik B, Kav S. Attitudes And Experiences Of Nurses Towards Death And Caring For Dying Patients İn Turkey. Cancer Nursing 2012;36(6):58-65.
16. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. CBU-SBED 2015; 2(2):41- 46.
17. Koku F, Ateş M. Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Deneyim ve Tutumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016; 2(3):99-104.
18. Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran M. How İntensive Care Nurses Perceive Good Death. Death Studies 2018;42 (10): 667-672.
19. Anja TM, Tarja K, Anna-Maija P. Autonomy And Human Dignity Are Key Features Of A Good Death İn Finnish Nurses' Conceptions. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2016;18(5):450-458.
20. Johnston B, Smith L.N. Nurses' And Patients' Perceptions Of Expert Palliative Nursing Care. Journal of Advanced Nursing 2006; 54(6): 700-9.
21. Beckstrand R.L, Kirchoff K.T. Providing End Of Life Care To Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles And Supportive Behaviors. American Journal of Critical Care 2005, 14 (5): 395-403.
22. Dunn K.S, Otten C, Stephens E. Nursing Experience And The Care Of Dying Patients. Oncology Nursing Forum 2005;32(1):97-104.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

23. Linda S. Respectful Death: A Model For End Of Life Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007; (12):4;621-624.
24. Scarre G. Can There Be A Good Death? *J Eval Clin Pract* 2012; 18(5):1082-1086.
25. Leung K.K, Tsai J.S, Cheng S.Y, Liu W.J, Chiu T.Y, Wu C.H, Chen C.Y. Can A Good Death And Quality Of Life Be Achieved For Patients With Terminal Cancer İn A Palliative Care Unit? *J Palliat Med* 2010; 13(12):1433–1438.
26. Bakanic V, Singleton M, Dickinson G.E. Hospice Attitudes Of Physicians And Nurses: A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care* 2016, 33(1):34-40.
27. Steinhauser K.E, Christakis N.A, Clipp E.C, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky J.A. Factors Considered İmportant At The End Of Life By Patients, Family, Physicians, And Other Care Providers *JAMA* 2000; 15:(19):2476-82.
28. Hiroya K, Isseki M, Tatsuya M, Mitsunori M, Akemi Y, Yutaka S, Toru T, Takuhiro Y. Et al. Place Of Death And The Differences İn Patient Quality Of Death And Dying And Caregiver Burden. *Journal of Clinical Oncology* 2015;33(4):357-363.
29. Counts D.A, Counts D. The Good,The Bad,And The Unresolved Death İn Kaliai. *Social Science & Medicine* 2004;58: 887–897.
30. Stajduhar K.I, Funk L, Outcalt L. Family Caregiver Learning-How Family Caregivers Learn To Provide Care At The End Of Life: A Qualitative Secondary Analysis Of Four Datasets. *Palliat Med* 2013;27, 657–664.
31. Young H.Y, Kyoung N.K, Jin A.H, Eun K.K, Jihye L, Jiyeon C, Shin H.Y, Miso K, et al. Priorities Of A Good Death According To Cancer Patients, Their Family Caregivers, Physicians, And The General Population: A Nationwide Survey. *Supportive Care in Cancer* 2018;26:3479–3488.
32. Çavdar İ. Care Of The Cancer Patient İn The Terminal Period. *Turk J Oncol* 2011;26:142–147.
33. Krishna L.K, Alsuwaigh R, Miti P.T, et al. The İnfluence Of The Family İn Conceptions Of Person Hood İn The Palliative Care Setting İn Singapore And Its İnfluence Upon Decision Making. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;31(6):645–654.
34. Khader K.A, Jarrah S.S, Alasad J. Influence Of Nurses' Characteristics And Education On Their Attitudes Towards Death And Dying: A Review Of Literature. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2010; 2(1): 1-9.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

35. Schwartz C.E, Mazor K, Rogers J, Yunsheng M.A, Reed G. Validation Of A New Measure Of Concept Of A Good Death. Journal Of Palliative Medicine 2003;6(4):4-7.
36. Fadıloğlu Ç, Aksu T. İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013;29: (1-15).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-65 PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTAYA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMLA SUNULAN HEMŞİRELİK BAKIMI: YAŞAM AKTİVİTELERİNE DAYALI HEMŞİRELİK MODELİ ÖRNEĞİ- OLGU SUNUMU

NURSING CARE OFFERED TO THE PATIENT IN PALLIATIVE CARE CENTER WITH HOLISTIC APPROACH: CASE STUDY OF NURSING MODEL BASED ON LIFE ACTIVITIES- CASE REPORT

Ayşe Soylu¹, Serap Güngör¹, Dilek Soylu², Medet Korkmaz³

1 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş/Türkiye

2 Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Kayseri/Türkiye

3 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş: Palyatif bakım; iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakımın sürekliliği, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakımdan oluşmaktadır. Hemşirelik modelleri ise; hemşirelik uygulamalarını sistematize ederek hastaya bakım sunmaktadır. Olgumuza; Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilmiş, bütüncül bakım verilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Olgumuz 32 yaşında, erkek, Hipoksik Beyin, MI tanılarıyla 50 gündür palyatif bakım merkezinde yatmaktadır. Olgumuza; beden gereksiniminden az/fazla beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği riski, gaz değişiminde bozulma, solunum fonksiyonlarında etkisizlik, konfüzyon, travma, düşme ve bası yarası riski, aile sürecinde bozulma tanılarıyla modele göre bakım verilmiştir.

Tartışma: Hemşirenin bütüncül yaklaşımla planladığı bakımda amacı, hastanın mevcut sorunlarına yönelik bakım vererek gelişebilecek komplikasyonları değerlendirmek ve ailenin bilgi eksikliğini gidermektir. Olgumuzda belirttiğimiz hemşirelik tanılarına yönelik bakım verilmiştir.

Sonuç: Olgumuza verilen bütüncül bakımın hastanın yaşam kalitesi üzerine olumlu katkıları olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik modeli, hemşirelik modeli.

Abstract

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Introduction: Palliative care consists of communication, coordination, symptom control, continuity of care, caregiver support and end of life care. Nursing models provide nursing care by systematizing nursing practices. Our case was based on Nursing Model Based on Life Activities and it was aimed to give holistic care.

The Case : Our case was a 32-year-old male patient with a diagnosis of Hypoxic Brain, MI and was hospitalized in the palliative care center for 50 days. The patient was given care according to the model with the diagnosis of under / over nutrition, risk of fluid-electrolyte imbalance, deterioration in gas exchange, ineffectiveness of respiratory functions, confusion, trauma, fall and pressure sores, and deterioration in the family process.

Discussion: The aim of the nurse in holistic approach is to evaluate the complications that may arise by providing care for the patient's current problems and to eliminate the lack of information of the family. In our case, care was given for the nursing diagnoses mentioned.

Conclusion: It was evaluated that holistic care given to our patient had positive contributions on the quality of life of the patient.

Keywords: Palliative care, nursing model, nursing care.

GİRİŞ

Palyatif bakım, iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakımın sürekliliğinin sağlanması, öğrenme aktiviteleri, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakım olarak yedi altın standarttan oluşmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde hastanın değerlerine ve tercihlerine saygı duymayı, anlaşılabilir ve açık bilgi sağlamayı karar vermede otonomiye korumayı, fiziksel konfor ve emosyonel destek ihtiyaçlarını sağlamayı içine alan hasta ve aile merkezli bir bakım yaklaşımı ile hizmet verilmelidir(Akçiçek ve ark., 2013). Palyatif bakım hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini, sağlar. Ölümü normal bir süreç gibi kabul ederek yaşamı destekler. Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirmeye çalışır. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlar. Yaşam kalitesini artırır, bakımın fiziksel, manevi, sosyal ve psikolojik boyutlarını entegre eder. Yaşamın son günlerinde de rahat bir ölümün gerçekleşmesini sağlar(Elçigil, 2012). Olgumuza bu doğrultuda Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli göre hemşirelik bakımı planlanmış ve bakım verilmiştir(Roper et all., 2000);(Büyüksoy ve ark., 2016).

Olgu

Olgu BH 32 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, 4 çocuk babasıdır. Fabrika işçisi olup kent merkezinde yaşamaktadır. 08.03.2019 tarihinde saat 17:00 de mesaisini bitirmiş eve gitmek için servise doğru yürürken arkadaşına başının döndüğünü söylemiş ve yere düşmüş bilincini kaybetmiştir. Olayı farkedene iş yeri güvenliği kalp masajı yapmış, olgumuz kendine gelmiştir. Beş dakika sonra tekrar bilincini kaybetmiş ve bayılmıştır. Güvenlik kalp masajı yaparak olgumuzu tekrar döndürmüştür. O esnada 112 gelmiştir. Olgumuzu hastaneye götürürken tekrar arrest olmuş ve 50 dakika CPR uygulanarak entübe edilmiştir. Olgumuz hastaneye geldiğinde anjiyoya alınmış ve tıkalı damarı açılarak yoğun bakıma alınmıştır. Olgumuza HİPOKSİK BEYİN, MİYOKART İNFARKTÜSÜ tıbbi tanıları konularak tedavi edilmeye başlanmıştır. Ailede kalıtsal kalp hastalığı mevcuttur, olgumuzun annesi de MI dan hayatını kaybetmiş, en küçük kardeşinde ise konjenital mitral yetmezlik bulunmaktadır. Bilinci kapalı olan olgumuza 15. günde trakeostomi, 30. günde ise PEG açılmıştır. Bu süreçte doktor aileye umut olmadığını söylemiştir. Olgumuzun eşi bu açıklamayı kabul etmemiş, umudunu kaybetmeden hergün ziyarete gelerek olgumuza müzik ve çocuklarının ses kaydını dinletmiş, kulağına Kuran-ı kerim okumuştur. Olgumuz bir buçuk ay sonunda gözlerini açmıştır. Doktor önerisi ile olgumuzun eşi fizik tedavi merkezine giderek eğitim almış ve günde üç kere olgumuza yatak içi egzersiz yaptırmıştır. 60. günün sonunda olgumuz hareket etmeye başlamış, söylenenleri anlayarak tepki vermiştir. 75 gün yoğun bakımda kalan olgumuz için palyatif bakım önerilmiş palyatif bakım için aileyle görüşülmüştür. Aile üzülmüş yoğun bakımdan çıkmasını istememiştir. Doktor aileye palyatif bakım merkezine gidip ordaki hastaları görüp palyatif bakım merkezi işleyişi hakkında bilgi almayı önermiştir. Aile palyatif bakım merkezini görünce sevkini istemiştir. Olgumuz 50 gündür palyatif bakım merkezinde tedavi edilmektedir. Kullandığı ilaçlar panto tb 1x40mg, clexane 1x0,6cc, asist amp 3x300mg, combivent nebül 4x1, pulmicort nebül 2x1, nootropil tb 3x800mg, keppra tb 2x100mg, depakin tb 2x500mg, lioresal tb 2x10mg, nörodol 3x5damla, lasix amp 1x20mg, demoksif 4x1 damladır.

Olgumuza beden gereksinimiden az/fazla beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği riski, gaz değişiminde bozulma riski, solunum fonksiyonlarında etkisizlik riski, konfüzyon riski, travma riski, düşme riski, bası yarası riski, aile sürecinde bozulma/riski tanıları konularak Roper,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Logan ve Tierney'in geliştirdiği yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli göre bakım verilmiştir.

Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama: Olgumuz epileptik ataklar geçirmektedir. Bu nedenle konfüzyon riski travma ve düşme riski vardır. Yatak kenarlıkları kaldırılarak çarpmalara karşı yatak kenarlıklarına yastık konularak desteklenmiştir. Non -epileptik ajanlar düzenli olarak verilmiştir. 50 günde bir kez nöbet geçirmiştir. Aile epileptik nöbet hakkında bilgilendirilmiş ve soruları cevaplandırılmıştır. Olgumuzun bakımına aile de katılmıştır ve düşmeye yönelik önlemler almaya başlamıştır.

İletişim: Olgumuzla hastaneye yattığı ilk 45 gün hiç iletişim kurulamamıştır, onrasında göz hareketiyle söylenene evet ya da hayır demektedir. Bu nedenle aile sürecinde bozulma/riski tanısı konulmuştur. Aileye iletişim konusunda eğitim verilmiş, aile desteklemiş ve soru işaretleri giderilmiştir.

Solunum : Olgumuzun solunumu ortalama 21/dk'dır. Trakeostomisi vardır, sık sıkı oluşan pürülan balgam olgumuzu rahatsız etmektedir. Olgu belirli aralıklarla aspire edilmiş, trakeostomi bakımı yapılmış ve bronkodilatör tedavi uygulanmıştır. Bu uygulamalar hasta yakını yanında yapılarak eğitim de verilmiştir. Olgunun balgamını rahat atması ve koyu kıvamı seyreltmek için günlük sıvı alımına dikkat edilmiş ve aldığı çıkardığı takibi yapılarak dengelenmiştir. Bakımımız sonucunda balgamını rahat çıkartmakta ve oksijen saturasyonu ortalama 98/dk seyretmiştir.

Beslenme : Olgumuzun oral alımı yoktur. Dr. İstemi ve diyetisyen önerisiyle PEG'ten, Jevity ve protifor protein yönünden zengin mama ile beslenmiştir.

Boşaltım alışkanlığı: Olgumuz yatağa bağımlı olduğu için tuvalet gereksinimini hasta bezi ve prezervatif sonda ile yapmaktadır. Sıvı alımına dikkat edilmiş ve beslenmesi diyetisyen kontrolünde yapılmıştır. Bu nedenle konstipe olmamıştır. İdrar çıkışı ise dengededir.

Kişisel temizlik ve giyim: Olgumuz yatağa bağımlı olduğu için yatak banyosu ve sıklıkla silme banyosu yapılarak perine temizliğine de ayrıca dikkat edilmiştir. Ağız içinde mantar ürettiği için fungostatin 2X1 damla ile tedavi edilmiş ve her gün ağız bakımı verilmiştir. Tırnak bakımı uzama sıklığına göre yapılmıştır. Vücudunu sıkmayan rahat pamuklu kıyafetler giydirilmiştir. Bu uygulamalar eşinin yanında yapılarak eğitim verilmiştir, eşinin soruları cevaplanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Beden ısısının kontrolü: Olgumuzun beden ısısı dengededir. Ortalama 36,5⁰C'dir.

Hareket: Olgumuza 40 dk'ya bir pozisyon değişikliği verilerek, belirli periyotlarla ayak bacak egzersizi yaptırılmış ve trombolitik tedavisi düzenli olarak yapılmıştır. Ayrıca eşi el, kol egzersizleri yaptırmıştır.

Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme: Olgumuzun çalışma hayatı yoktur ve sosyal hayattan kopuktur. Olgumuzu sosyal yaşam için sık sık aile ve arkadaşları ziyarete gelmektedir. Eşi televizyon ya da video izletmektedir.

Cinsellik: Olgumuzun cinsel yaşamı yoktur.

Uyku : Olgumuzun uyku örüntüsü düzenli değildir. Gyrex 1x50 ve nörodol 3x5 damla kullanmaktadır.

Ölüm: Olgumuzun ölümü değerlendirme yetisi yoktur.

TARTIŞMA

Kronik hastalıkların geri dönüşü olmayan son dönemlerinde modern tıbbi uygulamaların verimliliği ve faydası sınırlı kalmaktadır. Bu dönemdeki hastalarda küratif yani şifaya yönelik bir tedavi mümkün olmadığı için hastanın ağrı ve ıstırabına yönelerek onun hayatının sonundaki kültürel ve manevi ihtiyaçlarını da göz önünde bulunduran bir tedavi ve bakım konsepti oluşturmak giderek anlamlı ve önemli hale gelmektedir(Akçakaya, 2018). Bununla ilgili ülkemizde palyatif bakım programları ve palyatif bakım merkezleri , kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerin sayısındaki artış ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin, hasta/hasta ailesinin artan gereksinimlerine yeterli olabilme gerekliliğinin artması sonucunda son yıllarda hızla gelişmektedir(Akyol, 2013). Palyatif bakımın merkezinde bulunan hemşire bütüncül yaklaşımla hasta ve ailesinin sorunlarına yönelik danışmanlık, eğitim ve hastanın ihtiyacına yönelik hemşirelik bakımı vermelidir. Planlanan hemşirelik bakımında amaç hastanın mevcut sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı vermek, gelişebilecek komplikasyonları değerlendirmek ve ailenin bilgi eksikliğini gidermektir. Olgumuzda belirttiğimiz hemşirelik tanılarına yönelik bakım verilmiştir.

SONUÇ

Palyatif bakım merkezinde yatan olgumuza verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerine olumlu katkıları olduğu değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Akçakaya A. (2018). Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım Ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı.
2. Akçicek F, Akbulut G, Fadiloğlu Ç. (2013). Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu.
3. Akyol A. (2013). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (Sdby) Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1):31-41.
4. Elçigil A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Derg, 54: 329-334.
5. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. (2000). The Roper Logan Tierney Model Of Nursing: Based On Activities Of Living. Edinburg: Elsevier Health Sciences, S. 20.
6. Büyüksoy GD, Demir G, Durmuş H, Dazıroğlu N. (2016). Tıp II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı : Olgu Sunumu

S-66 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SEMPTOM YÖNETİMİNİN ÖNEMİ

IMPORTANCE OF SYMPTOM MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNITS

Fatma Hakyemez, Zeliha Koç

1 Selçuk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya/ Türkiye

2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun / Türkiye

Özet

Yoğun bakım ünitesi, hastanın resüsitasyonu, stabilizasyonu, bir hastalığın veya yaralanmanın akut fazından iyileşme fazına kadar geçen süre içerisinde bu üniteye yatan hastalara oldukça agresif bakımın sunulduğu bir ortamdır. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın yaşamının sonlanması oldukça sık gözlemlenen bir durumdur. Bu nedenle yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin semptom kontrolü ve ölüm süreci yönetimi konusunda gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmaları önemlidir. Yoğun bakım ünitelerinde, semptom kontrolü sağlanırken ve hastanın yaşamını uzatmaya yönelik agresif girişimler uygulanırken bireyin konforu sağlanmalıdır. Bununla birlikte yoğun bakım ünitesinde ölüme yaklaşan hastaya bakım ve tedavi sunulurken hasta ve yakınlarının gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ölüme yaklaşan ve yaşamın sonunda olan hastalara uygulanan prosedürlerin uygunluğu değerlendirilmeli, gereksiz prosedürler ortadan kaldırılarak semptomlar uygun şekilde tedavi edilmelidir. Hastanın konforunu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek sağlık bakım profesyonellerinin etik bir sorumluluğudur. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitesinde çeşitli sağlık sorunları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalarda uygun semptom yönetiminin sağlanmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, semptom yönetimi, palyatif bakım.

Abstract

An intensive care unit is an environment in which a patient's resuscitation and stabilization are provided, and a highly aggressive care is given to the patients in this unit within a time period from an acute phase of a disease or injury to its healing phase. Death of a patient in the intensive care units is observed very frequently. Therefore, it is important for health professionals working in intensive care units to have the necessary knowledge, skills and attitudes for the management of symptom control and death process. In intensive care units, comfort of an individual should be ensured while the symptom control is provided and aggressive interventions for prolonging the patient's life are applied. However, the need of the patients and their relatives should be considered while care and treatment are provided for the

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

patient getting close to the end of his/her life in the intensive care unit. The suitability of the procedures applied to the patients who get close to death and are at the end of their life should be assessed, and the symptoms should be treated properly by eliminating the unnecessary procedures. Ensuring the comfort of the patient and improving the quality of life is an ethical responsibility of health care professionals. Accordingly, it is considered that it is very important to provide appropriate symptom management in patients receiving treatment in the intensive care unit due to various health problems.

Key Words: Intensive care unit, symptom management, palliative care.

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri yaşam sonu bakıma geçişin oldukça sık yaşandığı ünitelerdir. Ölüm süreci yönetiminin yaygın olduğu yoğun bakım ünitelerinde, yaşamı uzatmaya yönelik agresif girişimlerde hastaların konforunun sağlanması büyük önem arz etmektedir. Yüksek teknolojik ortama sahip olan yoğun bakım ünitelerinde, hem sağlık profesyonellerinin hem de ölüme yaklaşmakta olan hasta ailelerinin tıbbi bakımın etkinlik ve sınırlarını kabul etmeleri oldukça zor olabilir. Bununla birlikte ister palyatif bakım isterse yaşam sonu bakımı olsun, hasta ve ailesine uygun bakım sunmak son derece önemlidir (McAdam, Puntillo 2010). Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülmeyle birlikte, palyatif bakımda amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır (Aydoğan, Uygun 2011; Elçigil 2012; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013; Madenoğlu Kıvanç 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (WHO).

Palyatif bakımda temel amaç; hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastalara son döneme kadar aktif ve kaliteli bir yaşam sunulmasıdır (Elçigil 2012; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013; Madenoğlu Kıvanç 2017). Sağlık profesyonelleri, yoğun bakım ünitelerindeki bir hastanın yaşayıp yaşamayacağına genellikle tek başlarına karar veremezler. Bu ünitelerde genellikle temel amaç; yaşamı koruma, hastayı ve ailesini ölüm sürecine hazırlamadır. Palyatif bakımda hasta ve aile merkezli bir bakım sunulmalı; hastaların dil, din, ırk, kültür, yaş ve eğitim düzeyleri doğrultusunda tedavi ve bakım planlanmalıdır (McAdam, Puntillo 2010; İnci, Öz 2012; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013). Bu yazıda, yoğun bakım ünitesinde çeşitli sağlık sorunları

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

nedeniyle tedavi görmekte olan hastalarda başta ağrı olmak üzere semptom yönetimine odaklanılmış, ağrı yönetimi ve ağrı tedavisinde palyatif bakım yöntemleri özetlenmeye çalışılmıştır.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Palyatif Bakım Planlaması

Yoğun bakım ünitelerinde hastalara bakım sunarken, yaşamı uzatmaya yönelik agresif girişimler başta olmak üzere tüm hemşirelik uygulamalarında hastaların konforunun sağlanması önemlidir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hastaların yaşam süresinin uzatılması ve yaşamın devam ettirilmesi temel hedeftir. Hastaların ölüme hızla yaklaştığı durumlarda, aile üyelerinin travma şokunun üstesinden gelebilmeleri ve ölüm olasılığına uyum sağlayabilmeleri mümkün olmayabilir. Diğer yandan ölüm süreci uzadığında, ailede hayal kırıklığı ve yorgunluk semptomları gelişebilir. Birçok sağlık profesyoneli için bu geçiş dönemi rahatsız edici olabilir. Aile üyelerinin göstereceği semptomlara karşı son derece duyarlı olan sağlık profesyonelleri, aile üyelerinin yaklaşımlarını ve girişimlerini kişiselleştirebilir. Yoğun bakım ünitelerinde, tedaviyi sürdürme, sınırlandırma veya durdurma süreçlerinde yardımcı olmak için bazı yönergeler mevcut olmasına karşın, karar alma sürecine yardımcı olabilecek iyi denenmiş standartlarda bulunmamaktadır. Bu nedenle, palyatif bakım planını profesyonellere ve aileye iletmek, plandaki çeşitli eylemleri uygulamak için en iyi kişileri belirleyerek uygun bir bakım planı geliştirmek, hastane içi palyatif bakım personelini ve evde bakım hizmetlerini dahil etmek önemlidir. Palyatif bakım planındaki ana hedefler; optimum semptom yönetimini, psikososyal ve manevi destek sağlamayı, hasta ve aile merkezli bakım sunmayı, ortamlar arasında bakımı koordine etmeyi ve personel desteği sağlamayı kapsamaktadır (McAdam, Puntillo 2010; Elçigil 2012; İnci, Öz 2012; Uzuncu, Buyruk, Alnak ve ark.2013; Demir 2016).

Semptom Yönetimi ve Değerlendirmesi

Ağrı Yönetimi

Hastaların konforunu sağlamak sağlık profesyonellerinin etik bir sorumluluğudur (Fink RM, Gates RA 2010; Uzuncu, Buyruk, Alnak ve ark.2013). Palyatif bakım sunumunda ağrı en önemli problemlerden biridir. Palyatif bakımda temel amaç ağrıyı önlemektir. Ağrı; doğum, büyüme, ölüm ve hastalık anında ortaya çıkabilen insan varlığının doğası ile ilgili bir süreçtir. Bununla birlikte, ağrı değerlendirme ve yönetimi tekniklerindeki ilerlemelere karşın, hastanede yatan hastalarda ağrı etkin bir şekilde yönetilmemektedir (Kabalak, Öztürk, Çağıl

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

2013; Uysal, Şenel, Karaca ve ark.2015; Madenoğlu Kıvanç 2017). Acıyı ve ağrıyı başarılı bir şekilde yönetmek, hafifletmek ve değerlendirmek oldukça zordur. Ağrı değerlendirmesine yönelik engeller; sağlık profesyonelleri ile ilgili engeller, sağlık sistemi ile ilgili engeller ve hasta/aile/toplumla ilgili engeller olmak üzere üç başlık altında toplanabilir (Fink RM, Gates RA 2010):

Sağlık profesyonelleri ile ilgili nedenler

- Hasta bakımında öncelikli olarak ağrı değerlendirmesinin yapılmaması,
- Ağrı değerlendirmesi ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olunması,
- Ağrı değerlendirmesi yapmak ve belgelemek için yeterli zamanın olmaması,
- Doğrulanmış ağrı ölçüm araçlarının kullanılmaması,
- Sağlık profesyonellerinin hasta ile empati veya ilişki kuramaması,
- Sağlık profesyonelleri arasında iletişim eksikliğinin olması,
- Hastalarla ilişkide önyargılı davranılması.

Sağlık sistemine ilişkin engeller

- Sağlık kurumlarında ağrı değerlendirmesi için kültürel olarak hassas ölçüm araçların olmaması,
- Ağrının değerlendirilmesi ve belgelenmesi için kurumsal politikaların yetersiz olması.

Hasta / ailesi ve toplumla ilgili engeller

- Ağrı deneyiminin son derece öznel ve kişisel olması,
- Ağrı hakkında konuşmanın önemi konusunda hastanın ve ailenin farkındalığının olmaması,
- Ağrı konusunda hastanın sağlık profesyonelleriyle iletişiminin olmaması,
- Ağrıyı bildirme konusunda hastanın isteksiz davranması,
- Hastanın sağlık profesyonelinin rahatsız etmek istememesi,
- Hastanın kendisine inanılmamasından korkması,
- Hastanın ağrıya dayanması,
- Küratif tedavinin ağrı ve palyatif bakım ile kısıtlanabileceği konusunda endişe duyulması.

Ağrının doğru değerlendirilmesi, ağrı tedavisinin temelini oluşturur. Kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi, her ağrı tipine uygun bir şekilde ağrının yoğunluğunu, özelliklerini ve fonksiyonlar üzerindeki etkisinin ne olduğunu sorgulamayı içerir. Ağrı benzersiz, kişisel ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

öznelidir. Bu nedenle ağrı deneyiminin değerlendirilmesi algısal düzeydedir. Algı, hastanın öz değerlendirmesi ile sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen ağrı değerlendirmesini ve sonuçlarını içerir. Müdahalenin planlanmasından önce hastanın yaşamındaki ağrı deneyiminin değerlendirilmesi esastır. Bu nedenle empati, dinleme, açık iletişimi sürdürme ve hastanın kaygılarını değerlendirme önemlidir (Fink RM, Gates RA 2010; Demir 2016; Madenoğlu Kıvanç 2017).

Palyatif bakım ortamında, hastanın deneyimlediği ağrının nedeni önceden belirlenmiş olabilir. Bununla birlikte, ağrı lokasyonundaki veya karakterindeki değişiklikler her zaman önceden var olan nedenlere atfedilmemeli ve yeniden değerlendirmelidir. Hastalardan ağrılarını veya rahatsızlıklarını tanımlamaları istenmelidir. Hastanın ağrı raporunun hala en geçerli kaynak olduğu bilinmelidir. Bu nedenle bilgiyi hastadan almak için çaba sarf edilmelidir. Örneğin ağrı, özellikleri doğrultusunda değerlendirildiğinde nöropatik ağrı; yanma, uyuşma, karıncalanma, yayılma, iğneleyici tarzda özelliğe sahiptir. Bununla birlikte, durumu kritik olan birçok hasta; hastalık süreci, mekanik ventilasyon gibi teknolojik tedavi müdahaleleri veya opioidler, benzodiazepinler gibi ilaçların bazı etkileri nedeniyle kendi kendilerine ağrıyı rapor edemezler. Hastalar ağrı yaşamalarına karşın, yatıştırıcının etkisi altında kalmaları nedeniyle benzodiazepin infüzyonları veya nöromusküler bloke edici ajanlar kullanıldığında ağrıya cevap veremeyebilirler. Bununla birlikte bazı ilaçlar hastanın herhangi bir davranışsal ağrı belirtisi gösterme yeteneğini sınırlandırabilir veya tamamen maskeleyebilir. Bu ajanlar kullanıldığında hemşire, hastanın rahatsızlığını değerlendirmede aile üyelerinin veya arkadaşlarının yardımını isteyebilir. Hastalar kendi ağrılarını kendileri iletemeyecek kadar hasta olduklarında, sağlık profesyonelleri ağrıya işaret edebilecek davranışları sistematik olarak gözleme ve değerlendirmelidir.

Hastaların davranışsal ya da fizyolojik ağrı belirtilerinin olmaması, onların ağrı deneyimledikleri anlamına gelmemektedir. Bilişsel bozulma, konuşamama ya da yazma yoluyla iletişim kuramama yeterli ağrı değerlendirmesi ve tedavisinin önündeki engellere örnek olarak verilebilir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'nin (IASP) belirttiği gibi, "sözlü olarak iletişim kuramamak bireyin ağrı çekmesi ve uygun ağrı giderici ihtiyacı olması ihtimalini ortadan kaldırmaz". Bununla birlikte bilişsel bozukluğu artan hastalar ile ilerleyici demans hastalarında ağrı bildirimini daha azdır. Ağrı şikayetlerinin az olması ağrının bildirimindeki zorluk ile yakından ilişkilidir. Ağrının davranışsal olarak ifade edilmesinde

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

önemli farklılıklar vardır. Örneğin, ağrı yaşayan bir birey sessiz bir şekilde ağrıya katlanabilir ya da saldırgan ve küfürlü davranışlar sergileyebilir.

Palyatif bakımın hedefi hastaların yaşam kalitesini yükseltmek, çok faktörlü bakış açısı ile ağrıyı değerlendirmek ve yönetmektir. Her ne kadar ağrı, hastanın kendi bildirdiği subjektif bir deneyim olsa da, bir hastanın analjeziye yanıtını izlemek için ağrının yoğunluğunu belirlemek önemlidir. Ağrının yeri, şiddeti, ağrının özellikleri, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler, zaman içinde ağrıya meydana gelen değişiklikler, ağrının başlangıç zamanı, beraberindeki semptomlar, ağrının hastanın psikolojik durumuna ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi ve analjezik yöntemleri sorgulanmalıdır (Mc Adam, Puntillo 2010; Fink RM, Gates RA 2010; Aydoğan, Uygun 2011).

Ağrı Tedavisi

İşlemsel Ağrı

Agresif bakımdan yaşam sonu bakımına geçiş öncesinde ve sırasında durumu kritik olan hastalar santral, arteriyel ve periferik kateter, nazogastrik tüp veya göğüs tüpünün çıkarılması gibi birçok tanı ve tedavi prosedürüne maruz kalmaktadır. Bu uygulamaların birçoğu oldukça ağrılıdır ve yaşam sonu bakımda hastaların acı çekmesinin en önemli nedenlerindedir. Diğer yandan yoğun bakım ünitesi hastalarında rutinde oldukça sık uygulanan prosedürler ağrıya neden olabilmektedir. Hastaların iyatrojenik acı çekmekten kaçınmaları, palyatif bakımın temel bir parçasıdır (Mc Adam, Puntillo 2010; Paice 2010).

Ağrının Farmakolojik Yönetimi

Yaşamın son döneminde gözlenen ağrının tedavisinde farmakoterapi temel tedavi yöntemidir. Ağrının tedavisinde, 1986'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen basamak tedavisi yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna göre; birinci basamakta nonopioid analjezikler, ikinci basamakta zayıf opioid analjezikler ve üçüncü basamakta güçlü opioid analjezikler yer almaktadır. Adjuvan analjezikler normalde ağrı dışında endikasyonu olan fakat özel bazı durumlarda ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Basamak tedavisinde; etkinliği az ilaçlar ile tedaviye başlayıp, kontrol sağlanana kadar, 24-48 saat aralıklarla daha etkin ilaçların olduğu basamağa geçilmesi temel prensiptir. Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalı ve doz kişiye göre ayarlanmalıdır. Aynı zamanda düzenli zaman aralıkları ile uygulanmalı, yan etki profilaksisi ve tedavisine dikkat edilmelidir. Yoğun bakım ünitesinde ölüme yaklaşan hastanın konforu sağlanmalıdır. Etkin semptom kontrolü,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ölüme yaklaşmakta olan hasta ve aileleri için son derece önemlidir (Mc Adam, Puntillo 2010; Paice 2010; Fink RM, Gates RA 2010; Aydoğan, Uygun 2011; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013).

Ağrının Farmakolojik Olmayan Yönetimi

Ağrı yönetimi için farmakolojik olmayan uygulamalar, farmakolojik müdahalelerin kullanımını tamamlar. Ancak farmakolojik uygulamaların yerine geçmez. Çok sayıda tedavi yoğun bakım hemşireleri tarafından hastanın konforunu ve ilaçların etkilerini artırmak için kullanılabilir. Farmakolojik olmayan yöntemler, dikkati başka yöne çekme (örneğin, müzik, mizah), rahatlama teknikleri (örneğin görsel görüntüler, ritmik nefes alma) ve masaj kullanımını içerir. Tamamlayıcı tedaviler düşük maliyetli, kolay temin edilebilir ve düşük maliyetle uygulanabilir. Aile üyeleri, hastanın konforunu sağlamaya yardımcı olmaları konusunda teşvik edilebilir. Aile üyelerinin bakıma katılması çaresizlik duygusunu azaltabilir ve memnuniyet düzeylerini artırabilir (Paice 2010).

Diğer Semptomlar

Yoğun bakım ünitelerinde yüksek ölüm riski taşıyan hastaların büyük çoğunluğu duygusal ve fiziksel semptomlar yaşayabilmektedir. Bu doğrultuda ağrı, yorgunluk, anoreksi, ağız kuruluğu, konstipasyon, çabuk doyma, dispne, uyku problemleri, anksiyete, ajitasyon, iştahsızlık, konfüzyon, bulantı-kusma, beslenme bozukluğu, dehidratasyon, ödem ve dolaşım bozukluğu, halsizlik, oryantasyon bozukluğu, deliryum gibi semptomlar yoğun bakım hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Mc Adam, Puntillo 2010; Fink RM, Gates RA 2010; Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013; Uysal, Şenel, Karaca ve ark.2015).

Tablo 1. Palyatif Bakımda Karşılaşılan Semptomlar ve Sıklığı (Şahan Uslu, Terzioğlu 2015).

Semptom	%	Semptom	%
Ağrı	84	Anksiyete	24
Yorgunluk	69	Kusma	23
Anoreksi	66	Konfüzyon	21
Ağızda Kuruma	57	Baş Dönmesi	19
Konstipasyon	52	Dispepsi	19
Çabuk Doyma	51	Disfaji	18
Dispne	50	Geğirme	18
Kilo Kaybı	50	Karın Şişliği	18

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Uyku Problemleri	49	Hafıza Problemleri	12
Depresyon	41	Sedasyon	10
Öksürük	38	Hıçkırık	9
Bulantı	36	Kaşıntı	9
Ödem	28	Diyare	6
Tad Değişikliği	28	Tremor	5
		Bayılma	3

Yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonelleri, ölüme yaklaşan hastaların yaşadığı semptomların hafifletilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık profesyonelleri bu semptomların varlığını değerlendirebilir, etkili farmakolojik tedaviyi sunabilir. Tedavi ve bakımda sürekliliği sağlayabilir. Bu doğrultuda ölüme yaklaşmakta olan hastaya sunulacak olan semptom bakımı son derece önemlidir.

SONUÇ

Palyatif bakım hizmetleri uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Ancak yaşlı nüfusun artması, teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkanlarının artması ile yaşam beklentisi yükselmiş, bu durum toplum için hem fayda hem de zorlukları beraberinde getirmiştir. Aynı zamanda bu durum sağlık bakım ihtiyacı olan birey sayısının giderek artmasına ve yaşam kalitesi kavramının giderek önem kazanmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda da palyatif bakım kavramının önemi giderek artmıştır (Coyle, 2010). Palyatif bakım, her ne kadar ilerleyici veya kronik hastalıklarda daha önemli olsa da, herhangi bir zamanda, herhangi bir ortamda, herhangi bir tanı alan her yaşta hasta için gereklidir. Palyatif bakım; hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde ise aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (McAdam, Puntillo 2010; İnci, Öz 2012; Elçigil 2012; National Consensus Project 2013; Worldwide Palliative Care Alliance 2014; Şahan Uslu, Terzioğlu 2015; Demir 2016).

KAYNAKLAR

Mc Adam J, Puntillo K. Part VI: End-of-Life Care Across Settings, The Intensive Care Unit. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:905-922.

Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim 2011;24:4-9.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012;54:329-334.

Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70.

Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *HSP* 2017;4(2):132-35.

World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (erişim: 28 Ağustos 2019).

İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4(2):178-187.

Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. *Cumhuriyet Med H* 2013;35:143-151.

Demir M. Palyatif Bakım Etiği. *Yoğun Bakım Derg* 2016;7:62-6.

Fink RM, Gates RA. Part II: Symptom Assesment and Management, Pain Assesment. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:137-160.

Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. *AĞRI* 2015;27(2):104-110.

356

Paice JA. Part II: Symptom Assesment and Management, Pain at the End of Life. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:161-185.

Coyle N. Part I: General Principles, Introduction to Palliative Nursing Care. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3 th ed. Newyork: Oxford University Press 2010:3-11.

National Institute for Health and Care Excellence (2013) Quality standard for end of life care for adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13> (erişim: 28 Ağustos 2019).

Worldwide Palliative Care Alliance (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (erişim: 28 Ağustos 2019).

Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Nurs J* 2015;4(2):81-90.

S-67 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ PALYATİF BAKIMDA MANEVİ DESTEĞİ ÖNEMLİ BULUYOR MU?

DO NURSING STUDENTS FIND SPIRITUALITY SUPPORT İN PALLIATIVE CARE IMPORTANT?

Hamdiye Arda Sürücü¹, Altun Baksi², İlknur Çoban¹

1 Dicle Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakır/Türkiye

2 Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta / Türkiye

Özet

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda manevi destek algılarının incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir ve örneklemini 110 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma, bir sağlık yüksekokulu üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde 1-15 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri; literatür doğrultusunda oluşturulan veri formu ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan ve öğrencilerden izin alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %64.5’i manevi bakım kavramını duyduğunu ancak %38.2’si manevi bakım ile ilgili ders aldığını belirtmiştir. Yine öğrencilerin %89.1’i palyatif bakımda manevi bakım uygulamalarının önemli olduğunu belirtirken, %33.6’sı palyatif bakımda manevi bakım verilmediğini ve %44.5’i ise kısmen uygulandığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 34.5’i palyatif bakımda manevi bakım olarak “hasta ile iletişim kurup, rahatlatarak kendisini ifade etmesini sağlama girişimi” uyguladığını belirtmiştir. Öğrencilerin manevi destek algısı puan ortalaması 50.38±9.75’dir.

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelik öğrencilerinin manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım veren sağlık çalışanlarının hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılamaları için uygun ortam oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Palyatif bakım, Manevi destek algısı, Hemşirelik, Tanımlayıcı araştırma.

Abstract

Purpose: Examine the spirituality support perceptions of nursing students in palliative care.

Method: The study is a descriptive study and its sample consists of 110 students. It was carried out with third and fourth grade nursing students in a health high school between June 1st and 15th, 2019 and necessary permissions were obtained. Study data were collected using a data form which was developed in line with the literature and the “Spirituality Support Perception Scale”.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Findings: 64.5% of the students stated that they had heard of the concept of spirituality support and 38.2% of them had studied spirituality support. Similarly, 89.1% of the students stated that they found spirituality support applications in palliative care important, whereas 33.6% of them indicated that spirituality support was not given in palliative care and 44.5% indicated that it was applied partially. 34.5% of the students stated that “the intervention of establishing communication with the patient, comforting her/him and allowing her/him to express herself/himself” was applied as a spirituality support in palliative care. The students’ score average of moral support perception was found to be 50.38 ± 9.75 .

Conclusion and Suggestions: It was determined that the nursing students had a higher score average of spirituality support perception. It is necessary to create an appropriate environment for healthcare professionals who provide palliative care in order to meet spirituality support needs of the patients.

Keywords: Palliative care, Spirituality support perception, Nursing, Descriptive study.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasıyla; acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım”dır (1). Hastanın değerleri ve tercihlerine saygı duymayı, anlaşılabilir ve açık bilgi sağlamayı, karar vermede otonomiye korumayı ve fiziksel konfor ve emosyonel destek ihtiyaçlarını sağlamayı içine alan hasta ve aile merkezli bir bakım yaklaşımı ile hizmet verilmesi önemlidir (1).

Bireyin iyilik halinde olması için fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının yanı sıra manevi sağlığının da değerlendirilmesi gerekir. Palyatif bakımın bir parçasının manevi bakım olduğu fakat çoğunlukla sağlık ekibi üyelerince bireyin manevi bakım yönünün ihmal edildiği belirtilmektedir. Bireyin manevi boyutunu ve gereksinimlerini tanılamak hemşirelik tanılamasının temelini oluşturur (2). Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve var olmanın daha ötesinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımı önem kazanmıştır (3). Maneviyat ve manevi bakım konusunda yürütülen hemşirelik araştırmalarında, hemşirelerin, hastaların manevi gereksinimlerinin farkında oldukları ancak çok azının bu gereksinimlere yönelik manevi bakım verdiği saptanmıştır (3). Yapılan diğer bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıya sahip oldukları

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

fakat bu konudaki bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı ve eğitimin gerekli olduğu vurgulanmıştır (4). Geleceğin hemşire adayları olan üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda manevi bakım algılarının incelenmesi ile literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda manevi destek algılarının incelenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Türkiye'nin güneydoğusunda bir devlet üniversitesinin sağlık yüksekokulunun 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinde 1-15 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihte üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırma örneklemini 110 öğrenci oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri aşağıda verilen veri toplama araçları ile toplanmıştır.

359

Tanıtcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri formu öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve manevi bakım ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Formda; sosyo-demografik (*yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, en uzun yaşadığı yer, şu an kaldığı yer, sınıfı, akademik ortalama*) ve manevi bakım ile ilgili (*manevi bakım kavramını duyma, manevi bakım ile ilgili ders alma, psikolojik/ruhsal açıdan rahatlamak için herhangi bir yönelişte bulunma durumu, palyatif bakımda manevi bakım uygulamalarının önemi, palyatif bakım verilen hastalara yeterince manevi bakım verilme durumu, palyatif bakım verdiği bir hastanın maneviyatı açısından dikkat edilen boyutlar, mesleği sevme durumu, hemşire olmayı isteme durumu*) sorular yer almaktadır (2,4,5).

Manevi Destek Algısı Ölçeği

Ölçek, Kavas ve Kavas (2014) tarafından doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek konusundaki fikirlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 15 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

0'dan "tamamen katılıyorum" ifadesini taşıyan 4'e doğru yapılmaktadır. Ölçek maddelerinin puanlamasında ters puanlama bulunmamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alpha) 0.94'dür. Ölçek maddelerine verilen yanıtlar toplanarak ölçek toplam puanı belirlenmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en yüksek puan 60'dır. Ölçekten alınan puanların artması manevi destek algısı ve tutumunun yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması arttıkça manevi destek kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. Manevi Destek Algısı; 0 (Düşük) < 20-40 (Orta) < 60 (Yüksek) olarak değerlendirilmektedir (6).

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmacılar tarafından öğrencilere araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere veri toplama formları dağıtılmış ve öğrencilerin kendisi tarafından doldurulmuştur. Veri toplama formunun doldurulması ortalama olarak üç-dört dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında istatistiksel yazılım programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin tanıtıcı bilgileri için tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Öğrencilerin manevi destek algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum ile verilmiştir.

Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı kurumdan ve veri toplama araçlarından Manevi Destek Algısı Ölçeği için uyarlamasını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere araştırma süreci (araştırmanın amacı, uygulanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğe bağlı olduğu vb.) ile ilgili bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırmaya alınmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 22.5 ± 2.21 , %63.6'sı kadın, %62.7'sinin geliri giderine eşit, %66.4'ü ailesi ile yaşamakta, %50.9'u üçüncü sınıf öğrencisi ve %73.6'sı 60-79 arası ortalamaya sahiptir. Öğrencilerin %64.5'i manevi bakım kavramını duyduğunu, %38.2'si manevi bakım ile ilgili ders aldığını, %87.3'ü psikolojik/ruhsal açıdan rahatlamak için herhangi bir yönelişi bulunduğunu ve %22.7'si bunu iç huzurunu artırarak ya da huzur

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

bulduğu ortamlarda bulunarak yaptığını belirtmiştir. Yine öğrencilerin %89.1'i palyatif bakımda manevi bakım uygulamalarının önemli olduğunu, %33.6'sı palyatif bakım verilen hastalara yeterince manevi bakım verilmediğini ve %34.5'i palyatif bakım verdiği hastanın maneviyatı açısından iletişim kurup rahatlatarak kendini ifade etmesini sağladığını belirtmektedir. Öğrencilerin manevi destek algısı puan ortalaması 50.38 ± 9.75 'dir Aşağıda Tablo 1'de Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik-mesleki özellikleri ve manevi destek algısı puan ortalamaları verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik-Mesleki Özellikleri ve Manevi Destek Algısı Puan Ortalamaları

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	70	63.6
	Erkek	40	36.4
Medeni durum	Bekar	106	96.4
	Evli	4	3.6
Ekonomik durum	Gelir gidere eşit	69	62.7
	Gelir giderden yüksek	5	4.5
	Gelir giderden az	36	32.7
En uzun yaşadığınız yer	Kent	91	82.7
	Köy	19	17.3
Şu an kaldığı yer	Ailem ile	73	66.4
	Evde arkadaşlar/Akraba yanında	10	9.1
	Yurtta	26	23.6
	Evde yalnız	1	0.9
Sınıfı	Üçüncü sınıf	56	50.9
	Dördüncü sınıf	54	49.1
Akademik ortalama	80-100	28	25.5
	60-79	81	73.6
	60 altı	1	0.9
Manevi bakım kavramını duyma durumu		71	64.5
	Evet	39	35.5
	Hayır		

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Manevi bakım ile ilgili ders alma durumu		
	42	38.2
Evet	68	61.8
Hayır		
Psikolojik/ruhsal açıdan rahatlamak için herhangi bir yönelişiniz (dini inanç, yoga, egzersiz, müzik gibi) var mı?		
	96	87.3
Evet	14	12.7
Hayır		
Evet ise hangileri;		
İşimi yaparak motivasyonu arttırmak	14	12.7
Kendimi mutlu eden şeyler yapmak	18	16.4
İç huzurumu arttırmaya çalışmak ve huzur bulduğum ortamlarda bulunmak	25	22.7
Dini uygulamalar yapmak	24	21.8
Yoga veya meditasyon yapmak	8	7.3
Egzersiz yapmak	13	11.8
Müzik dinlemek	8	7.3
Sizece palyatif bakımda manevi bakım uygulamaları önemli mi?		
Evet	98	89.1
Hayır	12	10.9
Palyatif bakım verilen hastalara yeterince manevi bakım verildiğini düşünüyor musunuz?		
Evet	24	21.8
Hayır	49	33.6
Kısmen	37	44.5
Palliyatif bakım verdiğiniz bir hastaya maneviyatı açısından aşağıda verilen hangi boyutlara dikkat edersiniz?		
Hasta ile iletişim kurup, rahatlatarak kendisini ifade etmesini sağlamak (fiziksel, duygusal sosyal sorunlarına destek olmak)	38	34.5
Hastanın ihtiyaçlarını karşılayıp, sorunlarına çözüm üretmek (gözlem, dinlemek, konuşmak bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmamak, anlamaya çalışmak, güler yüzlü yaklaşımda bulunmak, güven ilişkisi kurmak)	21	19.1
Hastayla açık bir iletişim kurmak ve bilgilendirmek (göz iletişimi, ellerini tutarak destek olmak)	12	10.9
Dini inançlarına yönelik	12	10.9

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

uygulamaları yapmasına olanak sağlamak (namaz kılma, Kur'anokuma)	8	7.3
Ziyaretçi desteği ile yakınlarıyla iletişim halinde olmalarını sağlamak	18	16.4
Hastanın kültürel uygulamalarına hassasiyet göstermek		
Mesleğinizi seviyor musunuz?		
Evet	47	42.7
Hayır	27	24.5
Kısmen	36	32.7
Hemşire olmayı istiyor musunuz?		
Evet	48	43.6
Hayır	30	27.3
Kısmen	32	29.1
	X±SS (ortalama±standart sapma)	(Min-Max) (minimum-maksimum)
Yaş	22.5±2.21	20-35
Manevi destek algısı puanı	50.38±9.75	15.00-60.00

TARTIŞMA

Maneviyat ve manevi bakım konusunda yürütülen hemşirelik araştırmalarında, hemşirelerin, hastaların manevi gereksinimlerinin farkında oldukları ancak çok azının bu gereksinimlere yönelik manevi bakım verdiği saptanmıştır (3). Yapılan bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıya sahip oldukları fakat bu konudaki bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı ve eğitimin gerekli olduğunu vurgulanmıştır (4). Kaplan (2018)'nin çalışmasında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “manevi destek algısı” düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (7). Bu çalışmada diğer çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (3,4,7). Bu çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu (50.38±9.75) saptanmış ve neredeyse öğrencilerin tümü palyatif bakımda manevi bakım uygulamalarının önemli olduğunu belirtmiştir. Ancak hemşirelik öğrencilerinin üçte ikisinden fazlası palyatif bakım verilen hastalara yeterince manevi bakım verilmediğini ve kendilerinin de yeterli girişim uygulayamadığını belirtmiştir. Tüm sağlık çalışanları grubunda (öğrenci ve çalışan hemşire) ve farklı hastalık grubunda benzer sonuçlar elde edilmesi; eğitim müfredatlarında maneviyat ile ilgili derslerin yeterince yer almaması, sağlık kuruluşlarında manevi bakım ile ilgili yeterli hizmet içi eğitimin verilmemesi ve çalışma koşullarıyla ilgili olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerin palyatif bakımda manevi bakımı önemli buldukları ancak yeterli manevi bakımın uygulanmadığı ve sınırlı sayıda girişim uygulayabildikleri saptanmıştır. Palyatif bakım veren sağlık çalışanlarının hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılamaları için uygun ortam oluşturulmalıdır. Bunun yanı sıra palyatif bakım özel bir alan olması nedeniyle palyatif bakıma özel manevi bakım hakkında hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilmektedir. Eğitim kurumlarında ise manevi bakımın ders müfredatlarında yer alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Akçiçek F, Akbulut G. Fadiloğlu ÇZ. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları: 1, 2013.
- 2.Midilli TS, Kalkım A, Dağhan Ş. Spiritual care-related opinions and practices of nursing students Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. Journal of Human Sciences 2017; 14: 666-77.
- 3.Pour HA, Özvurmaz S. Hemşirelik ve ebellek intörn öğrencilerinde manevi bakıma yönelik algı ve uygulama modelinin değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2017; 7: 225-33.
- 4.Çelik İnce S, Utaş Akhan L. Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13: 202-8.
- 5.Sülü Uğurlu E. Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5: 187-91.
- 6.Kavas E, Kavas N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. Electronic Turkish Studies 2014; 9: 905-15.
- 7.Kaplan H. Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. Ekev Akademi Dergisi 2018; 22: 317-32.

S-68 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE YAŞAM DOYUMU VE İYİ ÖLÜM ALGISI LIFE SATISFACTION AND PERCEPTION OF GOOD DEATH IN NURSING STUDENTS

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Esin IŞIK², Zeynep Aybüke BAŞARAN²

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Arş. Gör

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

Özet

Amaç: Bu araştırma, Hemşirelik Öğrencilerinde Yaşam Doymu ve İyi Ölüm Algısının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 349 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve ölüme ilişkin düşüncelerini sorgulayan toplam 9 sorudan oluşan katılımcı tanıtım formu, İyi Ölüm Ölçeği ve Yaşam Doymu Ölçeği kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t test ve kolerasyon analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %68.8'inin kadın ve yaş ortalamalarının ise 20.8 ± 1.4 olduğu bulundu. Katılımcıların %84' ünün daha önce ölümlerle karşılaştığı, öğrencilerin %50.3' ünün ölen yakınlarının aile üyeleri olduğu, %37.5' inin stajda ölümlerle karşılaştığı ve %30' unun ölüm karşısında ağladığı ve üzüldüğü görüldü. Öğrencilerin %51.3' ünün palyatif bakım vermek istediği, %68.8' nin hastalarla ölüm konusunda rahat konuşmadığı ve %73.6' sının ölmekte olan hastanın öleceğini bilmesi gerektiğini düşündüğü bulundu. Öğrencilerin İÖÖ ortalamalarının 55.7 ± 8 olduğu ve ölüm algılarının iyi olduğu görüldü. Araştırmada öğrencilerin YDÖ puan ortalamalarının 14 ± 4.4 olduğu ve yaşam doyumlarının orta düzeyde olduğu görüldü. Yapılan kolerasyon analizi sonucunda yaşam doymu ile iyi ölüm algısı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırmada yaşam doymu ile iyi ölüm algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Öğrencileri, İyi Ölüm, Palyatif Bakım, Yaşam Doymu

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the Satisfaction of Life and perception good death in nursing students.

Method: The population of the study consisted of 1209 students enrolled in Inonu University Faculty of Nursing in 2018-2019 academic year. The sample of the study consisted of 349 students with power error analysis, 0.05 error, 0.95 confidence interval and 0.95 representation power of the universe. Prepared by the researchers; Participant information form, Good Death Scale and Satisfaction with Life Scale, which consisted of 9 questions, were used to question the socio-demographic characteristics of the students and their thoughts about death. Statistical analysis of the obtained data was performed with descriptive statistics on computer, t-test and correlation analysis in independent groups.

Results: The students; 68.8% of the women and the average age was found to be 20.8 ± 1.4 . It was found that 84% of the participants had experienced death before and 50.3% of the students had family members who died. It was seen that 37.5% experienced death in the internship and 30% cried and sad in the face of death. It was found that 51.3% of the students wanted to give palliative care, 68.8% could not talk to the patients about death and 73.6% thought that the dying patient should know that they would die. In the study, it was seen that the mean The Satisfaction with Life Scale score of the students was 14 ± 4.4 and their life satisfaction was moderate. As a result of the correlation analysis, there was no statistically significant relationship between life satisfaction and good death perception ($p > 0.05$).

Conclusion: No significant relationship was found between life satisfaction and good death perception.

Keywords: Nursing Students, Good Death, Palliative Care, Life Satisfaction

GİRİŞ

Hemşireler çalıştıkları koşullar sebebiyle fiziksel, ruhsal ve psikolojik sıkıntılar yaşayabilirler. Yoğun ve ölümcül hastalarla çalışma, hasta ve bakım verenlere duygusal destek sağlama gibi durumlar hemşireleri ruhsal açıdan etkilemektedir. Hemşirelerin iş yükünün ağır olması, hasta, ailesi ve diğer ekip üyeleri ile yaşanan iletişim problemleri gibi etkenler ise hemşirelerin verdiği bakımı ve yaşam doyumlarını da etkilemektedir¹.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yaşam doyumunu bireyin işi, iş dışı zamanları ve boş zamanlarında gösterdiği tutumdur. İnsanların hayatına dair algı ve değerlendirmelerini gösteren yaşam doyumunun önemli olduğu meslek gruplarından birisi de hemşireliktir. İş doyumunu yüksek bireylerin iş motivasyonları da beraberinde yüksek olur. İş motivasyonunun yüksek olması ise hemşirelik açısından daha kaliteli hasta bakımını ifade etmektedir. Yapılan çalışmalar hemşirelerin iş yüklerinin ağır olması, hasta, ailesi yada diğer sağlık çalışanları ile iletişim problemleri yaşamaları, ölüm gibi travmatik olayları yönetmek zorunda kalmaları gibi durumlar, hemşirelerin motivasyonlarının ve yaşam doyumlarının düşmesine sebep olacaktır².

Ölüm, bütün yaşamsal faaliyetlerin son bulması olup, hayatın inkar edilemez bir parçasıdır. Ölümcül hastaya bakım vermek ve ölüm anında hastanın yanında olmak sağlık profesyonellerinin en çok zorlandığı durumlardandır³. Ölümle karşı karşıya gelmek hemşirelerin kendi ölüm kaygılarını yaşamalarına sebep olabilmektedir. Ölüm anında hastanın ve ailesinin yanında olmak, bu evrede sağlık bakım hizmeti sunmak hemşirelerin en çok zorlandığı durumlardandır. Hemşirelerin yaşam, ölüm ve kayıpla ilgili kendi duygularını ve tutumlarını anlamaları, ölmekte olan birey ve ailesiyle uygun kişilerarası iletişim becerilerini kullanarak ihtiyaç duyduğu desteği verebilmesi, daha nitelikli fiziksel ve ruhsal bakım sağlamada etkili olmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin ölümle ilgili konuşabilmesi, ölüm hakkında yeterli bilgiye sahip olması, ölümü yaklaşan hastanın ruhsal durumu, ölümcül hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına yönelik farkındalığının olması ve kendisini bu yönde geliştirmesi gerekmektedir. Ölüm algısı kültürden kültüre, toplumdan topluma hatta bireyden bireye değişmektedir. İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum, üzerinde çok konuşulan önemli bir kavram olup palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda son derece önemlidir. 'İyi ölümün' ortak özellikleri, acısız olması, onurlu olması, aileye destek olması, ölen kişi için karar vermede özerklik ve kişisel meseleleri çözme fırsatı sunması olarak kabul edilmektedir⁴. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ve iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri hasta bakımının kalitesini etkilemektedir. Bu bağlamda geleceğin sağlık bakım profesyonellerinin iyi ölüm algısı ilerde verecekleri bakımı etkileyecektir⁵. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı Hemşirelik öğrencilerinde yaşam doyumunu ve iyi ölüm algısını incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 349 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Tanıtım Formu, İyi Ölüm Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Tanıtım Formu; Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve ölüme ilişkin düşüncelerini sorgulayan toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Yaşam Doyumu Ölçeği; Diener ve Diğ., tarafından 1985 yılında geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanması Köker (1991), tarafından yapılmıştır⁶. Ölçek 'hiç katılmıyorum'dan, 'tamamen katılıyorum'a kadar değişen cevaplar içeren, 5 maddeli bir ölçektir. Her bir maddeden alınan puanlar 1 ile 7, toplam puan ise 1-35 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe yaşam doyumunun yükseldiğine işaret eder. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86' dır⁷.

İyi Ölüm Ölçeği; Ölçek Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir⁸. Türkçe'ye geçerliliği 2010 yılında Fadiloğlu ve Menekli tarafından yapılmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşmakta olup 4'lü likert tiptedir. Ölçek psikososyal manevi alt boyut (9 soru) , kişisel kontrol alt boyut (3 soru) ve klinik alt boyut (5 soru) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır⁹.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t test ve kolerasyon analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri

	Sayı(n)	%	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	349		20.8±1.4
Cinsiyet			
Kadın	240	68.8	
Erkek	109	31.2	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Daha önce ölümlle karşılaşma		
<i>Evet</i>	293	84
<i>Hayır</i>	56	16
Cevabı evet olanların ölen kişiyle yakınlık derecesi		
<i>Aile Üyesi</i>	149	42.7
<i>Birinci derece akraba</i>	127	36.4
<i>Arkadaş</i>	20	5.7
Ölümü düşünme sıklığı		
<i>Hep Düşünürüm</i>	92	26.4
<i>Arada Düşünürüm</i>	233	66.8
<i>Hiç Düşünmem</i>	24	6.9
Daha önce stajda ölümlle karşılaşma durumu		
<i>Evet</i>	131	37.5
<i>Hayır</i>	218	62.5
Ölümlle Karşılaşınca hissettikleri		
<i>Hiç birşey</i>	14	9
<i>Korku</i>	36	23.2
<i>Üzüntü ve ağlama</i>	45	29
<i>Doğal karşılama</i>	39	25.2
<i>Acılarınun sona erdiğini ve kurtulduğunu düşünme</i>	21	13.6
Palyatif bakım vermeyi isteme durumu		
<i>Evet</i>	179	51.3
<i>Hayır</i>	170	48.7
Hastayla ölüm hakkında rahat konuşabilme durumu		
<i>Evet</i>	109	31.2
<i>Hayır</i>	240	68.8
Ölümü yaklaşan hasta öleceğini bilmeli mi?		
<i>Evet</i>	257	73.6
<i>Hayır</i>	92	26.4

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %68.8'inin kadın ve yaş ortalamalarının ise 20.8 ± 1.4 olduğu bulundu. Katılımcıların %84' ünün daha önce ölümlerle karşılaştığı, öğrencilerin %50.3' ünün ölen yakınlarının aile üyeleri olduğu, %36.4' ünün birinci derece akraba olduğu ve %5.7'sinin ise arkadaşları olduğu, %37.5' inin stajda ölümlerle karşılaştığı ve %30' unun ölüm karşısında ağladığı ve üzüldüğü, %25.2'sinin doğal karşıladığı, %23.2'sinin korktuğu, %13.6'sının hastanın acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüğü, %9' onun ise ölüm ile karşılaşınca hiç bir şey hissetmediğini belirttiği görüldü. Öğrencilerin %51.3' ünün palyatif bakım vermek istediği, %68.8' nin hastalarla ölüm konusunda rahat konuşmadığı ve %73.6' sının ölmekte olan hastanın öleceğini bilmesi gerektiğini düşündüğü bulundu.

Tablo 2. YDÖ ve İÖÖ Puan Ortalamaları

<i>Ölçek</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>Alınan Min.-Max.</i>	<i>Alınabilecek Min.-Max.</i>
		<i>Puanlar</i>	<i>Puanlar</i>
<i>YDÖ</i>	14±4.4	1-35	5-25
<i>İÖÖ</i>	55.7±8	18-68	17-68
<i>Psikososyal Manevi Alt Boyut</i>	30.8±4.4	10-36	9-36
<i>Kişisel kontrol alt boyut</i>	9.6±1.9	3-12	3-12
<i>Klinik alt boyut</i>	15.3±2.9	5-20	5-20

Araştırmada öğrencilerin YDÖ puan ortalamalarının 14 ± 4.4 olduğu ve yaşam doyumlarının orta düzeyde olduğu görüldü. Öğrencilerin İÖÖ ortalamalarının 55.7 ± 8 olduğu bulundu. Çalışmada İÖÖ psikososyal manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu ve klinik alt boyut ortalamalarının sırasıyla 30.8 ± 4.4 , 9.6 ± 1.9 ve 15.3 ± 2.9 olduğu görüldü. Öğrencilerin ölüm algılarının ise iyi olduğu bulundu.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre YDÖ ve İÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

<i>Katılımcılara ait özellikler</i>	<i>YDÖ</i>	<i>İÖÖ</i>	<i>Psikososyal Manevi Alt Boyut</i>	<i>Kişisel kontrol alt boyut</i>	<i>Klinik alt boyut</i>
Cinsiyet					
<i>Kadın</i>	14.1±4	57.2±7.4	31.5±4.1	9.9±1.8	15.7±2.8
<i>Erkek</i>	13.9±5	52.4±8.2	29.2±4.6	8.8±2	14.3±2.9
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=0.329 p=0.743	t=5.169 p=0.000	t=4.515 p=0.000	t=4.739 p=0.000	t=3.972 p=0.000
Daha önce ölümlerle karşılaşma					
<i>Evet</i>	13.9±4.2	55.7±7.9	30.8±4.4	9.6±1.9	15.2±2.9
<i>Hayır</i>	14.8±5	55.7±8.4	30.5±4.4	9.6±1.9	15.5±3
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=-1.476 p=0.192	t=-0.012 p=0.991	t=0.582 p=0.562	t=-0.172 p=0.864	t=-0.789 p=0.444
Cevabı evet olanların ölen kişiyle yakınlık derecesi					
<i>Aile Üyesi</i>	13.7±4.4	55.7±8.3	30.7±4.7	9.6±2	15.3±2.9
<i>Birinci derece akraba</i>	13.9±4.1	55.7±7.5	31±4.2	9.6±1.8	15.1±3
<i>Arkadaş</i>	15.6±3.7	56±8.9	31.3±4.4	9.5±2	15.1±3.3.2
İstatistiksel test ve anlamlılık	F=1.758 p=0.174	F=0.006 p=994	F=0.19 p=0.827	F=0.041 p=0.96	F=0.159 p=0.853
Ölümü düşünme sıklığı					
<i>Hep Düşünürüm</i>	14±4.9	56.5±8.1	30.9±4.7	10±1.8	15.6±2.9
<i>Arada Düşünürüm</i>	14±4.1	55.3±7.9	30.7±4.3	9.4±1.9	15±3
<i>Hiç Düşünmem</i>	14.6±4.4	56.9±7.9	31.5±4.6	9.4±2.4	16±2.6

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

<i>İstatistiksel test ve anlamlılık</i>	KW=0.189 p=0.828	KW=1.104 p=0.333	KW=0.323 p=0.724	KW=3.168 p=0.043	KW=1.763 p=0.173
<i>Daha önce stajda ölümle karşılaşma durumu</i>					
<i>Evet</i>	13.8±4.5	56.4±6.6	31.2±3.7	9.6±1.8	15.5±2.5
<i>Hayır</i>	14.2±4.3	55.3±8.7	30.5±4.8	9.6±2	15.1±3.1
<i>İstatistiksel test ve anlamlılık</i>	t=-0.911 p=0.363	t=1.308 p=0.192	t=1.436 p=0.152	t=0.169 p=0.866	t=1.234 p=0.218
<i>Ölümlerle karşılaşınca hissettikleri</i>					
<i>Hiçbirşey</i>	13.2±5.8	58.5±7.8	32.4±4.7	9.7±2	16.3±2.4
<i>Korku</i>	13.3±4.2	55.9±7.4	30.6±4.3	9.6±1.8	15.6±2.7
<i>Üzüntü ve ağlama</i>	13.9±4.4	57.3±7.7	31.6±4	9.9±1.8	15.7±2.9
<i>Doğal karşılama</i>	13.8±4.5	54.7±5.7	30.3±3.2	9.2±1.9	15.1±2.4
<i>Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşünme</i>	12.2±3.5	53.4±12.1	29.6±7.1	8.7±2.3	15±3.7
<i>İstatistiksel test ve anlamlılık</i>	KW=0.685 p=0.636	KW=1.167 p=0.328	KW=0.985 p=0.429	KW=1.266 p=0.282	KW=0.712 p=0.615
<i>Palyatif bakım vermeyi isteme durumu</i>					
<i>Evet</i>	14±4.7	55.7±7.1	30.7±3.9	9.6±1.8	15.2±2.9
<i>Hayır</i>	14.1±4	55.7±8.8	30.9±4.9	9.5±2	15.3±3
<i>İstatistiksel test ve anlamlılık</i>	t=-0.303 p=0.762	t=-0.045 p=0.964	t=-0.303 p=0.762	t=0.779 p=0.437	t=-0.174 p=0.862
<i>Hastayla ölüm hakkında rahat konuşabilme durumu</i>					
<i>Evet</i>	13.8±4.8	54.4±8.7	29.9±4.6	9.4±2.2	15±3.2
<i>Hayır</i>	14.1±4.2	56.3±7.6	31.2±4.3	9.6±1.7	15.4±2.8
<i>İstatistiksel test ve anlamlılık</i>	t=-0.538 p=0.591	t=1.912 p=0.057	t=-2.478 p=0.014	t=-0.731 p=0.466	t=-1.064 p=0.288

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Ölümü yaklaşan hasta öleceğini bilmeli mi?					
<i>Evet</i>	14.07±4.5	56±7.9	31±4.3	9.7±1.9	15.3±2.9
<i>Hayır</i>	14.1±4	54.7±8.2	30.2±4.7	9.3±1.8	15.1±3.2
İstatistiksel test ve anlamlılık	t=-0.135 p=0.892	t=1.368 p=0.173	t=1.421 p=0.157	t=1.782 p=0.077	t=0.386 p=0.7

Araştırmada kadınların YDÖ, İÖÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p>0.001$). Öğrencilerin ölümü düşünme sıklığı açısından öğrencilerin İÖÖ kişisel kontrol alt boyut ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p>0.005$). Hastayla ölüm hakkında rahat konuşamayan öğrencilerin psikososyal manevi alt boyut ortalamasının ölüm hakkında rahat konuşabilen öğrencilerden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p>0.005$). Araştırmada öğrencilerin daha önce ölümle karşılaşma durumu, ölen kişiyle yakınlık derecesi, stajda ölümle karşılaşma durumu, ölümle karşılaşınca hissettikleri, palyatif bakım vermeyi isteme durumu, hastayla ölüm hakkında rahat konuşabilme durumu ve ölümü yaklaşan hasta öleceğini bilmesi konusundaki düşüncelerine göre yaşam doyumu ve iyi ölüm algılarının değişmediği bulundu ($p>0.05$).

Tablo 4. Öğrencilerin YDÖ ve İÖÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

<i>İÖÖ</i>	<i>Psikososyal</i>	<i>Kişisel kontrol alt</i>	<i>Klinik alt boyut</i>
	<i>Manevi Alt Boyut</i>	<i>boyut</i>	

YDÖ	r=0.156 p=0.156	r=0.074 p=0.168	r=0.079 p=0.143	r=0.043 p=0.428
------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Yapılan kolerasyon analizi sonucunda hemşirelik öğrencilerinin yaşam doyumu ile iyi ölüm algısı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam iyi ölüm algıları yaşam doyumlarını etkilememektedir.

SONUÇ

Araştırmada öğrencilerin yaşam doyumları ve iyi ölüm algıları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu. Ölüm algısının cinsiyet, ölümü düşünme sıklığı ve hastayla ölümü rahat

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

konuşabilme durumuna göre değiştiği görüldü. Öğrencilerin ölüm konusunda farkındalıklarının artırılması, kendi ölüm algılarını fark etmelerini, ölüm kavramı, ölmekte olan bireye bakım verme özellikleri, hastayla nasıl iletişim kuracakları ve palyatif bakım konularında eğitim verilmesi, çalışmanın daha büyük ve farklı gruplarla yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Tilev S, Beydağ KD. “Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi”. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014, 3: 140-147.
2. Nair, GS. “A Study on The Effect of Quality of Work Life (QWL) on Organisational Citizenship Behaviour (OCB)-With Special Reference to College Teachers in Thrissur District, Kerala”. Integral Review 2013, 6: 34-46.
3. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24:261–271.
4. Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran M. How intensive care nurses perceive good death. Death Studies 2018; 42: 667-672.
5. Koku F, Metin A. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016; 2: 99-104.
6. Diener E, Emmons RL, Griffin S. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985; 49: 71-75.
7. Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1991, Ankara.
8. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Yunsheng MA, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. Journal of Palliative Medicine 2003; 6: 4-7.
9. Fadıloğlu Ç, Aksu T. İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013; 29: 1-15.

S-69 ORTODONTİDE DERİN KAPANIŞIN ETYOLOJİSİ VE NÖROMUSKULER SİSTEM İLE İLİŞKİSİ

ETHOLOGY OF DEEP BITE IN ORTHODONTICS AND RELATIONSHIP WITH NEUROMUSCULAR SYSTEM

Samet Özden¹, Filiz Uslu¹

¹İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Ortodonti literatüründe dik yön anomalilerinden biri olan derin kapanış; sentrik okluzyonda iken, üst kesici dişlerin alt kesici dişleri dik yönde olması gerekenden fazla örtmesi olarak tanımlanmaktadır.

Derin kapanış genetik ve sonradan kazanılmış çevresel faktörler ile yönlendirilen kompleks bir malokluzyondur. İskeletsel derin kapanış gibi bir malokluzyon hastanın yaşam kalitesini ve yüz estetiğini doğrudan etkiler. Ayrıca bu malokluzyonda mandibulanın ileri doğru büyümesinin frenlenmesi sonucu kondil yukarı ve geriye doğru büyüyecek ve bu da eklem üzerinde patolojik değişikliklere sebebiyet verecektir. Derin kapanışa sahip hastalarda çiğneme kasları dikey yönde daha yüksek bir gerilim göstermektedir. Buna bağlı olarak da hastada kas ağrıları oluşmakta ve çoğu vakada durum kronikleşerek ciddi kas hipertrofilerine sebebiyet vermektedir.

Derin kapanış, hastaların yaşam kalitesini, çenelerin normal gelişimini ve yüz estetiğini etkileyen ciddi bir malokluzyondur. Malokluzyonun erken yaşta teşhisi ve tedavisi sonucu hastaların yaşam kalitesi artırılabilir ve güzel estetik sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Derin kapanış, Malokluzyon, Ortodonti

Abstract

In orthodontic literature, deep bite, which is one of the vertical anomalies; In the centric occlusion, the upper incisors are defined as covering the lower incisors more than they should in the upright direction.

Deep closure is a complex malocclusion driven by genetic and acquired environmental factors. A malocclusion, such as skeletal deep closure, directly affects the quality of life and facial aesthetics of the patient. Furthermore, in this malocclusion, the condyle will grow upwards and backwards as a result of the braking of the forward growth of the mandible, resulting in pathological changes on the joint. In patients with deep closure, the masticatory muscles show a higher tension in the vertical direction. As a result, muscle pain occurs in the

patient and in most cases the condition becomes chronic causing severe muscle hypertrophies. Deep closure is a serious malocclusion that affects patients quality of life, normal development of the jaws and facial aesthetics. As a result of early diagnosis and treatment of malocclusion, patients quality of life can be improved and good aesthetic results can be achieved.

Key Words: Deep bite, Malocclusion, Orthodontics

GİRİŞ

Derin Kapanışın Tanımı

Ortodonti literatüründe vertikal yön anomalilerinden biri olan derin kapanış; sentrik oklüzyonda iken, üst kesici dişlerin alt kesici dişleri vertikal yönde olması gerekenden fazla örtmesi olarak tanımlanmaktadır (1).

Derin kapanış ilk olarak Angle tarafından tanımlanmıştır (2). İlerleyen dönemlerde Avrupa’da “Deckbiss” olarak adlandırılmıştır (3). Bu terim, 1912 yılında Bernhard Maryhofer tarafından, üst çenenin alt çeneyi kutu kapağı gibi örtmesini tanımlamaktaydı (2).

Posterior dişler oklüzyonda iken üst keserlerin, alt keserleri vertikal yönde örtme miktarı ideal olarak 1-2 mm’dir (4). Geçmişten günümüze kadar çoğu yazar overbite’ı tanımlarken üst kesicilerin alt kesicileri örtme miktarına göre tanımlamıştır. Strang’a göre bu örtme miktarı üst keser diş boyunun 3’te 1’i iken; Neff’e göre bu oran %20, Bolton’a göre %31 dir. Angle ise üst kesici kron boyunun, 1/3 oranında alt kesicileri örtmesini normal kapanış olarak tanımlamıştır.

Solberg ve ark. overbite’ın 3 mm’den fazla olduğu durumları derin kapanış olarak nitelendirmişlerdir. Beckmann ve ark. ise, üst keserlerin alt keser dişleri 4 mm’den fazla örttüğü durumları derin kapanış olarak nitelendirmiştir. Kopp ise bu tanımlama için, en az 5 mm’lik bir örtülü kapanış gerektiğini söylemiştir (2).

Derin Kapanışın Görülme Sıklığı

Ülkemizde Ankara’da yapılan bir çalışmada 9-14 yaş arası çocuklarda derin kapanış, bireylerin %7.8’inde görülmüştür (5). Yaşın ilerlemesi ile birlikte derin kapanışlı bireylerin popülasyondaki oranının azaldığı bildirilmektedir (6-8). Kuzey Amerika toplumunda 9-35 yaş aralığında derin kapanış görülme sıklığının %1.7 olduğu bildirilmiştir (2).

3.5-16 yaş aralıklarında derin kapanış görülme sıklığı, yaş, cinsiyet ve etnik farklılık göstermektedir.

Derin Kapanışın Etiyolojisi

Derin kapanış genetik veya sonradan kazanılmış faktörler ile yönlendirilen kompleks bir malokluzyondur (9).

- 1) Genetik olan faktörler; diş morfolojileri, iskeletsel patern, kondiler büyüme paternidir.
- 2) Kazanılmış faktörler ise; kas alışkanlıkları, diş pozisyonlarındaki değişimler, posterior diş desteğinin zamanla azalması, lateral bölgede hatalı dil yutkunmasıdır.

Kalıtımın derin kapanış üzerinde ciddi etkisinin olduğu görüşleri yıllardır tartışılmaktadır (2, 10). Litt, Nielsen ve Markovic'in ikiz ve üçüzler üzerinde yaptığı çalışmalar da kalıtımın etkisini gözler önüne sermektedir (11, 12). Kalıtım denilince akla sadece iskelet yapı gelmemelidir. Kas kuvveti de genetik olarak aktarılabilen bir faktördür (13).

İskeletsel derin kapanış; kondilin öne ve yukarı yönde büyümesi, alt çenede öne doğru büyümenin frenlenmesi ve üst çenenin vertikal büyümesindeki azalma ile kendini gösterir (14).

Mandibulanın saat yönünün aksine dönmesi, horizontal büyümenin de vertikal yönde büyümeyi aşması sonucu çene ucu ileri ve yukarı hareket edecek ve bu da derin kapanışa sebebiyet verecektir. Bu tip hastalar, azalmış ön yüz yüksekliği ve derin kapanış ile karakterizedir (15).

Lewis'e göre, derin kapanışın sebepleri; üst keserlerin aşırı sürmesi, alt keserlerin aşırı sürmesi, ya da her ikisinin kombinasyonudur (16).

Derin Kapanışın Sınıflandırılması

Rakosi'ye göre (17), derin örtülü kapanış gelişimsel (genetik) ve kazanılmış olarak ikiye ayrılmaktadır.

Rakosi'ye göre gelişimsel olan derin kapanışın 2 tipi vardır. Bunlar;

- 1-) Horizontal yönde büyüme ile karakterize iskeletsel derin kapanış,
- 2-) Keser dişlerin over erüpsiyonu ile karakterize olan dişsel derin kapanış,

Kazanılmış derin kapanışı ise 3 kısımda incelemiştir;

- 1-) Lateral bölgede dil itimi veya postural pozisyon,
- 2-) Süt molar dişlerin erken kaybı ya da posteriorda erken daimi diş kaybı,
- 3-) Diş abrazyonları,

Ülgen ise derin kapanışı dişsel ve iskeletsel olarak ikiye ayırmaktadır.

İskeletsel Derin Kapanış

İskeletsel anomaliler sagittal yönde incelendiğinde derin kapanışa en sık rastlanan vakalar

iskeletsel Sınıf II hastalardır (10).

Bu tip hastalarda alt çenedeki gelişim geriliğine bağlı olarak ANB açısı artmıştır. B noktası kafa kaidesine göre geride konumlanmıştır. Total yüz yüksekliği ve özellikle alt yüz yüksekliği önemli ölçüde azalmıştır (18). Nazolabial açı azalmıştır. Mandibular düzlem açısı düzdür. İstirahat durumunda dişler görülmez. Mentolabial oluk derin ve pogonion belirgindir (19). İskeletsel olarak üst çene ve alt çene kafa kaidesine göre geridedir.

Dişsel Derin Kapanış

Dişsel derin kapanış, molar dişlerin normal okluzyon seviyesinden daha apikalde konumlanması veya keser dişlerin aşırı erüpsiyonu sonucu oluşur, hastaların genellikle yüz ve iskelet yapısında belirgin değişiklikler meydana getirmez.

Büyük aza dişlerinin apikalde konumlanması durumunda;

1. Büyük aza dişleri tam sürmemiştir.
2. İnterokluzal aralık azalmıştır.
3. Lateral dil posturunda bozukluk ve hatalı yutkunma vardır.

Keser dişlerin aşırı sürmesi durumunda;

1. Keser dişlerin insizal kenarları fonksiyonel okluzal düzlemin altındadır.
2. Büyük aza dişleri tamamen sürmüştür.
3. Spee eğrisi derindir.
4. İnterokluzal aralık azalmıştır.

Dişsel derin kapanışın sebebi üst keserlerin aşırı sürmesi, alt keserlerin aşırı sürmesi veya her ikisinin kombinasyonu olabilir (16).

Derin kapanışa sahip olduğu düşünülen bir hasta dikkatli bir şekilde muayene edildikten sonra tanısının koyulması gerekir. Derin örtülü kapanışa sahip bir hastada muayene sırasında ekstraoral ve intraoral olarak şu bulgular görülebilir (20);

Ekstraoral Özellikler

- 1-) Brachycephalic ve europroscopic (geniş ve kısa) yüz yapısı. Muskuler bir yüz yapısı hakimdir. Dişler sıkıldığında masseter kasının güçlü bağları yüzde görülebilir.
- 2-) Düz profil veya hafif konveks profil
- 3-) Kısa ön yüz yüksekliği
- 4-) Kısa burun-çene mesafesi
- 5-) Dudaklar incedir ve yüz yüksekliğine göre relatif olarak daha fazla dudak yüksekliği mevcuttur. Bunun sonucu olarak dudaklar kıvrımlı bir görünüm alır.

6-) Mentolabial sulcus derinleşmiştir.

7-) Mandibula uzun bir ramus boyu ve kısa bir korpus ile karakterizedir. Kare şeklinde gonial açısı, belirgin zigoma ve belirgin çene ucu vardır.

İntraoral Özellikler

1-) Genellikle bukkal crossbite ile birlikte, geniş bir maksiller dental ark mevcuttur.

2-) Palatal kubbe düzdür. Alt ön keser dişler palatal mukozaya temas ederek diş izleri oluşmasına sebep olabilir.

3-) Dentisyon abrazyonlara bağlı olarak küçük bir görünüm sergileyebilir. Arkta konjenital olarak eksik diş olma ihtimali yüksektir.

4-) Derin kapanışın sonucu olarak alt keser dişler bölgesinde çapraşıklık görülebilir. Alt anterior dişler geriye doğru açılabilir.

7-) Okluzal fonksiyonlar bozulmuştur.

Diğer Özellikler

1-) İskeletsel durumlarda, ağız açıklığı azalmış olabilir.

2-) Temporomandibular eklemden disfonksiyonlar ve dejenerasyonlar oluşabilir.

3-) Malokluzyona bağlı periodontal sorunlar oluşabilir.

Derin Kapanışın Nöromusküler Sistem ile İlişkisi

Birçok klinisyen derin kapanışın temporomandibular eklem üzerinde olumsuz etkilere neden olacağını düşünmüştür. Bu malokluzyonda mandibulanın ileri doğru büyümesinin frenlenmesi sonucu kondil yukarı ve geriye doğru büyüyecek ve bu da TME üzerinde patolojik değişikliklere sebebiyet verecektir (21).

Özellikle iskeletsel derin kapanışa sahip bireyler brakifasiyal bir yüz yapısına sahiptirler. Bu tip hastalarda; çiğneme kaslarının dikey lifleri mandibulada daha önde konumlanmıştır ve normal bir hastanın kaslarından daha yüksek gerilime sahiptirler (22, 23). Buna bağlı olarak da hastada kas ağrıları oluşmakta ve çoğu vakada durum kronikleşerek ciddi kas hipertrofilerine sebebiyet vermektedir.

Farronato ve ark. 2016 yılında ‘temporomandibular disorder and class II malocclusion’ adı altında yaptıkları literatür taramasında özellikle Sınıf II bölüm 2 malokluzyona sahip derin kapanış hastalarında, eklem üzerinde zamanla birlikte kas yapısına bağlı patolojik değişiklikler meydana geldiğini belirtmişlerdir. Hastaların ilerleyen yaşlarda klicking, eklem kitlenmesi, eklem dislokasyonu, disk dejenerasyonu gibi patolojik durumlara maruz kalması muhtemeldir (24).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Wessberg ve ark. yaptığı çalışmalarda brakifasiyal yüz yapısına sahip hastaların çiğneme kası aktivitesinin normal bireylere göre daha fazla olduğunu bulmuştur (25).

Ringqvist, mandibular korpus, ramus ve gonial açının ısırma kuvvetlerinden etkilendiğini ve iskeletsel derin kapanışa sahip brakifasiyal bireylerin normal bireylerden genellikle daha güçlü çiğneme kaslarına ve daha fazla ısırma kuvvetine sahip olduğunu düşünmüştür. Buna bağlı olarak bu tip hastalarda ileri yaşlarda dişlerde aşınmalar, yüz dikey boyutunda zamanla azalma, estetik olarak yüzde kırışıklıkların oluşması muhtemeldir. Ayrıca bu yüksek ısırma kuvvetleri eklem üzerinde de patolojik değişiklikler meydana getirebilir (26).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Derin kapanış hastaların yaşam kalitesini, çenelerin normal gelişimini ve yüz estetiğini etkileyen ciddi bir malokluzyondur. Malokluzyonun erken yaşta teşhisi ve tedavisi sonucu hastaların yaşam kalitesi artırılabilir ve güzel estetik sonuçlar elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Thilander B, Rygh P, Reitan K, Graber T, Vanarsdall R. Orthodontics: Current principles and techniques; 3rd ed. St. Louis: Mosby. 2000.
2. Peck S, Peck L, Kataja M. Class II Division 2 malocclusion: a heritable pattern of small teeth in well-developed jaws. Angle Orthod. 1998; 68: 9-20.
3. Walkow TM, Peck S. Dental arch width in Class II Division 2 deep-bite malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002; 122: 608-13.
4. Proffit WR. Contemporary Orthodontics; 5th ed. St. Louis: Mosby. 2006.
5. Giray B. Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Angle Sınıflamasına Göre Anomalilerle İlişkileri. Dis hekimliği Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara. 1977.
6. Fleming HB. An investigation of the vertical overbite during the eruption of the permanent dentition. Angle Orthod. 1961; 31: 53-62.
7. Pancherz H, Zieber K, Hoyer B. Cephalometric characteristics of Class II division 1 and Class II division 2 malocclusions: a comparative study in children. Angle Orthod. 1997; 67: 111-20.
8. Proffit WR, Fields HW. Contemporary Orthodontics; 3rd ed. St. Louis: Mosby. 2000.
9. Geiger A. Minor tooth movement in general practice; St. Louis: Mosby. 1974.
10. Ülgen M. Ortodonti: anomaliler, sefalometri, etoloji, büyüme ve gelişim, tanı; 5. Baskı. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi. 2000.
11. Litt RA, Nielsen IL. Class II, Division 2 Malocclusion: To Extract—or Not Extract?

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Angle Orthod. 1984; 54: 123-38.

12. Markovic MD. At the crossroads of oral facial genetics. Eur J Orthod. 1992; 14: 469-81.

13. Nanda SK. Patterns of vertical growth in the face. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1988; 93: 103-16.

14. Karagöz A. Derin Örtülü Kapanışlı Olgularda Üst Keser İntrüzyonunun Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi ile İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ortodonti Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

15. Nielsen IL. Vertical malocclusions: etiology, development, diagnosis and some aspects of treatment. Angle Orthod. 1991; 61: 247-60.

16. Lewis P. Correction of deep anterior overbite A report of three cases. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1987; 91: 342-5.

17. Graber T. Dentofacial Orthopedics with Functional Appliances; 2nd ed. St. Louis: Mosby. 1997.

18. Hedges RB. A cephalometric evaluation of class II, Division 2. Angle Orthod. 1958; 28: 191-7.

19. Bishara SE, Saunders W. Textbook of orthodontics: Saunders Book Company; 1st ed. USA: Saunders Company. 2001.

20. Baratam S. Deep overbite—A review (Deep bite, Deep overbite, Excessive overbite). Ann essences Dent. 2009; 1: 8-25.

21. Nejat E. Çağdaş Ortodonti; 1st ed. Istanbul: Quintessence. 2017.

22. Ueda HM, Ishizuka Y, Miyamoto K, Morimoto N, Tanne K. Relationship between masticatory muscle activity and vertical craniofacial morphology. Angle Orthod. 1998; 68: 233-8.

23. Ahlgren J, Sonesson B, Blitz M. An electromyographic analysis of the temporalis function of normal occlusion. Am J Orthod. 1985; 87: 230-9.

24. Farronato G, Rosso G, Giannini L, Galbiati G, Maspero C. Correlation between skeletal Class II and temporomandibular joint disorders: a literature review. Minerva Stomatol. 2016; 65: 239-47.

25. Wessberg GA, Washburn MC, LaBanc JP, Epker BN. Autorotation of the mandible: effect of surgical superior repositioning of the maxilla on mandibular resting posture. Am J Orthod. 1982; 81: 465-72.

26. Ringqvist M. Isometric bite force and its relation to dimensions of the facial skeleton. Acta Odontol Scand. 1973; 31: 35-42.

S-70 ORTODONTİDE GÜLÜMSEME ESTETİĞİ

SMILE AESTHETICS IN ORTHODONTICS

Merve Bayel Akgül¹, Filiz Uslu¹

¹ İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

Özet

Estetik, gülümseme, güzellik gibi kavramlar öznel ve zaman içerisinde değişebilen kavramlardır. Ortodonti pratiğinde hastaların özellikle gülümseme estetiğine katkı sağlanmakta ve hastalara güzel bir gülüş kazandırılmaktadır. Genel olarak toplum artık daha genç ve daha sağlıklı görünmeye ve hissetmeye başlamaktadır. Buna bağlı olarak da estetik düşünceler diş tedavisi planlamasında giderek önem kazanmaktadır. Hastalar yüz güzelliği ve özellikle de güzel bir gülümsemenin önemi konusunda bilinçlenmektedir. Gülüşün kendine özgü özelliklerini bilmek, estetiğin algılanabilmesine yardımcı olmaktadır. Bu bildiri gülümsemenin sınıflandırılması, gülümseme stilleri, gülümsemenin komponentleri ve gülümsemeye etki eden faktörlerden bahsedilecektir. Bu faktörlerin bilinmesi tedavi planlaması yaparken hekime yardımcı olan faktörlerdendir. Her insanın estetik algısındaki farklılıklar nedeniyle ortodontistler ile hastalar arasında karar alma ve tedavi planlamasına katılım çok önemlidir. Her hastanın gülümsemesini değerlendirebilmek, neyin yapılması gerektiğini, neyin yapılabileceğini ve nelerin kabul edilmesi gerektiğini görmek tedavi planlamasında çok önemlidir. Başarılı bir estetik sonuç ancak klinisyenler hastalarını anlarsa, hem beklentileri hem de kişilikleri ile eşleşen bir gülümsemeyi sağlarsa elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Altın oran, Gülümseme estetiği, Gülümsemenin bileşenleri, Simetri

Abstract

The orthodontic practice contributes to the smile aesthetics of the patients and provides a beautiful smile to the patients. In general, society is now beginning to look and feel younger and healthier. Consequently, aesthetic considerations are becoming increasingly important in dental planning. Patients are aware of the facial beauty and especially the importance of a beautiful smile. Knowing the peculiarities of the smile helps the perception of aesthetics. In this paper, classification of smile, smile styles, components of smile and factors affecting smile will be mentioned. Knowing these factors is one of the factors that help the physician

when planning treatment. Because of the differences in the aesthetic perception of each person, participation in decision-making and treatment planning between orthodontists and patients is very important. Evaluating each patient's smile, seeing what should be done, what can be done and what should be accepted is very important in treatment planning. A successful aesthetic result can only be achieved if clinicians understand their patients and provide a smile that matches both their expectations and personalities.

Key Words: Components of smile, Golden ratio, Smile aesthetics, Symmetry

GİRİŞ

1. GÜLÜMSEME

Gülümseme fizyolojik olaylar sonucunda gelişen bir duygu durumudur. Beyinde uyarılar sonucunda oluşur ve birçok kas grubu aktive olur. Gülümseme anında dudak köşeleri yukarıya doğru hareket eder, ağız genişliği artar. Burun ucu yukarı doğru çıkar ve gözler kısılır (1).

2. ESTETİK

Estetik kelimesi Yunancada 'Aisthesis' sözcüğünden gelmektedir. Duygu duyum ve algı anlamlarında kullanılır. Estetik, güzel ve güzellik ile ilişkilidir. Estetik güzelliğin oluşturulması ve değerlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Estetik objektif ve subjektif olarak iki başlıkta konuşulmaktadır. Estetik algısı kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişide farklı zaman dilimlerinde de değişebilmektedir (2).

3. GÜZELLİK

Margaret Hungerford 1878'de "güzellik görenin gözündedir" ("*Beauty is in the eye of the beholder*") diyerek güzelliğin aslında öznel bir kavram olduğu vurgulamıştır (3). Güzellik algısı zamanla değişebilir (4). Günümüzde artık yüz güzelliği gittikçe önem kazanmaktadır ve güzel bir yüze sahip olmak hayatta birçok alanda avantaj sağlamaktadır. Güzel olan bireyler hem kadınlarda hem erkeklerde güzel olmayan bireylere göre daha zeki olarak algılanmaktadır (5). Güzellik kavramı subjektiftir. Ortodontistler ya da hastanın yüzü ile ilgilenen klinisyenler, güzel kavramının ne olduğunu iyi bilmelidir (6).

4. SİMETRİ

Simetri oluşturulan bir referans düzleminin iki tarafındaki özelliklerin boyut ve biçimindeki denge olarak ifade edilmektedir (7). Yüz simetrisi sagittal düzlem etrafındaki her yüz bileşenin büyüklüğü, yeri, şekli ve düzeninde tam bir eşleşmeyi ifade eder. Yani asimetri, bu tür bileşenler arasındaki ikili farktır. Mükemmel bir ikili simetri insan vücudunda neredeyse hiç yoktur (8).

5. ALTIN ORAN

Altın oran, matematik ve sanatta bir bütünün parçaları arasında gözlenen, uyum açısından uygun formları veren sayısal bir orandır. Eski Yunanlar ve Mısırlılar tarafından keşfedilmiştir. Pisagor, çekici ve dengeli bir yüz morfolojisinin altın orana bağlı olduğunu düşünmüştür ve yüz yapılarının bu oranda olduğunda ideal olabileceğini söylemiştir. Rönesans döneminde Leonardo da Vinci gibi bir çok sanatçı eserlerinde altın oranı kullanmıştır ve insan yüz oranları da dahil olmak üzere, doğada gerçekleşen birçok olayda matematiksel bir oranın olduğunu ifade etmiştir. Leonardo da Vinci dişler ile ilgili de oranları ortaya koyan ilk kişidir (9). Yüz, insanın fiziksel çekiciliğinin belirlenmesinde anahtar özelliktir (10). İnsan yüzünde yapılan birçok çalışmada altına oranın olması gereken yerler bulunmaktadır. Bunlar;

Anterior yüz yüksekliği-total yüz yüksekliği oranı

Alt dudak uzunluğu-alt yüz yüksekliği oranı

Total yüz yüksekliği-yüz genişliği oranı

Burun genişliği-burun yüksekliği oranı

Ağız genişliği-ağız yüksekliği oranıdır (11).

6. GÜLÜMSEMENİN SINIFLANDIRILMASI

İnsanlar duygu durumlarına göre 2 farklı tipte gülümserler.

6.1. SOSYAL GÜLÜMSEME

Çoğunlukla selamlama amaçlı, fotoğrafa poz verilirken bilinçli olarak yapılan yüz ifadesidir. Sosyal gülümseme tekrarlanabilir ve bundan dolayı ortodonti kliniğinde gülümseme üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Gülümsemenin değerlendirilmesi söz konusu olduğunda tekrarlanabilirliği yönü ile sosyal gülümseme önem

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kazanmaktadır. Sosyal gülümsemenin spontan gülümsemeden farkı orbicularis oris kasının aktif olmaması onun yerine orbicularis oculi kasının aktivite kazanmasıdır (1).

6.2. SPONTAN GÜLÜMSEME

Spontan gülümsemeyi bilimsel olarak tanımlayan ilk araştırmacı Duchenne'dir (12). Bu gülümseme irade dışı ve bir sevinç sonucu gelişir ve her zaman tekrarlanabilirliği mümkün olmaz. Spontan gülümsemenin dinamiğindeki patlamalar kalıcı değildir ve sürdürülemez. Bireyler spontan gülümsemeye neden olan faktörlere her zaman aynı şiddette maruz kalamayabilirler. Spontan gülümseme yüz ifadesinde özellikle orbicularis oris kası olmak üzere tüm kaslar bu sürece katılır (1). Sosyal ve spontan gülümseme arasındaki temel fark, sosyal gülümseme duygu durumundan etkilenen bilinçli bir gülümsemedir. Spontan gülümseme ise duygulardan bağımsız ve bazen kahkaha şeklinde olabilmektedir (1).

7. GÜLÜMSEME STİLLERİ

Rubin perioral kasların gerilimine göre 3 tip gülümseme tanımlamıştır (13).

7.1. KOMİSSUR GÜLÜMSEMESİ (MONA-LİSA GÜLÜMSEMESİ)

En sık görülen gülümseme stili olan komissur gülümsemesinde zygomaticus majör kası etkin rol oynamaktadır. Gülümseme esnasında ağız köşeleri yukarı ve dışa doğru çekilir. Jennifer Aniston ve Frank Sinatra gibi ünlülerin gülümsemeleri bu gülümseme stiline birer örnektir (14).

7.2. KUSPİD GÜLÜMSEME

Komissur gülümsemesine göre daha az sıklıkla gözlenen bu gülümseme stilinde levator labii superior kası daha etkin rol oynamaktadır. Gülümseme esnasında levator labii superior kası kasılarak kanin dişlerin görünürlüğüne arttırmakta; daha sonra ise ağız köşelerini ve dudakları yukarı ve dışa doğru çekmektedir. Elvis Presley, Tom Cruise ve Sharon Stone gibi ünlülerin gülümsemeleri bu gülümseme stiline birer örnektir (14).

7.3. KOMPLEKS GÜLÜMSEME

En nadir görülen gülümseme stili olan kompleks gülümsemede levatör labii superior ve alt dudagın depresör kasları etkin rol oynamaktadır. Kompleks gülümsemede dudaklar 2 paralel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

çizgi şeklindedir. Julia Roberts ve Marilyn Monroe gibi ünlülerin gülümsemeleri bu gülümseme stiline birer örnektir (14).

8. DUDAK HATTINA GÖRE GÜLÜMSEME SINIFLANDIRILMASI

Dudak hattına göre gülümseme sınıflandırması ise şöyledir (15).

8.1. YÜKSEK GÜLÜMSEME

Maksiller anterior dişlerin serviko-insizal boyutunun tamamı ve gingivanın görüldüğü gülümseme çeşididir.

8.2. AVARAJ GÜLÜMSEME

Maksiller anterior dişlerin %75 - %100'ünün görüldüğü ve sadece gingival birleşimin görüldüğü gülümseme çeşididir.

8.3. DÜŞÜK GÜLÜMSEME

Maksiller anterior dişlerin %75'inden daha az bir kısmının görüldüğü gülümseme çeşididir (15).

386

9. GÜLÜMSEMENİN KOMPONENTLERİ VE GÜLÜMSEMEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Gülümseme analizi fasiyal bileşenlerin değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Yüz güzelliği; simetri, yüz oranları ve yüzdeki bileşenlerin düzgün sıralanmasına bağlıdır.

Fasiyal yükseklik, fasiyal şekil, fasiyal profil, cinsiyet ve yaşa bağlıdır.

9.1. FASİYAL KOMPONENTLER

Fasiyal yükseklik ve genişlik arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Yüz yüksekliğinin genişliğine oranı kadınlar için 1.3/1 iken, erkeklerde bu oran 1.35/1'dir (16,17). Bazı yazarlar gözler, burun ve yüz şekli gibi diğer bileşenlerin gülümseme algısını etkilediğini bildirmişlerdir (14).

Fasiyal komponentler vertikal ve horizontal olarak ikiye ayrılmaktadır.

9.1.1. FASİYAL VERTİKAL KOMPONENTLER

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yüzün ortasından geçen çizgi yüzü vertikal olarak iki eşit parçaya ayırılmalıdır ve bu iki eşit parça birbirine simetrik olmalıdır. Yüzün ortasından geçen çizgi üzerinde glabella, nazal dorsum, burun kolumellası ve ucu, mandibular ve maksiller dental orta hat, üst ve alt dudak ucu olmalıdır. Yüz vertikal olarak 3 eşit parçaya ayrılmalıdır (18). Ortodontistler ve cerrahlar daha çok alt üçlüyü değiştirirler ancak orta üçlüyü de bazen değiştirebilmektedirler. Alt yüzde üst dudak uzunluğu alt yüz yüksekliğinin 1/3'ü kadar olmalıdır. Üst dudak vermilion yüksekliği alt dudak vermilion yüksekliğinin ise oranı 3/4 olmalıdır (19).

9.1.2. FASİYAL HORIZONTAL KOMPONENTLER

Yüzün transvers oranlarını ölçmek için '5 kuralı' kullanılmaktadır.

Dış 5'li: Kulağın heliksinden gözün dış köşesine kadar olan mesafedir.

Medial 2/5: Gözün iç-dış kantusları arası mesafedir.

Orta 5'li: Gözün iç kantusları arasındaki mesafedir. Burnun alar genişliği bu genişlikle çakışmalıdır, nazal dorsum ise bu mesafenin yarısı kadar olmalıdır (18). Komissuraları birleştiren çizgi ile interpupiller çizgi birbirine paralel olmalıdır. İdeal bir yüz estetiği için göz medial ve lateral kantus arası mesafe hem birbirine eşit (bir göz genişliği) hem de iki medial kantus arası mesafeye ve burun tabanına eşit olmalıdır.(11).

9.2. DENTAL KOMPONENTLER

9.2.1. YÜZ VE DİŞ ORTA HATLARI

Güzel bir gülüş için yüz orta hattı ile dişsel orta hat çakışmalıdır. Orta hattın belirlenmesinde glabelladan filtruma çekilen çizgi yardımcı olur. Alt ve üst dişlerin orta hattının yerinde olmaması durumunda yüz ve gülümseme estetiği negatif yönde etkilenir ve maksiller santral dişler arasında bulunan orta hat diastemaları gülümseme estetiğini bozar. Aynı şekilde yetersiz interproksimal alanlar da gülümseme estetiğini bozan diğer faktörlerdendir. Ortodontik açıdan mandibuler ve maksiller orta hatların ikisinin de çakışması istenir ancak alt orta hat kayıklığı üst orta hat kayıklığından daha az önemsenmektedir (20). İyi bir yüz estetiği sağlamak için iskeletsel ve dişsel orta hat uyumlu olmalıdır (21).

9.2.2. DİŞ BOYUTLARI

Dişler yüz için önemli olduğu kadar gülümseme estetiği için de oldukça önemlidir. Dişlerin de birbirleri arasında bir altın oran söz konusudur. Anderson ve ark. kare veya yuvarlak kesici dişlerin maskülen gülümsemeler için daha çekici olduğunu ve kesici diş şeklinin gülümseme estetiğinde etkili olduğunu belirtmişlerdir (22).

9.2.3. DİŞ ANGULASYONLARI

Diş angulasyonlarının gülümsemede estetik rolü büyüktür. Estetik bir gülüş için dişlerin uzun akslarının orta hattan laterale doğru gittikçe azalması gerekmektedir (23).

9.2.4. DİŞ RENGİ

Diş rengi estetik açıdan çok önemlidir. Gülümsemede en çok dikkat çeken diş maksiller santral dişler olup onları lateral dişler takip eder. Köpek dişlerin rengi dentin tabakasının kalın olmasından dolayı daha sarıdır (24).

9.2.5. DİŞ ŞEKLİ

Maksiller ön dişlerin şekli genetik olarak belirlenir ve bireyler arasında değişir. Geometrik olarak diş şekli temel olarak kare, oval veya üçgen biçimlerinde görülebilmektedir. Williams, ön dişlerin temel şeklinin, yüzün ters görünüşü olduğunu öne sürmektedir. Diş şekline karar verirken bir bireyin karakteri de dikkate alınabilmektedir (25).

9.2.6. KONNEKTÖRLER

Üst kesici dişlerin birbirine temas eden kısımlarına konnektör denir. Bu dişlerde 50-40-30 kuralı mevcuttur ve önemlidir (26).

9.2.7. EMBRAŞÜRLER

Dişin kenarlarında bulunan boşluklara embraşür denir. Bunlar santral dişlerin arasında az olması beklenirken kanin dişten sonra cusp tepelerinden dolayı büyürler. Ayrıca posteriora doğru ilerledikçe gingivale doğru kayarlar (27).

9.3. GİNGİVAL KOMPONENTLER

Dişetin şekli, dişetin çevresi gibi faktörler, serbest dişeti marjinleri ve dişetin Zenit noktaları, dişetin rengi ve pigmentasyonu, papillanın konumu, inflamasyonu yumuşak doku estetiğine önemli katkılar sağlamaktadır (28).

9.3.1. DİŞETİ SAĞLIĞI

İyi bir gülümseme estetiğinin olabilmesi için dişeti sağlığının yerinde olması gerekir. Sağlıklı dişeti soluk pembe renginde ve sıkı tıkız bir görüntü içerisinde olması gerekir (29). Meslek dışı kişiler asimetrik dişeti değişikliklerine ve dişetindeki siyah üçgenlere, inflamasyona, diş etinin pigmentasyonuna bağlı optik renk değişikliklerine karşı ciddi olumsuz algılara sahiptir (30).

9.3.2. GİNGİVAL MARJİN

Gülümseme estetiğinde önemli bir diğer unsur gingival marjinlerin seviyesidir. Santral dişlerin gingival marjini kanin dişin gingival marjini ile aynı seviyede olmalıdır. Lateral dişin gingival marjini ise bunlardan 0,5 mm kadar koronalde bulunması gerekmektedir (31,32).

9.4. FİZİKSEL KOMPONENTLER

9.4.1. YAŞ VE CİNSİYET

Yaş ile birlikte yumuşak doku, ten ve epitel dokunun bütünlüğü değişmektedir. Yaş ile birlikte dudaklardaki elastikiyet azalır ve dudaklar daha az hareket etmeye başlar (33). Alt keser dişlerin görünümü yaş ile birlikte her iki cinsiyette de artmaktadır. Alt orta hat yaş ilerledikçe daha dikkat çekmektedir (34). Meslek dışı kişilerin yaşı, maksiller gingival görünüm ve maksiller santral kesici dişler arasında siyah bir üçgenin varlığında, maksiller gingival görünüm açısından gülümseme estetiğinin algılanması üzerinde etkilidir (35).

10. BUKKAL KORİDOR

Gülümseme anında komissuralar ve posterior dişlerin bukkal yüzeyleri arasında oluşan boşluğa denir. Diğer adı 'negative space'dir. Çoğu yazar bukkal koridorun var olmasını estetik bulmazlar. Bukkal koridorların tamamen elimine edilmesi de estetiği olumsuz yönde etkileyeceği için, bir miktar bukkal koridorun var olması da estetik açıdan önemlidir (36).

11. FRONTAL OKLÜZAL DÜZLEM

Frontal oklüzal düzlem sağ ve sol kanin cusp tepelerinden birbirine uzanan düzlemdir. Kant maksiller ön dişlerin farklı erüpsüyonu ya da mandibuler asimetri nedeni ile oluşmaktadır (37).

12. GÜLME HATTI

Gülme hattı, gülümsendiği zaman üst dudağın üst dişler ile olan insizo-gingival ilişkisidir (38). Üst dudağın maksimum gülme esnasında görüldüğü mesafede kadınların dişeti görünümü erkeklerin dişeti görünümünden yaklaşık 1,5 mm daha fazladır (39). Gülümsemedeki 3 mm'den fazla dişeti görünümü gummy smile olarak tanımlanabilmektedir (40).

13. ÜST DUDAK KURVATÜRÜ

Üst dudak kurvatürü ortodontik tedavi ile değiştirilememektedir. Çünkü bu kurvatürü oluşturan şey ağzın etrafında bulunan kaslardır (40). Üst dudağı etkileyen kasların kasılma kuvveti üst dudağın kurvatürüne göre gülümseme alanı büyük oranda belirlenir (41).

14. ÜST DUDAK UZUNLUĞU

Üst dudak uzunluğu istirahat konumundaki ortalama dudak uzunluğu subnazale noktasından üst dudağın orta hattaki en alt noktasına kadar olan kısımdır. Erkeklerde 23 mm kadınlarda 20 mm'dir (40).

15. VERTİKAL MAKSİLLER YÜKSEKLİK

Maksillanın vertikal konumu keser görünümüne etkisi fazladır. İstirahat anında gummy smile gözlenen bir hastada vertikal maksiller yükseklik fazla olabilmektedir. Bu vakalarda gummy smile ile birlikte artmış alt yüz yüksekliği de gözlenir (42).

16. GÜLÜMSEME GENİŞLİĞİ

Sağ ve sol komissuralar arasındaki mesafeye istirahat anında ağız genişliği, gülümseme anında gülümseme genişliği adı verilmektedir.(43)

17. GÜLÜMSEME ARKI

Gülümseme arki; üst keser dişlerin insizal kenarlarından çizilen çizginin alt dudağın iç konturu arasındaki ilişkidir. Üç farklı gülme arki mevcuttur. Bunlar; konveks gülme arki, düz gülme arki ve ters gülme arkıdır (44).

Gülümseme arki ortodontik tedavi gören hastalarda görmeyen hastalara göre daha düzdür ve ortodontik tedavi 'protez ağız' görünümü ile sonuçlanmaktadır. Doğal gülüşlere bakıldığı zaman, sonuçlar gülümseme arkının gülümseme çekiciliğini etkilemediğini göstermektedir (37).

18. GÜLME SİMETRİSİ

Gülümseme simetrik olabildiği gibi asimetric de olabilmektedir. Bunun sebebi, gülme esnasında kasların farklı kuvvetlerde kasılması olabileceği gibi, maksilladaki oklüzal kant da olabilmektedir (45).

19. ORTODONTİK TEDAVİNİN GÜLÜMSEME ESTETİĞİNE ETKİSİ

Ortodontik diş hareketi yüzde yumuşak dokuları etkilemektedir. Çekim gerektiren ortodontik tedavi hastalarında bu karar yumuşak doku durumuna bakılarak yapılmaktadır (46). Çekimli tedavi bukkal koridorları genişletir bu durum ise gülümseme estetiğinde istenmeyen bir durumdur. Çekimsiz tedavide daha geniş olan dental arklar elde edilir bu durum da gülümseme estetiği açısından daha istenilen bir durumdur. Ortodontik tedavi dişin çene içerisindeki konumlarını değiştirdiği için, dişeti görünümünü de etkilemektedir (47). Ortodontist her tedavi protokolünün avantaj ve dezavantajlarının farkında olmalıdır. Ortodontik tedavinin etkisi hakkındaki makalelerin analizi sonucunda, tek başına bir tedavi yönteminin gülümseme estetiğini etkileyemediğini göstermektedir (48). Her insanın estetik algısındaki farklılıklar nedeniyle ortodontistler ile hastalar arasında karar alma ve tedavi planlamasına katılım çok önemlidir (35).

KAYNAKLAR

1. Ackerman MB, Ackerman JL. Smile analysis and design in the digital era. J Clin Orthod. 2002; 36: 221-36.
2. Perrett DI, Lee KJ, Penton-Voak I, et al. Effects of sexual dimorphism on facial attractiveness. Nature. 1998; 394: 884-7.
3. Sharma PK, Sharma P, editors. Dental smile esthetics: The assessment and creation of the ideal smile. Semin Orthod; 2012; 18: 193-201.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4. Dion KK. Young children's stereotyping of facial attractiveness. *J Appl Dev Psychol.* 1973; 9: 183-8.
5. Peck H, Peck S. A concept of facial esthetics. *Angle Orthod.* 1970; 40: 284-317.
6. Pogrel MA. What are normal esthetic values? *Int J Clin Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49: 963-9.
7. Peck S, Peck L. Selected aspects of the art and science of facial esthetics. *Semin Orthod.* 1995; 1: 105-26.
8. Ko EW-C, Huang CS, Chen YR. Characteristics and corrective outcome of face asymmetry by orthognathic surgery. *Int J Clin Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67: 2201-9.
9. Livio M. The golden ratio: The story of phi, the world's most astonishing number: Broadway Books; 1st ed. New York: Broadway Books. 2008.
10. Riggio RE, Widaman KF, Tucker JS, et al. Beauty is more than skin deep: Components of attractiveness. *Basic Appl Soc Psych.* 1991; 12: 423-39.
11. Reyneke JP, Ferretti C. Clinical assessment of the face. *Semin Orthod* 2012; 18: 172-86.
12. Ekman P, Davidson RJ, Friesen WV. The Duchenne smile: Emotional expression and brain physiology: II. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58: 342-53.
13. Rubin LR, Rubin LR. The anatomy of a smile: its importance in the treatment of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg.* 1974; 53: 384-7.
14. Zachrisson BU. Esthetic factors involved in anterior tooth display and the smile: vertical dimension. *J Clin Orthod.* 1998; 32: 432-45.
15. Tjan A, Miller GD. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent.* 1984; 51: 24-8.
16. Farkas L. Anthropometry of the head and face in Medicine; New York: Elsevier. 1981.
17. Farkas L, Munro J. Anthropometry facial proportions in medicine; 3rd ed. Springfield: Charles C. Thomas. 1987.
18. Emir N, Aksoy A. Ortodonti ve Fasiyal Estetik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 6: 142-8.
19. Mclaughlin RP. Jco Interviews. *J Clin Orthod.* 2004; 38: 199-207.
20. Rodrigues CT, Magnani R, Machado MSC, et al. The perception of smile attractiveness: variations from esthetic norms, photographic framing and order of presentation. *Angle Orthod* 2009; 79: 634-9.
21. Rebellato J. Asymmetric extractions used in the treatment of patients with asymmetries. *Semin Orthod.* 1998; 4: 180-8.
22. Anderson KM, Behrents RG, McKinney T, et al. Tooth shape preferences in an esthetic smile. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005; 128: 458-65.
23. Kokich Jr V, Kiyak H, Shapiro P. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent.* 1999; 11: 311-24.
24. Dunn WJ, Murchison DF, Broome JC. Esthetics: patients perceptions of dental attractiveness. *J Prosthet Dent.* 1996; 5: 166-71.
25. Williams JL. A new classification of human tooth forms with special reference to a new system of artificial teeth. *J Allied Dent Soc.* 1914; 9: 1-52.
26. Morley J. A multidisciplinary approach to complex aesthetic restoration with diagnostic planning. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 2000; 12: 575-7.
27. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132: 39-45.
28. Ponnaiyan D, Jegadeesan V, Perumal G, et al. Correlating skin color with gingival pigmentation patterns in south Indians: A cross sectional study. *Oral Health Dent Manag.* 2014; 13: 132-6.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

29. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology; 12th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier. 2014.
30. Batra P, Daing A, Azam I, et al. Impact of altered gingival characteristics on smile esthetics: Laypersons' perspectives by Q sort methodology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018; 154: 82-90.
31. Correa BD, Bittencourt MAV, Machado AW. Influence of maxillary canine gingival margin asymmetries on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2014; 145: 55-63.
32. Parrini S, Rossini G, Castroflorio T, et al. Laypeople's perceptions of frontal smile esthetics: A systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016; 150: 740-50.
33. Dong J-K, Jin T-H, Cho H-W, et al. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *Int J Prosthodont.* 1999; 12: 9-19.
34. Singh B, Ahluwalia R, Verma D, et al. Perioral age-related changes in smile dynamics along the vertical plane: A videographic cross-sectional study. *Angle Orthod.* 2012; 83: 468-75.
35. Sriphadungporn C, Chamnannidiadha N. Perception of smile esthetics by laypeople of different ages. *Prog Orthod.* 2017; 18: 1-8.
36. Işıksal E, Hazar S, Akyalçın S. Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006; 129: 8-16.
37. Hulsey CM. An esthetic evaluation of lip-teeth relationships present in the smile. *Am J Orthod.* 1970; 57(2): 132-44.
38. Alexander R. Considerations in creating a beautiful smile. *The art of the smile*; London: Quintessence Publishing. 2005: 187-210.
39. Peck S, Peck L, Kataja M. Some vertical lineaments of lip position. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1992; 101: 519-24.
40. Sabri R. The eight components of a balanced smile. *J Clin Orthod.* 2005; 39: 155-67.
41. Dietschi D. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. *Eur J Esthet Dent.* 2008; 3: 274-89.
42. Arnett GW, Bergman RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1993; 103: 299-312.
43. Chetan P, Tandon P, Singh GK, et al. Dynamics of a smile in different age groups. *Angle Orthod* 2012; 83: 90-6.
44. Singla S, Lehl G. Smile analysis in orthodontics. *Indian Journal of Oral Sciences.* 2014; 5: 49-54.
45. Coffman SA. Facial Expression: The Ability to Distinguish Between Enjoyment and Nonenjoyment Smiles. *Psi Chi J Undergrad Res* 2013; 18: 81-92.
46. Eidson L, Cevidanes LH, De Paula LK, et al. Three-dimensional evaluation of changes in lip position from before to after orthodontic appliance removal. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012; 142: 410-8.
47. Kim E, Gianelly AA. Extraction vs nonextraction: arch widths and smile esthetics. *Angle Orthod.* 2003; 73: 348-54.
48. Janson G, Branco NC, Fernandes TMF, et al. Influence of orthodontic treatment, midline position, buccal corridor and smile arc on smile attractiveness: A systematic review. *Angle Orthod.* 2011; 81: 153-61.

S-71 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PALYATİF BAKIMDA TAMAMLAYICI YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF NURSING STUDENTS ABOUT COMPLEMENTARY METHODS IN PALIATIVE CARE

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan Çıtlık SARITAŞ², İnanç ATEŞ³, Cansu AVCI³

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Dr. Öğrt. Üyesi

³ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 250 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, palyatif bakıma ve tamamlayıcı yöntemlere yönelik bilgilerini içeren veri formu kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %64.4'ünün kadın, %28.4'ünün ikinci sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 21.24 ± 1.64 olduğu bulundu. Öğrencilerin %68.4'ü daha önce palyatif bakım kavramını duyduğunu, %24.0'ı daha önce palyatif bakım verdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin %37.2'sinin palyatif bakımda uygulanabilecek tamamlayıcı yöntemler hakkında hiç bilgi sahibi olmadığı tespit edildi. Tamamlayıcı yöntemlerin öğrenciler tarafından duyulma oranları sırasıyla masaj (%90.8), akupunktur (%74.4), hipnoterapi (%41.2), aromaterapi (%27.6) , fitoterapi (%22.4), refleksoloji (%22), homeoterapi (%18.4) şeklindedir. "Sizce palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılmalı mıdır" sorusuna öğrencilerin %52.8'i evet cevabı verirken, sadece %3.6'sı hayır cevabı vermiştir. Geriye kalan %43.6'sı ise fikirleri olmadığını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin yarıdan fazlasının palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılması gerektiğini düşündükleri ve daha önce palyatif bakım hizmeti vermiş

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olmanın bu düşünceyi etkilediği görüldü. Ayrıca tamamlayıcı yöntemlerin içinde öğrenciler tarafından en çok bilinenlerin masaj ve akupunktur olduğu, homeoterapinin ise en az duyulan yöntem olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Hemşirelik, Öğrenci, Tamamlayıcı yöntemler

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the level of knowledge of nursing students about complementary methods in palliative care.

Method: The population of the study consisted of 1209 students enrolled in Inonu University Faculty of Nursing in the 2018-2019 academic year. The sample of the study consisted of 250 students with 0.05 error, 0.95 confidence interval and 0.95 representation power of the universe. Prepared by the researchers; The students' sociodemographic characteristics, questions about palliative care and complementary methods were used. Statistical analysis of the obtained data were performed with descriptive statistics analysis on computer and the results were evaluated with 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: The students; It was found that 64.4% were girls and 28.4% were in second grade and the mean age was 21.24 ± 1.64 . 68.4% of the students stated that they had heard the concept of palliative care before and 24.0% stated that they had given palliative care before. In addition, it was found that 37.2% of the students had no knowledge about complementary methods that could be applied in palliative care. Complementary methods were heard by the students as massage (90.8%), acupuncture (74.4%), hypnotherapy (41.2%), aromatherapy (27.6%), phytotherapy (22.4%), reflexology (%20), homeotherapy (18.4%). While 52.8% of the students answered yes to the question “Do you think that complementary methods should be used in palliative care?”, only 3.6% answered no. The remaining 43.6% stated that they had no ideas.

Conclusion: It was seen that more than half of the students of the Faculty of Nursing thought that complementary methods should be used in palliative care and that having previously provided palliative care service affected this idea. In addition, massage and acupuncture were the most well-known among the complementary methods and reflexology was the least heard method.

Keywords: Palliative care, Nursing, Student, Complementary methods

GİRİŞ

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. Yüzyılda kullanılmıştır. Gelişen dünya ile birlikte insanları karşılaştıkları hastalıklar ve ölüm nedenleri de değişmiştir. Amerika ve diğer batı ülkelerinde hospis bakım olarak başlamış 1980'lerin ortasında kadar hospis bakımla eşdeğer görölmüştür. Zamanla bu algı değişmiş ve kanser ölümcül hastalığa sahip bireylerin bakımı için kullanılmaya başlanmıştır. Oysa ki palyatif bakımdan akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği gibi tanılara sahip bireylerde yüksek düzeyde fayda görmektedir.

Palyatif bakım; hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi semptomların detaylı bir şekilde değerlendirilmesini, kontrolünü ve tedavisini, yaşam kalitesinin yükseltilmesini, acıların hafifletilmesini, hastanın ailesinin de desteklenmesini sağlayan bakımdır¹. Palyatif bakım direk olarak hayat kalitesine etki eder. Her hastanın yaşamının zor günlerini kaliteli ve huzur içinde geğirme hakkı vardır. Palyatif bakım gereksinimi olan hasta grubunu; motor nöron hastalıkları, ilerleyici nöron hastalıkları, ileri dönem organ yetmezlikleri olan, HIV/AIDS veya tedavi sürecine yanıt vermeyen kanser tanısı olan, çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıkları olan hastalar oluşturmaktadır. Palyatif bakım alan hastalar ölümcül olan hastalıklarla savaşırken aynı zamanda, ağrı, bulantı, dispne, konstipasyon ve anksiyete gibi semptomlar da yaşarlar. Bu semptomlar ise hastaları fiziksel ve emosyonel olarak etkilemektedir. Bu semptomların kontrol altına alı². Semptomların tedavisinde kullanılan tamamlayıcı yöntemlerin son dönemde kullanımı artmıştır. Fitoterapi, aromaterapi, akupunktur, homeoterapi, hipnoterapi, masaj ve refleksoloji gibi yöntemler palyatif bakımda en sık kullanılan tamamlayıcı yöntemlerdir³. Amerika'da hospislerde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri ise sırasıyla; masaj terapisi %83, müzik terapisi %50, terapötik dokunma %49, evcil hayvanlar ile terapi %48, rehber eşliğinde görselleştirme terapisi (Guided Imagery=visualization) %45, Reiki %36, aromaterapi %30, arp ile müzik tedavisi %23, refleksoloji %20, resim becerisi %20, hipnoterapi %4, yoga %3, akupunktur %1 ve mizah terapisi %1'dir. Hastalar arasında tamamlayıcı yöntem kullanma oranına bakıldığında kanser hastaları arasında en az bir tez tamamlayıcı yöntem kullanma oranının %20-83 arasında değiştiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda tamamlayıcı tıp kullanma durumunun cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, hastalık durumu ve baş etme davranışlarından etkilendiği görölmüştür. Tamamlayıcı tıp kullanımının cerrahi ve kemoterapi gibi tedavi şekilleri ile de ilişkili olduğu düşünölmektedir. Hastalara bütöncöl ve multidisipliner bir yaklaşım sunan tamamlayıcı yöntemler, 1970'li yılların sonlarında

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kurulmuş olan palyatif bakım ünitelerinde yaşamı tehdit eden problemlerle yüzleşen hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmak için kullanılan terapötik yaklaşımlardır⁴. Palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlerin kullanılması hastaların ve ailesinin baş etme yöntemlerinin gelişmesine ve kontrolü ellerinde hissetmelerine katkı sağladığı gibi, hastanın ve ailesinin rahatlamasını sağlar ve konfor düzeyini yükseltir⁵. Tamamlayıcı yöntemler rahatlatıcı, kullanımı kolay, ucuz, güvenli ve somut olduğundan hastalar tarafından çokça tercih edilmektedir.

Masaj terapisi; Masaj kas ve bağ dokusuna uygulanan hastayı rahatlatan, gerginliği azaltan ve kan dolaşımının düzenlenmesini sağlayan bir tamamlayıcı yöntemdir. Kanser tedavisi gören hastalarda en sık kullanılan teknikler İsveç masajı, refleksoloji ve Reiki'dir. Eğitimli hemşireler tarafından uygulanacak masaj hastanın ağrılarının azalmasını ve uyku kalitesinin artmasını sağlar. Palyatif bakımdaki hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda masaj terapinin hastanın ağrı, bulantı, anksiyete, depresyon, stres ve yorgunluk yakınmalarını azalttığı bulunmuştur.

Aromaterapi; Aromaterapide temel olarak esansiyel yağlar kullanılmaktadır. Esansiyel yağlar solunum yoluyla, masaj yaparak ya da sistemik yollar (oral, vajinal veya rektal) gibi çeşitli şekillerde uygulanabilmektedir. Aromaterapide bu yağların güçlü antimikrobiyal, iyileştirici ve hücrelerin remodellingini artırıcı etkileri kullanılarak hastanın rahatlaması, kan dolaşımının artması ve genel olarak iyileşme düzeyinde artış sağlanabilmektedir.

Akupunktur; Genel olarak akupunktur; elle ya da elektrik stimülasyonu tarafından manipüle edilen ince, katı ve metalik iğneler ile akupunktur noktalarının uyarılması ile uygulanan bir yöntemdir. Palyatif bakımda daha çok ağrı ve diğer semptomların giderilmesinde kullanılır. Palyatif bakımda akupunktur gerek uygulanan tedavilerin yan etkilerini azaltmada gerekse hastaların yaşam kalitelerini artırmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilen bir tedavi yöntemidir. Akupunktur kanser hastalarında özellikle ağrı şikâyetinin azaltılmasında kullanılmaktadır.

Homeoterapi; Homeopatide tamamıyla doğal maddelerden (bitkiler, mineraller, organik ürünler, doku ekstraktları) oluşturulan tek bir karışım (remedi) mevcuttur. Remediler maddelerin enerji verici özelliklerinden faydalanarak vücuttaki uyum ve dengeyi tekrar sağlar, savunma ve iyileşme sistemlerini güçlendirir; bir başka deyişle kişinin 'yaşama gücünü' harekete geçirir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hipnoterapi; Hipnoz bir terapist yada hastanın kendi kendisi tarafından yönetilen sözlü bildiri odaklı değiştirilmiş bir bilinç şeklidir. Hasta her an kontrol altındadır ve dilediği zaman süreci sonlandırabilir. Hipnotik tekniklerin baş ağrısı, yanık, kanser, invazif tıbbi prosedür, kas-iskelet sistemi, aşırı hassas bağırsak sendromu ve fibromiyalji ile ilişkili farklı tür ağrı tedavisinde yararlı olduğu bildirilmiştir. Palyatif tedavide hipnoterapi kas gevşemesine, algısal değişikliğe ve bilişsel dikkati yönlendirmeye neden olarak palyatif tedavide dört temel etki için kullanılmaktadır: Ağrı, bulantı ve kusma, uyku bozuklukları, yorgunluk tedavisi.

Fitoterapi; Bitkileri kullanarak hastaları tedavi etme anlayışı şeklinde ortaya çıkan "fitoterapi" teriminin ilk kez 1870-1953 yılları arasında yaşamış Fransız hekimi Henri Lenclerc tarafından kullanıldığı öne sürülmüştür. Günümüzde fitoterapi: 19.-20. yüzyıllarda kimya ve biyokimya bilimlerindeki gelişmeler ilaç sanayisine büyük bir ivme kazandırmış, bu nedenle etkinlik, zararsızlık ve kalite prensipleri benimsenerek analitik, toksikolojik, farmakolojik ve klinik çalışmalar sonucu, laboratuvarlarda tıbbın gereksinimlerine cevap veren birçok ilaç üretilmiştir. 1997'de ABD'nde bitkisel ilaçların bir önceki yıla göre satışında %59'luk bir artış meydana gelmesi, hastaların %3-5'lik bir bölümünün ana tedavi olarak sadece bitkisel tedavi tercih ediyor olması, bu tedaviler için sadece Amerika'da yılda 3,24 milyar dolar, İngiltere'de 40 milyon sterlin harcanması, Dünya Sağlık Örgütü'nün, insanların %80'inin doğal tedaviye inandığını belirtmesi fitoterapinin popülaritesinin iyi bir göstergesidir. Bitkisel tedavinin tarihi insan varlığı kadar eskilere dayanmakta olup bugün kullanılan fitoterapi uygulamaları kökenlerini Çin ve Hindistan'dan alır. Batı ülkelerinde ise başlarda halk arasında kullanılmaya başlanan şifalı otlar, sonrasında alternatif tedavi olarak tercih etmeye başlanmıştır. Almanya'da 1978 yılında Komisyon E (German Federal Institute for Drugs and Medical Devices) oluşturulmuş ve bu komisyon 300 bitkinin klinik etkilerini değerlendirerek bir rapor düzenlemiştir. Bu rapor sonraki yıllarda genişletilerek bitkisel tedavilerin standardizasyonu sağlanmaya çalışmıştır. Günümüzde fitoterapiye ilgi giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde dermatolojik hastalıkları olan hastalarda fitoterapi kullanma sıklığı %86, Almanya'da %52 olup, Türkiye'deki oranı bilinmemektedir fakat çok sayıda hasta tıbbi tedavilerin yanı sıra bitkisel tedavilere başvurmaktadır.

Refleksoloji; Refleksoloji kelimesinde geçen refleks terimi yansıtma anlamında kullanılmaktadır. Bu söylemdeki amaç vücudumuzdaki her organın el, ayak, göz ve kulaklarda yansıyan bir noktası olduğunu belirtmektir. Bu noktalara uygulanan çeşitli masaj

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ve bası yöntemleri ile hedeflenen organdaki ağrı veya rahatsızlığın giderilmesi, iyileşmenin sağlanması amaçlanmaktadır. Refleksolojide en çok kullanılan bölge ayaklardır. Böylece periferik ve santral sinir sisteminin uyarımı sağlanır ve vücudun kendi iyileştirme gücü canlandırılır. Sinir sisteminin uyarılması ile endorfin salınımı olduğu, böylece gevşeme ve rahatlık hissini gerçekleştirdiği, bu duygunun da otonom yanıtı, endokrin ve immün sistemi olumlu etkilediği düşünülmektedir. Palyatif bakımda ise panik atak, stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, kanser ağrıları ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmede, bulantı ve kusmayı rahatlatmada kullanılmaktadır⁶.

Geleceğin sağlık profesyonellerinin palyatif bakımda kullanılan yöntemlerle ilgili düzeyinin araştırılması farkındalığın sağlanması ve tamamlayıcı yöntemlerin kullanım alanlarının öğrenilmesini sağlayacaktır. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Araştırma tamamlayıcı türde yapıldı. Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 250 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, palyatif bakıma ve tamamlayıcı yöntemlere yönelik fikirlerini içeren sorulardan oluşan veri toplama formu kullanıldı.

Kişisel Tanıtım Formu; Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 3, palyatif bakıma ve tamamlayıcı yöntemlere ilişkin 5 sorudan oluşmaktadır.

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, palyatif bakıma ve tamamlayıcı yöntemlere ilişkin görüşleri

	Sayı(n)	%	$\bar{X} \pm SS$
Yaş			21.2±1.6
Cinsiyet			
Kadın	161	64.4	
Erkek	89	35.6	
Sınıf			
Birinci	54	21.6	
İkinci	71	28.4	
Üçüncü	57	22.8	
Dördüncü	68	27.2	
Palyatif bakımı daha önce duyma durumu			
Evet	171	68.4	
Hayır	79	31.6	
Daha önce palyatif bakım verme durumu			
Evet	60	24	
Hayır	190	76	
Palyatif bakımda uygulanabilecek tamamlayıcı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumu			
Yok	93	37.2	
Az	81	32.4	
Orta	71	28.4	
Oldukça	5	2	
Daha Önce Hangisi/Hangilerini duydunuz?			
1.Fitoterapi	56	22.4	
2.Aromaterapi	69	27.6	
3.Akupunktur	186	74.4	
4.Homeoterapi	46	18.4	
5.Hipnoterapi	103	41.2	
6.Masaj	227	90.8	
7.Refleksoloji	55	22	
8. Duymadım	10	4	
Palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlerin kullanılması gerekliliğine ilişkin fikirleri			

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Evet	132	52.8
Hayır	2	3.6
Fikrim yok	109	43.6

Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamasının 21.2 ± 1.6 , % 64.4' ünün kadın, %28.4' ünün ikinci sınıf ve %27.2' sinin dördüncü sınıf olduğu bulundu. Öğrencilerin %68.4' ünün palyatif bakımı daha önce duydukları, %76' sının daha önce palyatif bakım vermediği, %37.2'sinin palyatif bakımda uygulanabilecek tamamlayıcı yöntemler hakkında bilgi sahibi olmadığı, %32.4' ünün çok az bilgi sahibi olduğu ve sadece %2' sinin ise oldukça bilgi sahibi olduğu görüldü. Araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%90.8) tamamlayıcı yöntemlerden masajı duyduğu, yarıdan fazlasının ise akupunturu duyduğu, %41.2' sinin hipnoterapiyi duyduğu ve en az (%18.4) ise homeoterapiyi duydukları bulundu. Öğrencilerin %4' ünün ise tamamlayıcı yöntemleri hiç duymadığı görüldü. Öğrencilerin %52.8'nin palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlerin kullanılması gerekliliğine inandığını, %43.6'sı ise herhangi bir fikirleri olmadığını ifade etmiştir.

SONUÇ

Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin yarıdan fazlasının palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılması gerektiğini düşündükleri ve daha önce palyatif bakım hizmeti vermiş olmanın bu düşünceyi etkilediği görüldü. Ayrıca tamamlayıcı yöntemlerin içinde öğrenciler tarafından en çok bilinenlerin masaj ve akupunktur olduğu, homeoterapinin ise en az duyulan yöntem olduğu saptandı. Öğrencilerin yaklaşık yarısının palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemleri kullanmanın gerekli olduğunu düşündüğü görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda lisans eğitim programlarında palyatif bakım ve tamamlayıcı yöntemlere yer verilmesi, öğrencilerinin palyatif bakım ve tamamlayıcı yöntemler ile ilgili bilgi düzeylerinin ve algılarının belirlenmesi tamamlayıcı yöntemler ile ilgili farkındalık sağlanması, çalışmanın daha geniş ve farklı gruplarla yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018, 10; 74-80.
2. Sevim Ş, Aygin D, Havva S. Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, 1; 21-35.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

3. Altuner, NN. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics 2017, 8; 246-51.
4. Yıldırım D, Kırşan M, Kıray S, Korhan, EA. The effect of complementary and integrative therapies on pain management in palliative care: a systematic review. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019, 10; 1-7.
5. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kansere Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 2017, 4;54-61.
6. Elbi H. Palyatif Bakım ve Tamamlayıcı Tedaviler. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016, 3; 31-3.

S-74 TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTANIN CİNSELLİĞİ KONUSUNDAKİ ENGELLER

OBSTACLES TO THE SEXUALITY OF THE TERMINAL PATIENT

Esra ENGİN¹, Serap KARSLIOĞLU²

¹ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, İzmir

Özet

Cinsellik her birey için yaşamın ayrılmaz ve bütüncüleyici bir parçasıdır ve çocukluktan yaşlılığa kadar uzanan karmaşık ve geniş bir alanı kapsayan bir kavramdır. Palyatif bakımda da ele alınması gereken bir konudur. Terminal dönemdeki hastaların bu dönemde cinsellikle ilgili engellemeler yaşadığı bilinmektedir.

Bu derlemenin amacı terminal dönemdeki hastaların cinselliği konusundaki engelleri belirlemektir.

Yapılan araştırma sonuçlarına göre terminal dönemdeki hastanın cinselliği konusundaki engellerin başında; birden fazla hastanın kaldığı odalar yüzünden hasta ve eşi arasındaki yakınlığın kurulamaması, bilgi eksikliği, cinselliğe yönelik tutumlar, hastaların rahatsızlık yaşayacağı düşüncesi, hastaların yaşlı ve ciddi hastalıklara sahip olması nedeniyle cinselliği öncelikli görmeme, cinselliği gereksiz görme ve isteksiz olma ve danışmalık hizmetleri ihtiyacıdır.

Palyatif bakım veren uzmanların terminal dönem hastalarına ve partnerlerine çift olarak ilişkilerini değerlendirebilme ve semptomların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatını vermeli, cinsel sorunları saptamak ve cinsel sorunlar hakkında hastaları bilgilendirmek ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için destek olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Cinsel sağlık, palyatif bakım, hasta

Abstract

Sexuality is an inseparable and supplemental part of life for every individual and is a concept that covers a complex and broad area from childhood to old age. Palliative care is also an issue to be addressed. It is known that terminal patients experience handicaps related sexuality during this period.

The purpose of this review is to identify the handicaps to sexuality of patients in the terminal period.

According to the results of the research, the leading handicaps regarding the sexuality of the patient in the terminal period are; the lack of information, attitudes towards sexuality, the idea that patients will experience discomfort, the lack of prioritization of sexuality due to being elderly and having serious illnesses of the patients, see sexuality unnecessary and unwillingness and the need for counseling services.

Palliative care professionals should provide terminal patients and partners with the opportunity to evaluate their relationship as a couple and to understand what the symptoms mean to them, to identify sexual problems and to inform patients about sexual problems and to support their sexual lives.

Key words: Sexual health, palliative care, patient

GİRİŞ

19. yüzyıl başlarında ölümlerin en büyük nedeni enfeksiyon iken günümüzde nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin artışıyla birlikte kalp hastalığı, kanser ve obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalıklar majör ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, kanser ve kronik hastalıkların yönetimini sağlayarak insanlığa daha uzun yaşama şansı vermişlerdir. Ancak gerek kanser gerekse diğer kronik hastalıklar ve uygulanan tedavinin yol açtığı ağrı, yorgunluk, enerji kaybı, güçsüzlük, dispne, bulantı, kusma, uykusuzluk, anemi, tükenmişlik, yoğun korku ve gerginlik, anksiyete, vb. fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarındaki artış, palyatif bakım gereksinimini gündeme getirmiştir (11, 12).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2002 yılında yeniden tanımlanan palyatif bakım, “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, fiziksel, psikososyal ve manevi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sorunların erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmenin önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım” olarak açıklanmıştır. Günümüzde palyatif bakım, birey ve aile merkezli, psikososyal, spiritüel (manevi) ve fiziksel bakımı kapsayacak biçimde bütünsel (holistik) bir yaklaşım ile ele alınmaktadır. Bir başka deyişle hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak, yaşam kalitesini artırmak için verilen tüm hizmetleri içermektedir. Tanı konduğu andan itibaren başlayarak ölüme kadar, ölüm sonrası ise ailenin bakımıyla devam etmektedir (6, 11, 13, 14).

Cinsel davranışlar, sadece cinsel birleşme ile sınırlı değildir. Yaşamlarının son dönemlerinde olan hastalar cinsel ilişki istemeyebilirler. Bazen eşi ya da partneri ile romantik ilişkilere girecek gücünün bile olmayabileceğini düşünebilirler. Hastalığın yol açtığı durumlar nedeniyle bireyin fiziğe dayalı seks yapması sınırlı ve yorucu olabilir. Özellikle palyatif hastalarda bu durum, fazlasıyla söz konusudur. Ancak dokunma, sarılma, okşama, öpüşme yoluyla fiziksel temas kurarak partnerleriyle yakınlaşmaktan zevk alıp, emosyonel doyum sağlamaya ihtiyaç duyarlar (8, 15).

Son elli yıldan beri insan cinselliği fazlasıyla araştırılmış olsa da yaşamın son dönemine ilişkin çok az şey yazılmıştır. Bu nedenle de palyatif hastalarda cinsel işlev bozuklukların insidans ve prevalansı kesin bilinmemektedir. Ancak hastalığın kendisi, engelli olmanın yarattığı sorunlar, tedavinin yan etkileri ve eşlik eden tıbbi durumlar gibi nedenlerle yüksek düzeyde olması muhtemeldir (5, 8).

AMAÇ

Bu derlemenin amacı terminal dönemdeki hastaların cinselliği konusundaki engelleri belirlemektir.

BULGULAR

Yaşamın son saatlerinde hasta ve eşi seksüel gereksinimlerini tartışma konusunda kendilerini rahatsız hissedebilirler. Çoğunlukla eşler ölecek bireye fiziksel olarak daha yakın olmak ister. Ancak hastayı incitmekten, cinsellik konusunu konuşmaktan, çevrelerindeki insanlara karşı duyarsız davranış içinde olduğu kanısını yaratmaktan korkarlar. Hemşire, her iki eşin de gereksinimini karşılayacak fiziksel yakınlaşma için hasta ve eşini cesaretlendirerek yardımcı olmaya çalışmalıdır. Bir ayak masajı ya da sevgi dolu ve yumuşakça bedene sarılmanın

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ölmekte olan hastanın son dakikalardaki gereksinimlerini tamamen karşıladığı literatürde belirtilmektedir (4).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre; terminal dönemde hastanede ve hospis ünitelerinde, ortamdaki ve sağlık profesyonellerinden kaynaklanan sorunlar hastaların cinselliği ifade etmelerinde engel oluşturmaktadır. Bu engeller; ortamdaki kaynaklanan engeller ve sağlık profesyonellerinden kaynaklanan engeller olarak ikiye ayrılabilir. Ortamdaki kaynaklanan engeller; gizlilik ve mahremiyet, sağlık hizmetlerinin verildiği pek çok sağlık ortamında yetersizdir. Birden fazla hastanın kaldığı odalar, hasta ve eşi arasındaki yakınlığın kurulmasında elverişli bir ortam değildir. Bazı kurumlarda eşlerin günü birlik ziyareti, özel izinle yapılabilmektedir. Özel odalarda bile kilitli kapıların bulunmaması, personelin odaya izinsiz giriş çıkışı, çiftlerin cinsel yakınlık kurabilmesini engellemektedir. Sağlık profesyonellerinden kaynaklanan engeller; kendi cinsel değer, inanç ve tabularını bilmeme, cinsel yasaklara sahip olma ve bunu fark etmeme, cinsel yönelimleri farklı olanlara karşı önyargılı tutuma sahip olma, kendi ve hastası arasında önemli değer ve inanç farklılığı olması nedeniyle çatışma yaşama, ölüme yakın dönemde cinselliğin gerekli olmadığını düşünme, nasıl konuşup tartışacağını bilmeme, hasta tarafından yanlış anlaşılma endişesi taşıma, hastasıyla cinsellik konuşabilme, cinsel sorunları değerlendirebilme ve yönetme becerisi açısından yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama, hastanın bu konulardaki suskunluğunu, cinsellik hakkında görüşmek istemiyor olarak algılama, hastaların yaşlı ve ciddi hastalıklara sahip olması nedeniyle cinselliği öncelikli görmeme, cinsellik konuşmanın kendi görevi olmadığını düşünme, ileri danışmanlık işi olarak görme şeklinde sıralanmıştır (5,6,7,8,9,10).

Yapılan çalışma sonuçlarına göre kanser hastalığı çiftlerin ilişkilerinde cinsel sorunlara sebep olabilmektedir. Bunlar, kadınlarda; cinsel istek kaybı, kullanılan ilaçlarla ilişkili olabilecek vajinal kuruluk ve bununla bağlantılı ağrılı cinsel ilişki, orgazm güclüğü, ağrılı cinsel ilişki sevişme ritüellerinden kaçınmalar (ışıkta sevişmeme, çıplak görünmek istememe, bedenin görünmesinden rahatsızlık...), erkeklerde ise; cinsel istek kaybı, sertleşme bozukluğu, erken boşalma, geç boşalma, orgazm güclüğü sevişme ritüellerinde kaçınmalar (ışıkta sevişmeme, çıplak görünmek istememe, bedenin görünmesinden rahatsızlık...) şeklinde belirtilmiştir (16).

Kişinin cinsel eşinin kanser olması kendisinin kanser olması kadar travmatiktir. Sevdiği kişiyi kaybetme korkusu ve gerçekliği psikolojik olarak son derece yaralayıcıdır. Kişi hem kendisi sakin olmaya çalışırken hem de hasta yakınına destekleme konumunda zorlanabilir. Hastalık

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

süreci yorucu, yıpratıcı ve konuşulmayan bir süreçtir. Aynı zamanda ilişkideki kimi sorunlar, kızgınlıklar yok sayılmaya çalışılır, ama bu esnada daha da kompleks hale gelme riski taşır. Bu da zamanla ilişkiyi yıpratır, kopmalara neden olabilir. Psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşanabilir. Kişi hasta partnerine destekleyici davranırken, sürekli rol yapmamalıdır. Birçok hasta bu durumdan şikayetini dile getirmektedir. Cinsellik, hoş anılar konuşulabilir. Arzu kendine hareket alanı bulamadığı zamanlarda da korunması önemlidir. Bu süreçte konuyla ilgili uzmandan destek alınması gereklidir (16).

TARTIŞMA

Cinsellik her birey için yaşamın ayrılmaz bir parçası ise palyatif bakımda da ele alınması gereken bir konudur. Terminal dönemdeki hastaların çeşitli cinsel işlev bozuklukları yaşadığı bilinmektedir. Ancak palyatif bakım hastalarında cinselliğin ve cinsel ilişkinin değerlendirildiği yeterince çalışma bulunmamaktadır.

Amerika'da yapılan bir çalışmada cinsel sorun bildirmiş olan palyatif bakım hastalarının hiçbirinin cinsel ihtiyaçlarının sorulmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerinin cinselliği öncelikli görmediği ve bu hastaların çok yaşlı ve çok hasta olduğu varsayımının yaygın olduğu görülmüştür. Çalışmanın amacı terminal hastalığı olan hastaların cinsellik ve cinsel ilişki deneyimlerinin araştırılmasıdır (1).

Taylor'ın (2014) yaptığı çalışmaya göre Yaşamı sınırlayıcı hastalıklar hastaların ve partnerlerinin cinsel yaşamlarını yok etmektedir. Motor nöron hastalığı ve terminal dönem kanser hastalığı hastalar ve partnerlerinde cinsel isteğin kaybı, cinselliğe karşılık verememe ve reddetme gibi nedenlerle cinsel yaşamları oldukça kötü etkilenmektedir. Bu durumun nedenleri arasında tıbbi tedaviler, ekipmanların cinsel birleşmeyi engellemeleri ve figürasyonda bozulma yer almaktadır. Her ne kadar sürekliliği olmasada bazı çiftler ilişkilerinde yeniden yakınlaşma sağlamıştır. Bu çalışma terminal dönemdeki hastaların ve partnerlerinin cinsellik ve cinsel ilişki deneyimlerine yeni bir ışık tutmaktadır. Bütüncül (holistik) bakım yaklaşımı için palyatif bakım veren uzmanların terminal dönem hastalarına ve partnerlerine çift olarak ilişkilerini değerlendirebilme ve semptomların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatını vermeli ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için destek olmalıdırlar.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bal'ın (2014) hemşirelerin cinsellik danışmanlığı konusunda yaptığı araştırmaya göre; hemşirelerin sadece beşte birinin (%19.4) cinsel sağlık bakım hizmeti verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %67.3'ü hastalarla cinsel sorunları hakkında konuşmanın hemşirenin bir sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin yarısının (%57.3) cinsel tanılama yeteneğine güvendiği saptanmıştır. Buna rağmen; %76.3'ünün cinsel konularla ilgili konuşmaktan rahatsızlık hissettiği ve hastaneye yatan hastaların cinsel sorunları ile ilgilenemeyecek kadar hasta (%67.8) olduklarını düşündükleri belirlenmiştir (3).

ABD'de yapılan 2017 Palyatif Bakım Onkoloji Sempozyumu'nda cinselliğin önemi ve kanser hastaları konusu ele alındı. ABD'de kanser hastalarının yarısından azının (%45) sağlık uzmanlarıyla cinsellik hakkında konuştukları belirlenmiştir (2). Ülkemizde bu oran büyük ihtimalle çok daha düşük olası beklenmektedir.

Kanser türüne göre; akciğer kanseri hastalarının %21'i, meme kanserli hastaların %33'ü, kalın bağırsak (kolon ve rektum) kanseri hastalarının %41'i ve prostat kanseri hastalarının %80'i bu konuya değinmişler ve genel olarak bu konu hakkında erkekler kadınlardan daha fazla konuştukları tespit edilmiştir. Kadın kanser hastalarına yönelik cinsel yaşamı iyileştirmek ve sonuçlarını görmek üzerine yapılan çalışmalardan birinde cinsel sağlık, vajinal sağlık ve arzu gibi konuları ele alınmış, fiziksel ve duygusal rahatlama ve cinsel yaşamı ön plana almak üzerine yapılan egzersiz çalışmalarının sonucunda kadınları %97'si bu çalışmaların yararlı olduğunu ifade etmiştir. Cinsel işleve katkıda bulunan bilgilerin kadınlarda 2. ayda cinsel yaşamlarına belirgin bir iyileşme olduğu rapor edildi. Bu pilot çalışmada ayrıca zihinsel odaklanma, depresyon ve anksiyete bozukluğunda iyileşme olduğu ve psikolojik sıkıntıların azaldığı gözlemlenmiştir. Kanserli bireylerde cinsel işlev bozukluğunu iyileştirme yönünde yapılan başka çalışmaların sonuçlarına göre; kaygı bozukluğu, depresyon, cinsel işlev, moral ve genel yaşam kalitesi bakımından gelişme kaydedilmiştir (2).

Terminal dönemde sağlık profesyonellerinin cinsel sağlık ile ilgili bilgi yeterliliği ve cinsellik konusuna nası baktıkları çok önemlidir. Bununla ilgili yalpan bir çalışmada Hemşirelerin %83.5'i, cinsel danışmanlık ve cinsel danışmanlıkla ilgili eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alanların %53'ü konuyla ilgili bilgilerini yeterli bulduklarını, %23.5'i yeterli bulmadıklarını, %23.5'i kısmen yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışmada hemşirelerin çoğunun cinselliği yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak gördükleri (%34.9) belirlenmiştir. Cinsel eğitim ve danışmanlığın amacına ise "bireylerin yaşam kalitesini artırmak" (%60.1) ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

“bireylerin cinsel danışmanlık ile ilgili yanlış bilgi ve inanışlarını düzeltmek” (%60.1) şeklinde yanıt vermişlerdir (17).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsellik öz-saygı, ait olma, diğerleri tarafından kabul edilme, yaşamın değeri ve hayattan zevk alma inancıyla yakından ilişkilidir. Cinsellik ve kanser hakkındaki literatür, hastalık ve tedaviyle oluşan cinsel fonksiyon bozukluğuna odaklanmıştır. Palyatif bakım ve yaşam sonu dönemdeki populasyonda cinsellikle ilgili kaynaklar çok azdır. Hem hasta, hem de partner kültürel olarak yazılı olmayan “hasta kişi seksüel değildir” görüşünden etkilenmektedir. Halbuki, hasta hala arzu edilir seksüel bir partner olmaktan mutluluk duyabilirken, partner ise kanser hastasına karşı seksüel hislerinden suçluluk hissedebilir. Hastalar cinsel ilişki istemeyebilir, dokunma, sarılma, öpüşme yoluyla partnerleriyle yakınlaşmaktan zevk alabilirler. Ancak palyatif bakım ünitelerinde mahremiyet, gizlilik evde bakım ortamına göre sınırlı olabilir. Hemşire ilk tanılama “tanınızdan bu yana cinselliğinizde hangi değişimleri hissettiniz” sorusunu sormalıdır. Hemşirenin bu soruyu rahatça sorması görüşmenin doğal seyrine yardımcı olacaktır.

Palyatif bakımda görev alan sağlık profesyonellerinin hasta ve partnerlerinin bakımında cinsel sağlık gereksinimlerini göz ardı etmeyerek dikkate almaları, bir çok değişkenden etkilenen palyatif bakımın niteliğinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Terminal dönemdeki hastaların ve partnerlerinin cinsellik ve cinsel ilişki deneyimlerine yeni bir ışık tutmaktadır. Bütüncül (holistik) bakım yaklaşımı için palyatif bakım veren uzmanların terminal dönem hastalarına ve partnerlerine çift olarak ilişkilerini değerlendirebilme ve semptomların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatını vermeli ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için destek olmalıdırlar.

Palyatif bakım veren uzmanların terminal dönem hastalarına ve partnerlerine çift olarak ilişkilerini değerlendirebilme ve semptomların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatını vermeli, cinsel sorunları saptamak ve cinsel sorunlar hakkında hastaları bilgilendirmek ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için destek olmalıdırlar.

KAYNAK

1. Taylor B. Terminal dönem hastalıkta cinsellik ve cinsel ilişki deneyimleri: Olgusal çalışma (Güncel Makale Özeti). . 2016; 18(64): 56-56

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Palliative Care in Oncology Symposium (PCOS) 2017. Panel and abstract 191 (Dr El-Jawahri), presented October 28, 2017.
3. Bal M. The Nurse's Attitudes and Beliefs Towards Sexuality. *HEAD*. 2014; 11(3): 38-42
4. Taylor C, Lillis C, Le More P. *Fundamental's of Nursing. The Art & Science of Nursing Care*. 4th ed., New York: Lippincott; 2001.
5. Librach SL, Moynihan TJ. Sexuality. In: Emanuel LL, Librach SL, (eds). *Palliative Care-Core Skills and Clinical Competencies*. 2nd ed. Elsevier Saunders, St. Louise, 2011: 186-95.
6. Leung MW, Goldfarb S, Dizon DS. Communication about Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to PatientCentered Care. *Curr Oncol Rep* 2016;18:11.
7. Aygin D, Acar K. Güncel Makale Özeti-Terminal Dönem Hastalıkta Cinsellik ve Cinsel İlişkin Deneyimleri: Olgusal Çalışma. *Androloji Bülteni* 2016;18:56
8. Nyatanga B. Sexuality in Palliative Care: More Than Sex, *British Journal of Community Nursing* 2014;19:151
9. Cagle JG, Bolte S. Sexuality and Life-Threatening Illness: Implications For Social Work and Palliative Care. *Health & Social Work* 2009;34:223-33.
10. Hordern AJ, Street AF. Let's Talk About Sex: Risky Business for Cancer and Palliative Care Clinicians. *Contemporary Nurse* 2007;27:49-60.
11. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012;54:329-34.
12. Reis N, Kızılkaya Beji N, Coskun A. Quality of Life and Sexual Functioning in Gynecological Cancer Patients: Results from Quantitative and Qualitative Data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010;14:137-46.
13. Griebelin TL. Sexuality and aging: A Focus on Lesbian, Gay, Bisexual And Transgender (LGBT) Needs in Palliative and End of Life Care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2016;10:95-101.
14. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 06.09.2018.
15. McIness RA. Sexuality and Illness, *Med JAUS* 2003;179:263-6.
16. <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/60/kanser-ve-cinsel-yasam>
17. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg* 2010; 52: 241-247

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-75 SAĞLIKLI BİREYLERDE KANSERE KARŞI ÖNCELİKLİ RUHSAL VE
BEDENSEL KORUNMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**DETERMINATION OF PRIOR MENTAL AND PHYSICAL PROTECTION
BEHAVIOR AGAINST CANCER IN HEALTHY INDIVIDUALS**

Ayşegül BİLGE¹, Serap KARSLIOĞLU²

¹ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı, İzmir

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı, İzmir

Özet

Kanser, çağımızın en korkulan hastalıklarından birisidir. Toplumda her beş kişiden biri, yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır. Kişilerin kanserden korunması ve erken tanı yaklaşımları, bu hastalığı bu denli korkulur olmaktan çıkarabilir.

Araştırmada toplumdaki sağlıklı bireylerin kanser riskine karşı öncelikli yaptıkları ruhsal ve bedensel korunma davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sağlıklı bireylerde yapılmış olup, olasılıksız gelişigüzel örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere (n=100) röportaj tekniği ile “Her gün kansere yol açtığı söylenen yeni şeyler duyuyoruz. Sizin kanser riskine karşı ilk önce yaptığınız ruhsal ve bedensel korunma davranışlarınız nedir?” sorusu sorulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; bireylerin %64’ü kadın, %36’sı erkek olup, kanser riskine karşı ruhsal korunma davranışları arasında en çok %25’i sevdiği insanlarla vakit geçirmeye çalıştığını, bedensel korunma davranışları arasında ise %38’i beslenmeye dikkat ettiğini belirtmiştir.

Bireylerin kanserden korunmak için daha çok beslenmeye ve sevdiği insanlarla vakit geçirmeye önem verdikleri söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, kanser risk faktörleri, ruhsal korunma, bedensel korunma

Abstract

Cancer is one of the most feared diseases of our time. One out of every five people in the community is exposed to cancer at some point in their lives. Prevention of cancer and early diagnosis approaches can make this disease less fearful.

In this study, it was aimed to determine the psychological and physical protection behaviors of healthy individuals in the community against cancer risk.

The research was conducted in healthy individuals and individuals who agreed to participate in the study with random sampling method (n = 100) used and with interview technique were asked with that question: “We hear new things that are said to cause cancer every day. What are your first mental and physical protection behaviors against cancer risk?” Descriptive analyzes were performed in the evaluation of the data.

Among the mental protection behaviors against cancer risk, 25% of them stated that they try to spend time with the people they love and 38% of them care about nutrition from physical protection behaviors.

It can be said that to prevent cancer individuals give more importance to nutrition and to spend time with people they love.

Key words: Cancer, cancer risk factors, mental protection, physical protection

GİRİŞ

Latince'de yengeç anlamına gelen kanser, çağımızın en korkulan hastalıklarından birisidir. Toplumda her beş kişiden biri, yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır. Tüm yeni tedavi yaklaşımlarına karşın, halen kanserden ölümler gelişmiş toplumlarda ikinci sırada yer almaktadır (1).

Kanser, tek bir hücrede oluşan genetik değişikliklerin hücrenin anormal çoğalma yeteneği kazanması ve farklılaşması ile ortaya çıkar. Hızla çoğalan hücrelerin oluşturduğu tümoral yapı, öncelikle yakın çevreye yayılır (lokal invazyon). Daha sonra, daha uzak organlara kan veya lenfatik yol ile yayılır (metastaz). Organizmada en fazla kanlanan organlar olan akciğer, beyin ve karaciğer en sık metastaz yapılan organlardır. Tümör çoğalırken çevre dokular ile uyuma dikkat etmez ve hızla içinde bulunduğu organizmaya ait besinleri kullanarak büyür (2,3).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kanser oluşturan nedenler içinde, çevresel nedenler ve genetik nedenler sayılabilir. Çevresel nedenlerin arasında en önemli faktörler sigara, yenilen yiyecekler, şişmanlık, hormonlar, virüsler, fiziksel ve kimyasal ajanlar gösterilebilir. Ayrıca kanser, kronik iltihabı olaylar ve iyi huylu tümörlerin zemininde de sık olarak gözlenmektedir (1,4).

Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, Türkiye'de her yıl ortalama 163 bin kanser vakası görülüyor. Yapılan inceleme sonucunda 2015 yılında her 100 bin kadından 177'sine, her 100 bin erkekten 247'sine kanser teşhisi verildiği saptanmıştır (19).

Dünya Kanser Araştırma Fonu verilerine göre, 2018'de dünyada en çok görülen kanser türleri sırasıyla akciğer kanseri, meme kanseri ve bağırsak kanseridir. Dünya genelinde 2 milyon 93 bin kişiye akciğer kanseri teşhisi konulurken, 2 milyon 88 bin kişi de meme kanserine yakalandığı bildirilmiştir (18).

Ülkelerdeki kanser oranlarını da paylaşan Dünya Kanser Araştırma Fonu, en çok kanserin 100 binde 468 ile Avustralya'da görüldüğünü, bunu 438 ile Yeni Zelanda ve 373 ile İrlanda izlediğini bildirmiştir. Raporunda, gelişmiş ülkelerde kanser görülme oranının, az gelişmiş ülkelere kıyasla fazla olduğu belirtilmiştir (18).

Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerinde ise Türkiye'de yılda ortalama 16 bin 500 civarında kanser vakası teşhis ediliyor. Bu da bir günde yaklaşık 450 kanser vakasına karşılık geliyor. Bakanlığın raporunda, 2030 yılında 22 milyon yeni vakanın ortaya çıkmasının beklendiği de kaydedilmiştir. Türkiye'de erkeklerde en çok akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise en çok meme kanseri görülmektedir. Her dört kadın kanser hastasından birine meme kanseri teşhisi konulmaktadır. TÜİK'in verilerine göre, Türkiye'de kanser tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 20'sini oluşturmaktadır (19).

Kanser, sık görülmesi yanında mortalite ve morbiditesinin yüksek olması ve tedavi maliyeti, süresi ve yan etkileri nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir (5). Kişilerin kanserden korunması ve erken tanı yaklaşımları, bu hastalığı bu denli korkulur olmaktan çıkarabilir (4).

Bu nedenle kanserden korunma öncelikli olarak ele alınması gereken bir konudur. Primer korunmada önlem alınması gereken risk faktörleri değerlendirilmelidir (6). Kanser gelişmesindeki başlıca risk faktörleri; ultraviyole ve radyasyon maruziyeti, tütün ve alkol

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kullanımı, iyonlaştırıcılar, aşırı kilolu olma, bazı virüs ve parazitler, kimyasallar, endüstriyel kuruluşlar ve mesleki maruziyettir (7).

Kansere neden olan bu risk faktörleri: davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik risk faktörleri olarak dört grupta toplanabilir (8). Kansere ölümlerinin üçte birine neden olan beş temel davranışsal risk faktörü; yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı olarak bildirilmektedir (9). Kansere nedenleri arasında oldukça büyük öneme sahip olan; tütün kullanımı yılda yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olarak dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden birisidir (10). Türkiye’de 2014 yılı itibariyle genç nüfusun %16.8’i, erişkin nüfusun %27.1’i hala (14.8 milyon kişi); tütün ürünü kullanmaktadır (11).

Sekonder korunma ise özellikle risk altında olan grupların taranması ile yapılır. Ülkemiz gibi orta/düşük gelirli ülkelerde sıklığı giderek artan kanser hastalıkları nedeniyle bu toplumlarda tarama programlarının uygulanması zorunlu bir hale gelmiştir. Tarama programlarının mortalite ve morbiditeyi düşürmede etkin ve maliyet etkili olduğu bilinmektedir (6).

AMAÇ

Araştırmada toplumdaki sağlıklı bireylerin kanser riskine karşı öncelikli yaptıkları ruhsal ve bedensel korunma davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırmanın verileri İzmir’in Bornova ilçesinde röpartaj tekniği ile toplanmıştır. Araştırma sağlıklı bireylerde yapılmış olup, olasılıksız gelişigüzel örneklem yöntemi ile bir haftalık sürede, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere (n=100) “Her gün kansere yol açtığı söylenen yeni şeyler duyuyoruz. Sizin kanser riskine karşı ilk önce yaptığınız ruhsal ve bedensel korunma davranışlarınız nedir?” sorusu sorulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma bulgularına göre; bireylerin %64’ü kadın, %36’sı erkek olup, kanser riskine karşı ruhsal korunma davranışları arasında en çok %25’i sevdiği insanlarla vakit geçirmeye çalıştığını, bedensel korunma davranışları arasında ise % 38’i beslenmeye dikkat ettiğini belirtmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Kanser riskine karşı ruhsal korunmayı sırasıyla % 21’i pozitif düşünmeye çalışmak, stresten uzak durmaya çalışmak ve %15’i “çocuğumu düşünmek, onunla vakit geçirmek” gibi ifadeler takip ederken, bedensel korumayı sırasıyla %20’si spor yapmak, %17’si şeker tüketmemek, %15’i de güneş kremi kullanmak gibi ifadeler takip etmektedir. Bireylerin %8’i ise korunma yollarını bildiğini ama hiçbir şey yapmadığını dile getirmiştir.

TARTIŞMA

Günümüzde artık kanserle savaşta, hastalığa yakalanmamak için alınan tedbirler daha ön planda düşünülmektedir. Bu da, kanser oluşturan etmenlerden elden geldiğince uzak durmak, ailesel kanser olma riski varsa bununla ilgili risklerin araştırılması ve erken tanı için düzenli kontrol yaptırılmasından geçmektedir. Toplumdaki her bireyin kanserden uzak ve sağlıklı olarak yaşaması, en önemli amaçtır.

Kanser konusunda halkımızın kanserden ruhsal olarak korunma konusunu araştıran kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır. Mevcut çalışmalar da, genellikle kanser hastalarının ruhsal durumu ile ilgili olup, sınırlı kişiler üzerinde yapılmıştır.

Kansere sebep olan ve korunma yolları ile ilgili yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Bayrak ve ark.’nın yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin çoğunluğu (%86.8) yaşam biçiminin ve bazı alışkanlıkların kansere etkisi olduğunu belirtmiştir (13).

Kılıç ve ark.’nın çalışmasında öğrencilerin %98.4’ü sigaranın zararlı olduğunu ve bunların %97.6’sı akciğer kanseriyle, %94.1’i ağız kanseriyle, %96.8’i gırtlak kanseriyle, %88.5’i mesane kanseriyle ilişkisi olduğunu bilmektedir (14). Merdin ve ark.’larının çalışmasında kansere sebep olabilecek durumlar: Yaşam tarzı açısından; stres (%32), cep telefonu kullanılması (%19), çevre kirliliği (%16) cildin güneşe fazla maruziyeti (%15) ve obezite (%12) olarak, tüketim ürünleri açısından; sigara (%31), hormonlu gıdalar (%27), yanmış gıdalarla beslenme (%14), alkol (%16) ve kolalı içecekler (%7) olarak belirtilmiştir (15).

Ankara’da 16-18 yaş arasındaki öğrencilerde yapılan bir çalışmada gençlerin büyük bir kısmının günlük beslenmelerinde ayaküstü yenilen hamburger, döner, patates kızartması gibi yiyeceklerin önemli yer tuttuğu belirlenmiştir (16). Öğrenci yurdunda yapılmış olan başka bir çalışmada ise öğrencilerde “fastfood” tüketimi ve ara öğünlerde çikolata, hamur işleri ve bisküvi tüketiminin çok fazla olduğu bulunmuştur (17). Bu araştırmada kanserden korunan katılımcıların %79.4’ü beslenmeme dikkat ediyorum, %70.9’u sigara ve alkol kullanmıyorum

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

cevabını vermiştir. Gültekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada da kanserden korunmak için katılımcıların %62.2'si beslenmeme dikkat ediyorum, %44.2'si sigara içmiyorum, %36.3'ü güneşten korunuyorum, %32.9'u radyasyonlu ortamlardan kaçınıyorum gibi şıkları işaretlemiştir (12).

Tüm araştırma sonuçlarına göre bedensel olarak bireyler beslenme, güneşin zararlı etkileri ve sigara kullanımının, ruhsal olarak ise stres ve cep telefonu kullanmak gibi değişkenlerin kansere yol açtığını düşündüğü saptanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunun kanserden korunmada ikili ilişkilerin iyi olmasının ve doğru beslenmenin etkili olduğu vurgusu yaptıkları görülmektedir. Bu doğrultuda cep telefonu yerine kişilerarası temasın olduğu iletişimin tercih edilmesi ve doğal beslenilmesinin kanserden doğru korunma yöntemi olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız araştırmada bireylerin kanserden korunmak için daha çok beslenmeye ve sevdiği insanlarla vakit geçirmeye önem verdikleri söylenebilir.

Araştırmamızdan ve diğer çalışmalardan edinilen bilgiye göre kanserden korunmak için daha çok beslenme ve spor yapma ile ilgili davranış değişikliğine gidildiği ancak kanser nedenleri arasında önemli yere sahip olan sigarayı bırakmanın daha az tercih edildiği saptanmıştır. Bu sonucun bulunmasında; sigaranın bağımlılık yapma özelliği yadsınamaz bir gerçektir. Sigarayla mücadelenin kararlılıkla sürdürülmesi gerekmektedir. Bağımlılık fiziksel olduğu kadar ruhsal bir sağlık sorunudur.

Tüm bu veriler ışığında, bu çalışma ile halkımızın kanserden korunma yolları konusunda farkındalığının düşük seviyelerde olduğu söylenebilir. Ayrıca röportaj yapılan bireylerin ruhsal korunma sorusuna cevap verirken zorlandıkları görülmüştür. Kanserden ruhsal korunma konusunda da daha fazla eğitim çalışmaları yürütülmelidir. Kanserden korunma konusunda mevcut algının değiştirilmesi, korunma yollarının ve tarama programlarının öğretilmesi ve erken teşhis ile kanserin tedavi edilebileceği herkese öğretilmelidir.

KAYNAK

1. Harris JR, Morrow M, Banadonna G. Cancer of the breast. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). Cancer, Principles and Practice of Oncology. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1993: 1264-1332

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P. Cancer. In: Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P (eds). Molecular Biology of the Cell. 4th ed. New York: Garland Science, 2002: 1313-1362.
3. Preston-Martin S, Pike MC, Ross RK, Jones PA, Henderson BE. Increased cell division as a cause of human cancer. Cancer Res 1990; 50: 7415-7421.
4. Connor M, Ferguson Smith M. Cancer genetics. In: Connor M, Ferguson Smith M (eds). Essential Medical Genetics. 5th ed. Oxford: Blackwell Science, 1997: 162- 176.
5. Gürsu RU, Kesmezacar Ö, Karaçetin D, Mermut Ö, Ökten B, Güner Şİ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. İstanbul Tıp Dergisi. 2012; 13(1): 13-8.
6. Tuncer M, Özgül N, Özen Olcayto E, Gültekin M, Erdin B. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı; 2009.
7. Zhang ZF, Boffetta P, Neugut AI, Vecchia CL, Cancer Epidemiology and Public Health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, editors. Principles of Primary and Secondary Cancer Prevention. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 939.
8. kanser.gov.tr [Internet]. Ankara: Türkiye halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2013 [Son güncelleme tarihi: 2013; Erişim tarihi: 21.11.2016]. Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kansernedir/15-risk-faktorleri.html>.
9. who.int [Internet]. Geneva: Cancer, Fact Sheets, [Updated February 2015; Cited: 2016 November 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
10. who.int [Internet]. Geneva: Fact Sheet On Tobacco, [Updated June 2016; Cited: 2016 April 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
11. who.int [Internet]. Geneva: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Country Profile, Turkey. [Updated June 2016; Cited: 2016 April 25]. Available ERDEM ve Ark. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 7 (1): 01-10 10 from: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

12. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology. 2011; 8(1): 57-61.
13. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş G. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 24(3): 95-104
14. Kılıç N, Ek HN. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik, Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006; 15(2): 85-90.
15. Merdin A, Avcı F. Toplumsal Kanser ve Hematoloji Bilinci. Türk Onkoloji Dergisi. 2013; 28(4):150-3.
16. Sürücüoğlu MS, Çakıroğlu FP. Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Hızlı Hazır Yiyecek Tercihleri Üzerinde Bir Araştırma. Toplum Bilimleri Dergisi. 2000; 6(3): 116-21.
17. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. Gülhane Tıp Dergisi. 2008; 50(2): 102-9.
18. <https://www.wcrf.org> World Cancer Research Fund International. 2018
19. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>. Kanser İstatistikleri - Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2015

S-76 PLASEBO VE PALYATİF BAKIM

PLASEBO AND PALIATIVE CARE

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan Çıtlık SARITAŞ², Cansu AVCI³

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Dr. Öğrt. Üyesi

³ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

Özet

Araştırmanın amacı palyatif bakımda plasebo etkisini incelemektir. Plasebo etkileri klinik ortamın birçok yönüne etki eder. Bununla birlikte, hemşirelik literatüründe plasebo etkilerine çok az yer verilmiştir. Son araştırmalar, plasebo etkilerin teşvik edilmesinin bazı hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Hemşireler hastalarla uzun zaman geçirdiklerinden ve bire bir bakım ve girişimlerini üstlendiklerinden plasebo uygulamalar açısından ideal konumdadır. Plasebo etki, palyatif bakım verirken hastalığın semptomlarını azaltmak ve refahı arttırmak için kullanılabilir. Ağrı, bulantı ve stres gibi subjektif durumlar plasebo müdahalelerin kullanabileceği uygun durumlardır. Hemşireler, plasebo etkisinin geleneksel tanımının ötesine bakmalıdır. Bütüncül bakımın sağlanması, medikal tedavinin azaltılması, hastaların refah ve konfor düzeyinin artırılması için plasebo uygulamaları göz ardı edilmemelidir.

Abstract

The aim of the study was to investigate the placebo effect in palliative care. Placebo effects affect many aspects of the clinical setting. However, placebo effects are rarely given in the nursing literature. Recent research has shown that promoting placebo effects can improve some patient outcomes. Because nurses spend a long time with patients and undertake one-to-one care and interventions, they are ideally placed for placebo applications. The placebo effect can be used to reduce symptoms of the disease and increase well-being while providing palliative care. Subjective conditions such as pain, nausea and stress are suitable for placebo interventions. Nurses should look beyond the traditional definition of placebo effect. Placebo applications should not be ignored in order to provide holistic care, decrease medical treatment and increase the welfare and comfort level of patients.

GİRİŞ

Plasebo terimi, “memnun kalacağım” anlamına gelen ve kökleri on ikinci yüzyıla kadar uzanmakta olup “sahte teselli” anlamına gelen Latince bir türevidir. Plasebo herhangi bir uygulamanın etkinliğini kontrol etmek amacıyla kullanılan bir müdahaledir. Başka bir deyişle klinik çalışmalarda, plasebo, çalışma müdahalesine benzer bir görünüme sahip ancak spesifik aktivitesi veya etkileri olmadan kontrol edilen bir müdahale olarak tanımlanabilir. Plasebo "sağlıktan sapan durum için özel bir etkinlik göstermeyeceğine inanılan ve simgesel etkisi için kullanılan bir tedavi biçimi ya da iyileşmeyi hızlandırmayı amaçlayan bir girişim"dir. Tamamen müdahalesi olmayan bir grup kontrol hastasında, hastaların çalışmaya karşı tutumları terk edilme duyguları nedeniyle olumsuz olabilir. Öte yandan, çalışma grubunda, tedavi edilme ya da daha fazla ilgi görmüş olma hissi nedeniyle, hastaların tutumları iyileştirilebilir. İlk zamanlarda araştırmacılar veya klinisyenler tarafından faydalı olduğuna inanılmamaktaydı. Fakat sonralarda plasebonun fiziksel ve mekanik etkiler dışındaki bazı açık olmayan yollarla hastayı olumlu etkilediği düşünülmüştür. Plaseboların çeşitli ilaçların etkisini taklit ettiği ve ölçülebilir ilaç benzeri özellikler sergilediği bildirilmiştir. Plaseboların neden çalıştığını açıklamaya çalışmak için bir dizi psikososyal ve fizyolojik mekanizma geliştirilmiştir. Psikososyal mekanizmalar, plasebo etkilerinin meydana geldiği biyolojik mekanizma bilinmese de, çeşitli vücut sistemlerini içeren psiko-fizyolojik olayları harekete geçirdiği varsayılan kişilik, biliş ve sosyal öğrenmeyi içerir.

420

Plasebo etkisi, inertmedikasyonların, sahte prosedürlerin kullanımıyla veya terapötik sembollere (beyaz kaplama gibi) cevap olarak kullanımla ilişkili faydalı bir fizyolojik veya psikolojik değişim olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın tedavisinde plasebo etkinin fizyolojik veya psikolojik etkileri” olarak tanımlanan “iyileştirici tepki” nin etkili olduğu düşünülmektedir. Plasebo etki gerçek ya da algılanan etki şeklinde olabilir. Algılanan etki, bir hastalığın doğal seyri veya mevsimsel bir değişim gibi diğer spesifik olmayan etkilerin sonucu olabilecek plasebo grubunun gözlemlendiği etkidir. Gerçek plasebo etkisi ise diğer spesifik olmayan etkilere eşittir ve çalışmalar arasında oldukça değişkendir ve bazen algılanan etki gerçek etkiden çok daha küçük olabilir¹.

Plasebo etkisi, farmakodinamik etkisi veya tedaviye yönelik özgül bir özelliği olmayan fakat hastanın etkisine inandığı bir tedavi ile elde edilen sonuç için kullanılan bir kavramdır². Yirminci yüzyıldan bu yana, plasebo etkisi klinik çalışmalarda körleme için

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kullanılan kafa karıştırıcı bir faktör olarak bilinir. Fakat, bu çalışmaların hiçbiri, plasebo etkilerinin potansiyel klinik önemini tam olarak yansıtmamaktadır. “Plasebo etkisi” olarak bilinen bu bağlamsal terapötik etkiler, çeşitli psikolojik ve nörobiyolojik mekanizmalar aracılığıyla hastaların iyileşme durumu ve rahatlık düzeyini artırır. Plasebo etkileri klinik ortamın birçok yönüne etki eder. Bununla birlikte, hemşirelik literatüründe plasebo etkilerine çok az yer verilmiştir. Son araştırmalar, plasebo etkilerin teşvik edilmesinin bazı hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Hemşireler hastalarla uzun zaman geçirdiklerinden ve bire bir bakım ve girişimlerini üstlendiklerinden plasebo uygulamalar açısından ideal konumdadır. Semptom yönetimindeki plasebo etkilerinin gözden geçirilmesi ile hemşirelik müdahalelerinin% 90'ında gerçekleştiği sonucuna varılmıştır. Buradaki zorluk, plasebo etkilerinin ne sabit ne de kolayca ölçülebilmesidir. Örneğin hastayla terapik bir görüşmenin uzun sürmesi hastanın dikkatini dağıtabilecekken, kısa sürede uygulanan bir test hastanın dikkati konusunda daha az endişelenmemizi sağlar. Yani plasebo etki girişimin uygulanma şekli, süresi, hastanın durumu vs. gibi durumlardan etkilenir ve bunu ölçmek zordur³.

Palyatif bakım verirken hastalığın semptomlarını azaltmak ve refahı arttırmak için kullanılabilir. Plasebonun bu etkileri klasik koşullanma, beklenti ve ödül modeli gibi kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır⁴. Hastanın, hemşirenin ve hekimin tutumları, beklentileri, hastanın veya ortamın özellikleri gibi birçok faktörün plasebo etkisinden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu durum üzerinde öğrenilmiş durumlar ile klinik görünüm ve kişilerin biyolojik yapıları arasındaki ilişkinin etkili olduğu öne sürülmektedir. Yapılan nörogörüntüleme yöntemleri ile plasebonun beyin aktivasyonu, nörotransmitterler ve hormonlar üzerinde çeşitli değişiklikler oluşturduğu görülmüştür. Beyin görüntüleme yöntemleri ile plasebonun hastanın yaptığımız diğer müdahalelerin etkisini taklit ettiği bulunmuştur⁵.

Bakım sürecinde zamanının çoğunu hastalarla geçiren hemşireler plasebo etkileri kullanma açısından uygun pozisyonadırlar. Ağrı, bulantı ve stres gibi subjektif durumlar plasebo müdahalelerin kullanabileceği uygun durumlardır⁶. Bazen birey nesnel bir hastalık olmadan da bu semptomları yaşayabilir⁷. Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA; 2010) göre hemşirelik uygulaması “gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına” yönelik faaliyetler olarak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

tanımlanmaktadır. Bu nedenle hasta değerlendirilirken plasebo müdahaleler de göz önünde bulundurulmalıdır⁸.

Plasebo etkisi güçlü ve çok yönlü bir terapötik araçtır. Araştırmacılar bu gücü çeşitli çalışmalarda plasebo kullanımıyla ortaya çıkarmışlardır. Bir plasebo, hasta üzerinde kimyasal, elektriksel veya fiziksel bir etkisinin bulunmadığına inanılan etkisiz bir madde veya uygulamadır (örneğin, şeker hapı, salin enjeksiyonu) veya sahte fiziksel / elektriksel manipülasyondur. Ancak, plasebolara maruz kaldıktan sonra hastalarda güçlü kimyasal, elektromanyetik ve fiziksel dönüşümler meydana gelmiştir. Zaman zaman plasebolar, rahatsız edici semptomları hafifletmede (ör. Ağrı, depresyon, anksiyete) belirgin etkiler göstermiştir. Plasebolar, vücudun her bölümünü içeren çeşitli hastalıklarla ilişkili belirtileri azalttığı, iyileşme süresini kısalttığı ve ölüm oluşumunu azalttığı bulunmuştur. Araştırma çalışmalarının sonucunda plasebo kısmına maruz kalan gruplarda, bilinçli kontrole meydan okuyan nesnel ve ölçülebilir fizyolojik fonksiyonlarda (örneğin, hormon konsantrasyonları, immünolojik belirteçler, nörotransmitterler, kalbin elektriksel aktivitesi) değişim meydana gelmiştir. Yine çalışmalarda plaseboların çeşitli ilaçların hareketini taklit ettiği ve ölçülebilir ilaç benzeri özellikler sergilediği bildirilmiştir. Plasebo etkiler kullanılan tabletin rengi, uygulama yolu hatta büyüklüğüne göre değişebilir. Benzer şekilde uyguladığımız plasebo yöntemin çeşidi, süresi ve özellikleri de plasebo etkiyi arttırabilir veya azaltabilir. Plasebo ile düzelen hastalık çeşitliliği ile ilgili literatür taraması oldukça etkileyicidir. Plasebolar, mide ülserlerini, hipertansiyonu, yatakları ve herpes enfeksiyonlarını başarıyla tedavi etmişlerdir. Ek olarak, plaseboların, tedavisi olmayan kanserli bazı insanlar üzerinde de etkileri olmuştur. Ayrıca plasebolar anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve adet öncesi gerginliği gibi duygusal semptomları kontrol etmek için de kullanılmıştır. Klasik şeker hapları veya salin enjeksiyonlarının yanı sıra akupunktur gibi uygulamalarda plasebo etkinin kullanıldığı örnekler olarak düşünülebilir⁶⁻⁹.

Plaseboların önemli ve olumlu etkilerinin yanı sıra toksik etkilerinden de bahsedilmektedir. Özellikle plaseboya olumsuz yanıt verenlerde nosebo, plasebo etki sırasında görülen istenmeyen etkilerdir. Sağlıklı bireylerde 109 yapılan çiftkör bir ilaç deneyinde katılımcıların % 19'unda nosebo etki olduğu gözlenmiştir. Yan etkiler arasında ciddi ağrılar bulunmaktadır. Plaseboların etkinliğini kanıtlayan, giderek artan sayıda kanıt bulunmasına rağmen, kullanımları hakkında karmaşık etnik etyolojik konuların dikkatlice

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

değerlendirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda plasebo etkileri kullanırken etik durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı bilim adamları doktor/hemşire-hasta ilişkisine zarar verebileceği düşüncesi ile kullanımını uygun bulmamaktadır. Diğerleri ise yararlı etkilerinin kullanılması gerektiğini savunmaktadır⁹.

Oh 1994 yılında plaseboların en etkili oldukları kanıtlanan ağrı durumları, otonomik duyum bozuklukları ve nöro-humoral sebepli bozukluklarda verilen tedavinin hem yeterince etkinlik sağlayamamış hem de pahalı olması halinde kullanabileceğini söylemiştir¹⁰. Amerika’da 39 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin 32’ sinin plasebo kullandığı görülmüş ve hemşireler, plasebo etkinin hastaların ağrı düzeyini azaltmada etkisinin azımsanmayacak şekilde olduğunu belirtmişlerdir. Yine Frank, plasebo etkilerde iyileşmeyi sağlayan gücün “anlam dönüşümü” olduğu belirtmiştir. İsrail'deki hastane temelli bakım sağlayan 62 doktor ve 31 baş hemşirenin yakın tarihli bir araştırmasında, uygulamalarında % 60'ının plaseboyu hastaların çoğu zaman (% 43) 'gereksiz' ilacı talep etmekten vazgeçmeleri, %38’ inde sakinleştirici veya tanısıl bir araç (% 28) ve çok azında ise (% 15) aldatma olmadan plasebo amacıyla kullanılmıştır. Lehrman göre ise plasebo etki için bireysel olarak hoşnutluk veren, anlamlı bir uyarının önkoşul olduğu ve büyük ihtimalle bu anlamlı uyarın sayesinde kişinin bedenindeki haz sisteminin uyarılmasıdır¹¹. Göka 2002 yılında yazdığı plasebo Kavramı ve plasebo etkisi isimli derlemesinde tıpta ve psikiyatride plasebonun nasıl kullanıldığını açıklamıştır¹².

Hasta eğitimi ve terapötik dokunuş gibi geleneksel hemşirelik girişimleri, plasebo etkilerinin kullanıldığı fikrini vermektedir¹³. Catlin ve Taylor-Ford (2011) tarafından yapılan son araştırmalar, hemşirenin başucunda terapötik bir ajan olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Catlin ve Taylor-Ford’ un randomize kontrollü bir çalışmasında, araştırmacılar Reiki'yi (hafif dokunuşlu veya asılı el hareketlerini kullanan bir tür tamamlayıcı ve alternatif tıp) kemoterapi infüzyonu sırasında sahte (simülasyon) Reiki ile karşılaştırdılar. Çalışmada Reiki grubu, özellikle iyileştirme enerjisi iletmeye çalışan eğitilmiş bir terapist tarafından 20 dakikalık bir seansla reiki almıştır. Buna karşılık, sahte Reiki grubu, enerjisini sıradan düşüncelere odaklaması istenilen ve reiki eğitimi almamış bir hemşire tarafından gerçekleştirilen eşit zamanlı kol hareketleri seansına maruz kalmıştır. Çalışmanın sonucunda Reiki ve sahte Reiki gruplarının her ikisinde de kontrol grubuna göre konfor ve iyilik durumunda anlamlı artış görülürken, Reiki ve sahte Reiki grupları arasında anlamlı bir fark

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bulunamamıştır. Bu sonuç Reikinin değil plasebo etkinin hastaların konfor ve iyilik halinde artışa neden olduğunu düşündürmüştür¹⁴. Hrobjartsson ve Gotzsche' nin 2001 yılında yapmış oldukları bir meta-analiz çalışmasında plaseboların çoğunun objektif klinik sonuçlar üzerinde önemli bir etkisi olmadığını tespit etmesine rağmen, ağrıyı azalttığı bulunmuştur. Özellikle sahte akupunktur gibi uygulamaların basit oral plasebolardan daha güçlü gerçek plasebo etkileri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Plasebonun olası dezavantajları arasında var olan bir sağlıktan sapma durumunun tanı ve tedavisinde gecikmeye sebep olması, hatta bazen plasebo bağımlılığına sebep olması yer almaktadır. Plasebo kullanımı tamamen belgelendirilmelidir. Kanser gibi acil ve riskli hastalık yönetiminde medikal tedavi plaseboları kullanılmamalıdır. Bilgilendirilmiş onam elbette son derece önemlidir¹⁵.

Hemşireler, plasebo etkisinin geleneksel tanımının ötesine bakmalıdır. Hastanın iyilik halini arttıracak medikal tedavi olmadan olumlu sonuçlar sağlayabilecek bir yöntem olan plasebo konusunda hemşireler de farkındalıklarını arttırmalıdır. Bütüncül bakımın sağlanması, medikal tedavinin azaltılması, hastaların refah ve konfor düzeyinin artırılması için plasebo uygulamaları göz ardı edilmemelidir. Gelecekteki hemşirelik çalışmaları normal bakımı tanımlamalı, hastaların bu tür bir hizmete bağlılıklarını veya kullanımını değerlendirmeli, yeni test edilen yöntemi ve plasebo etkilerini değerlendirmelidir. Ayrıca plasebo etkiler kullanılırken etik ilkeler göz ardı edilmemelidir. Müdahalenin etik, pratik ve güvenli olduğu düşünüldüğünde aktif ve inaktif etkilerinin tespit edilmesi açısından plasebo kullanımı önemlidir. Akupunktur, fizyoterapi ve psikoterapi gibi, hemşirelikte kullanılan müdahaleler karmaşık uygulamalardır. Tedaviyi belirleyen, konuşmayı ve dinlemeyi, hastanın / ailenin eğitimini ve kendi kendine yardımını teşvik etme açısından hemşirenin değerlendirmesi bu uygulamaların ayrılmaz bir parçasıdır. Çalışma tasarılarında olağan bakım kontrol olarak kullanılmalı, kesin yapısı belirtilmeli ve hasta uyumu ve sonuçları açısından test edilen müdahale göz önünde bulundurulmalıdır. Plasebo kompleks yapısını daha iyi anlama ve hemşirelik bilimini ilerletmek için plaseboyu etkin bir şekilde kullanma yolunda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Deslandes, A. The placebo effect. Australian Ageing Agenda 2017, 1; 54-5.
2. A Geers, F Miller. Understanding and translating the knowledge about placebo effects: The contribution of psychology Current Opinion in Psychiatry, 2014, 27; 326-31.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

3. Neukirch N, Colagiuri B. The placebo effect, sleep difficulty, and side effects: a balanced placebo model. *Journal of behavioral medicine* 2015, 38; 273-83.
4. Göker C, Yılmaz A, Kumbasar H. Plasebo Etkili Midir? Etik Midir? *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2009, 19; 183-92.
5. Erdem M, Akarsu S, Gülsün M. Plasebo Etkinin nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5; 299-312.
6. Miller LR, Miller FG. Understanding placebo effects: Implications for nursing practice. *Nursing Outlook* 2015, 63; 601-6.
7. Héron A, Tacheau M, Crépin E. Placebo and professional practices in nursing care in hospital. *Revue de l'infirmiere* 2019, 68; 42-3.
8. American Nurses Association (ANA) Nursing's social policy statement: The essence of the profession *Nursesbooks.org*, Silver Spring, MD (2010).
9. Erdoğan, ÖN. Sağlık hizmetlerinin konusu:" plasebo ve plasebo etkiler. *J. Fac. Pharm* 2002, 31; 273-84.
10. Oh WMS. The placebo effect: Can we use it better? *Br Med J* 1994, 69-70.
11. Frank J. The placebo is psychotherapy. *Behavioural and Brain Sciences* 1983, 6; 291 - 92.
12. Göka, E. Plasebo Kavramı ve Plasebo Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13; 58-64.
13. Meissner K, Fässler M, Rücker G, Kleijnen J, Hróbjartsson A, Schneider A, ...&Linde, K. Differential effectiveness of placebo treatments: a systematic review of migraine prophylaxis. *JAMA internal medicine* 2013, 173; 1941-51.
14. Catlin A, Taylor-Ford RL. Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. *In Oncology nursing forum* 2011, 38; 3.
15. Hróbjartsson A, Gotzsche PC. Is the placebo powerless? Ananalysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New England Journal of Medicine* 2001, 344, 1594-1602.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-78 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

RELATIONSHIP BETWEEN PRESSURE SORES AND MORTALITY IN PATIENTS HOSPITALIZED IN PALLIATIVE CARE UNIT

Uzm. Dr. Funda DATLI YAKARYILMAZ

Özet

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olanlarda semptomların erken tanınması ve değerlendirilmesi sonrasında acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesini artırmanın hedeflendiği multidisipliner bir yaklaşıma sahip olan palyatif bakım üniteleri yaygınlaşmaktadır. Bası yaraları; kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen, basıncın tek başına ya da sürtünme, yırtılma eşliğinde deri ve deri altı doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Geriatrik popülasyonda bası yaraları; yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye neden olabilen ancak gerekli ve uygun tedbirler alındığı takdirde önlenemeyen sendromlardan birisidir. Palyatif bakımın en öncül hedeflerinden biri; hastanede yatış süresini, morbidite ve mortalite oranlarını arttırarak yaşam kalitesini düşüren bası ülserlerinin önlenmesidir.

426

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, bası yarası, mortalite

Abstract

Palliative care units with a multidisciplinary approach aiming to prevent pain and improve quality of life are becoming widespread in patients with a life-threatening disease after early recognition and evaluation of symptoms. Pressure ulcers; It is defined as skin and subcutaneous tissue damage observed on bone protrusions alone or with friction, tearing. Pressure sores in the geriatric population; It is one of the syndromes that can cause high morbidity and mortality but can be prevented if necessary and appropriate precautions are taken. One of the most primary goals of palliative care is; prevention of pressure ulcers decreasing the quality of life by increasing the length of hospital stay, morbidity and mortality rates.

Key Word: Palliative Care, Pressure wounds, Mortality

GİRİŞ

Palyatif bakım kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk olarak 1989 yılında tanımlanmış ve ardından 2002 yılında “Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım” olarak yeniden düzenlenmiştir (1). Bu tanım doğrultusunda ülkemizde de yaygınlaşmaya başlayan palyatif bakım merkezlerinde onkolojik hastaların yanı sıra kardiyovasküler hastalıklar, Alzheimer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok kronik hastalıkları bulunan hastaların palyatif bakım hizmetinden faydalandığı görülmektedir (2). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar nedeniyle palyatif bakım ihtiyacı da kaçınılmaz olarak artmaktadır.

Geriatrik popülasyonda bası yaraları; önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, gerekli ve uygun tedbirler alındığı takdirde önlenabilir sendromlardan birisidir. Geriatrik hasta popülasyonu komorbid hastalıklar nedeniyle bası yaraları sık görülür. Ayrıca palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalarda yatış süresini uzatan, mortalite ve morbidite artışı nedenleri arasında yer almaktadır.

AMAÇ

Bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalardaki bası yaralarının yatış süresi ve taburculuk durumu üzerine olan etkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif bakım ünitesinde Ekim 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında yatan 121 hasta çalışmaya dahil edildi. Bası yarası sınıflandırmasında Amerika’daki Ulusal Bası Yarası Danışma Heyetinin (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP) (3) sınıflaması kullanıldı. Hastaların laboratuvar verileri, yatış süreleri ve taburculuk durumları hastane kayıtlarından elde edildi. Tüm hastalara ayrıntılı geriatrik testler uygulandı.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

BULGULAR

Palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hastanın 15 (%12,4)'i erkek, 19(% 15,7)'u kadın toplam 34(%28,1)'ünde bası yara mevcuttu ve bası yarası olanların yaş ortalaması 71,8± 4,5'di. Bası yarası olan hastaların mortalite oranları olmayanlara göre yüksek saptandı (Tablo 1).

Bası yaralarının, laboratuvar verileri ve geriatrik testler ile ilişkisi Tablo 2'de belirtilmiştir. Bası yarası olan hastaların yatış süresi 48,46± 30,86 gün iken bası yarası olmayanların yatış süresi 16,22± 19,45 gün idi. Bası yarası olan hastaların yatış süresi olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı olarak uzun saptandı (p=0.000). Ayrıca bası yarası olan hastaların yatış albumini ve hemoglobin düzeyleri bası yarası olmayanlara göre daha düşüktü (p=0.000 ve p=0.706, sırasıyla). Yatış CRP düzeyleri değerlendirildiğinde bası yarası mevcut olanlarda anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0.000).

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede; bası yarası olan grupta günlük temel yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük temel yaşam aktiviteleri ve mini mental test skorları daha düşük saptanırken yesevage depresyon sklası daha yüksek saptandı (p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.217, sırasıyla)

Tablo 1. Bası yarası olan hastaların taburculuk durumu

		Taburculuk Durumu			
		Ev	Yoğun Bakım Ünitesi	Eksitus	Total
Bası Yarası	Var	7 (% 53,8)	0 (% 0)	6 (% 46,2)	13 (% 100)
	Yok	88 (% 81,5)	5 (% 4,6)	15 (% 13,9)	108 (% 100)
	Total	95 (% 78,5)	5 (% 4,1)	21 (% 17,4)	121 (%100)

Tablo 2. Bası yaralarının yatış süreleri, laboratuvar verileri ve geriatrik testler ile ilişkisi

	Bası yarası			p
	var	yok		
Yatış süresi	48,46± 30,86	16,22± 19,45		0,000*
Yatış albumin düzeyi	2,58± 0,54	3,27± 0,59		0,000*
Yatış hemoglobin düzeyi	11,53± 1,40	12,44± 8,57		0,706
Yatış CRP düzeyi	98,71± 77,18	55,72± 60,43		0,021*
Yatış WBC düzeyi	9,21± 4,18	9,33± 4,07		0,922
Ağrı	3,38± 3,50	4,35± 3,44		0,346
Polifarmasi	4,92± 2,66	4,19± 2,87		0,381
Günlük temel yaşam aktiviteleri	2,46± 2,98	7,90± 4,26		0,000*
Enstrümental günlük temel yaşam aktiviteleri	0,62± 0,96	2,99± 2,21		0,000*
Mini mental test	17,46± 6,24	24,60± 4,48		0,000*
Yesevage depresyon sklası	5,00± 3,02	3,76± 3,41		0,217

TARTIŞMA

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım ünitelerinde yatmakta olan geriatrik yaş grubunda epidermal incelme, dermal kan damarlarında azalma nedeniyle bası yaralarına sık rastlanmaktadır (4). Çalışmamızda da palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların %10.74'ünde bası yarası mevcuttu. Bası ülseri oluşmasını kolaylaştıran etkenlerle ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur; yaş, düşük Norton skoru, hastanede kalış süresi, hipotansiyon, malnutrisyon ve hipoalbuminemi anlamlı görülmüştür (5). Bizim çalışmamızda da yatış hemoglobini ve albumin düzeyinin bası yarası gelişimi ile anlamlı ilişkisi gösterilmiştir.

Basınca bağlı bası yarası gelişmiş olan hastaların, bu problemi olmayan hastalara kıyasla mortalite oranları yaklaşık iki ila üç kat daha yüksektir (6). Genel olarak bakım ünitelerinde bası ülseri prevalansı ve sıklığı sırasıyla % 12,4 ve % 11,7 olarak bulunmuştur (7). Benzer olarak çalışmamızda mortalite oranını %13.9 olarak saptadık. Ancak ex olan hastaların %28.54'ünde bası yarası mevcuttu.

SONUÇ

İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıklara ve fonksiyonel yetersizliğe daha sık rastlanmaktadır. Özellikle palyatif bakımın ünitelerinde fonksiyonel yetersizliği ön planda olan yaşlı hastalarda, bası yaraları sık karşılaşılan problemler arasında yer alır ayrıca mortalite ve morbidite üzerine de etkilidir. Yapmış olduğumuz çalışmayla; bası yarası olan hastaların yatış sürelerinin daha uzun ve mortalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermekteyiz. Palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların yaşam kalitelerinin artırılabilmesi, morbidite, mortalite ve yatış süresinin azaltılabilmesi için bası yaralarının gelişimini önleyici tedbirlerle oluşmasına engel olmanın en iyi tedavi protokolü olduğu görüşünderiz.

KAYNAKLAR

1. Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/palyatif-bakim/70-palyatif-bakim-nedir.html>. Erişim tarihi: 25.03.2016.
2. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin güncel durum. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan JE, Langemo D, Dealey C (eds). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington, DC; NPUAP; 2009.
4. Arman D, Baskın S. Bası Yaraları. Bilimsel Tıp Yayınevi 2007; 25-30.
5. Kucukardali H, Top C, Onem Y, Celik S, Oktenli C. Risk assessment study of the pressure ulcers in intensive care unit patients. Eur J Intern Med 2009; 20: 394-397
6. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, et al. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997; 52:M106.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7. Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: A systematic review. *Palliat Med.* 2019 Jul;33(7):770-782. doi:10.1177/0269216319846023. Epub 2019 Apr 24.

S-79 KANSER HASTALARINDA EVDE BAKIM**HOME CARE İN CANCER PATIENTS****Berna Bayır**

1KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Konya /Türkiye

Özet

Kanser dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen bir sağlık problemidir. Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7-8. sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Kanser dünyada her yıl %2 oranında artmakta ve her yıl ortalama 5 milyon insan bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Bu artış gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde çok daha hızlıdır. Günümüzde kanser ve ölümcül diğer hastalıklarda tedavi olanaklarının artması ile ölüm oranları giderek azalmakta ve terminal dönem uzamaktadır. Terminal dönemin uzaması evde bakımı gündeme getirmiştir. Evde bakım hizmeti, sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altındaki hastalara ve ailelere, yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Tıbbi tanı hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım almaya neden olan çeşitli faktörlerden sadece birisidir. İlk teşhis konulup kür tedavisi planlanan hastaların büyük bir kısmı için evde kür tedavisi yapılabilir. Kanserli hastaların evde bakımı, hastane bakımına göre daha bağımsız bir uygulamadır. Hasta genel olarak evinde rahattır, evde bakım ile birçok risk azaldığından hastaneye geri dönüşler azalır; hasta ve ailelerin yaşam kalitelerinde artma görülür ve hastaların tedavilerine aktif katılımlarının sağlanması ile tedavi planlarının kontrol altına alınarak hastanın özerkliği korunmuş olur.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Hemşire, Kanser**Abstract**

Cancer is a leading health problem in almost every country in terms of morbidity and mortality rates. At the beginning of the century, the number of diseases that causing death was 7-8. Today it ranks second after cardiovascular diseases in many countries. Cancer increases by 2% every year in the world, and an average of 5 million people die every year because of this. This increase is much faster in developing or underdeveloped countries. Nowadays, with the increase in treatment opportunities in cancer and other fatal diseases, mortality rates are gradually decreasing and the terminal period is prolonged. The prolongation of the terminal period brought home care into the agenda. Home care is a part of health care and the

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

provision of the necessary health care to patients and families under medical control in the environment in which they live. Medical diagnosis is just one of several factors that cause home care after discharge from hospital. For the majority of patients who are initially diagnosed and cured, cure treatment can be performed at home. For the majority of patients who are initially diagnosed and cured, cure treatment can be performed at home. Home care for cancer patients is more independent than hospital care. The patient is generally comfortable at home, with many risks of home care reducing the return to the hospital; The patient is generally comfortable at home, when patients receive home care, many risks are reduced, and returns to hospital are reduced; quality of life increases for the patient and their families. and ensuring the active participation of patients in their treatment and by controlling the treatment plans, the patient's autonomy is maintained.

Keywords: Home Care, Nurse, Cancer

GİRİŞ

Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir. Toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke neden olurken, bireylerde maddi / manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Türk Dil Kurumunda yer alan tanıma göre kanser; kendiliğinden, düzensiz olarak bölünüp çoğalarak buldukları bölge dışına yayılabilen ve doğal gelişimi ölüme yol açan, genellikle kötücül ur biçiminde olan, bütün doku ve göze bozukluklarını kapsayan ortak ad diye ifade edilmektedir (1).

Bir hastalığın önemli sayılabilmesi, hastalığın görülme sıklığı ile ilgilidir. Toplumda sık görülen, ölüme ve iş kaybına neden olan hastalıklar o toplum için önemli bir sağlık sorunudur. Yeni yayımlanan dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır. Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası teşhis edilmiş ve 8,2 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Önümüzdeki yıllarda gelişecek olan olguların önemli bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması beklenmektedir (2). Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemi olarak kabul edilir (3). Bu nedenle büyük mücadele gerektiren hastalık sınıfındandır. Kanser ile mücadele kanser kaydından başlayıp, tedavi ve palyatif bakıma kadar uzanan geniş bir yelpazeden oluşan oldukça komplike bir süreçtir ve bu sürecin başarılı yönetiminde etkin bir “Kontrol Programı”nın bulunması ilk önemli adımı oluşturmaktadır. Çağımızın hastalığı olarak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

nitelendirilen ve global bir sorun olan kanser ile mücadelede, Birleşmiş Milletler 2011 yılında tüm dünya ülkelerine kendi ulusal kanser kontrol programlarını hazırlamaları ve uygulamaya geçmeleri hususunda çağrıda bulunmuştur (4).

Tedavisi uzun süren, yaşam kalitesini azaltan bu hastalıkta, hastaların birçok yönden desteğe gereksinimini olduğu belirlenmiştir (5,6). Tanı ve tedavisindeki gelişmelerle birlikte hastalarda terminal dönemin uzaması, evde verilecek sağlık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Evde sağlık hizmetleri, profesyonel bir sağlık ekibi tarafından yatağa bağımlı hastalara, terminal dönem kanser hastalarına ve çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşlarına ulaşmada güçlükler yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesidir. Özellikle terminal dönemde olan kanser hastaları, bu hizmeti alabilecek nitelikte olan hasta grubundandır. (7).

Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde 2005 yılından itibaren evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmış, 01.02.2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlanmış ve kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince evde sağlık hizmetleri vermeye başlanmıştır. Yönergeye göre; aile hekimlerine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verilen hastanın tıbbi durumu değerlendirilerek hizmetin seviyesi belirlenmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili görev tanımı, yetkileri ve sorumlulukları ile hukuki boyutu hala netlik kazanmadığından bu hizmet için henüz bir standart oluşmamıştır (8). Bu yönergeye göre;

Evde sağlık hizmetleri biriminde asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru, bir şoför ve bir tıbbi sekreter (ya da uygun nitelikte bir personel) görevlendirilmek zorunludur. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir (madde 10) (8).

Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, uzun süre kullanılması gereken, sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler, hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsamaktadır (madde 14) (8).

Genel olarak bakıldığında yönerge, sadece evde tıbbi bakıma yönelik düzenlemeleri içermekte olup, sosyal bakım ile ilgili herhangi bir düzenleme içermemektedir.

Evde Bakım Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri

Halk sağlığı hemşireleri, toplumdaki tüm birey ve ailelere ev ziyaretleri, sağlık eğitimleri yaparak sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini amaçlamaktadır (9,10). Bu amaç doğrultusunda evde bakım hemşireliği, yıllardır halk sağlığı hemşireliğinin bir alt bileşeni olarak kabul edilmekte ve günümüzde de bu şekilde kabul görmeye devam etmektedir. Ancak halk sağlığı ve evde bakım hemşireliğinin ortak yönleri olmasına rağmen, her ikisi de kendi içinde birer uzmanlık alanıdır (9). Halk sağlığı hemşireliği toplumdaki tüm bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine odaklanırken, evde bakım hemşireliği, hasta bireyin bakımı ve sağlığına yeniden kavuşturulması üzerine odaklanır (11). Dolayısıyla evde bakım hemşiresi ne tam anlamıyla bir halk sağlığı hemşiresi ne de bir klinik hemşiredir (12). Evde bakım hemşiresi halk sağlığı ve klinik alanların ortak bir sentezini oluşturmaktadır. Evde bakım hizmeti alan bireylere, hastane ortamında aldıkları hizmet sunumundan farklı bir yaklaşımla, güvenli, etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için evde bakım hemşirelerinin yetkinlikleri ve eğitim standartlarının açıkça belirlenmesi önem kazanmıştır (13).

Kanser Hastalarında Evde Bakım Gereksinimleri

Terminal dönem kanser hastaları için palyatif bakımda amaç hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan yaşam kalitesini artırmak ve hastalığı ile ilişkili semptomları kontrol altına almaktır (14). Bakımın sürekliliği için herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan bireye, taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri sağlanabilmektedir (15). Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri, hastalara ev ortamında ihtiyaç duydukları her türlü sağlık hizmetini vermeyi amaçlar. İyi bir evde sağlık hizmetleri ile bu hastalarda kemoterapinin olumsuz etkilerini kontrol etmek, hasta ve yakınlarına psikolojik destek sağlamak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak mümkündür (14). Evde bakım hizmeti sunan hemşire, hastanın klinikteki veya hastaneye yattıktan sonraki

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

durumu ve yatış süresi dönemi kapsayan bilgileri toplamalı, bilgi akışı sağlayan bir kayıt sistemi oluşturmalı, hasta ve ailesini tanıma girişimleri başlatmalıdır. Evde bakım sürecinde hemşirenin yürüteceği fonksiyonların bir bakım modeline, bakım planı ve hemşirelik sürecine göre düzenlenmesi gerekir (16). Kanser hastalarına evde sağlık hizmetleri veren sağlık ekibi bu süreçte hastalık ve ilişkili semptomları nasıl yöneteceğini bilmelidir (14,17).

Kanser Hastalarında Semptom Yönetimi

Evde bakım hizmeti alan kanser hastalarını takip eden, evde sağlık hizmetleri ekibi ve hemşire kanserli hastalarda hem hastalık hem de tedaviden kaynaklanan bulantı-kusma, ağrı, yorgunluk, beslenme ve boşaltım problemleri, kaşeksi, depresyon ve anksiyete gibi emosyonel bozukluklar ile karşılaşabilirler (14,17).

Bulantı-Kusma

Yaşam sonu dönemde sıklıkla karşılaşılan problemlerden olan bulantı ve kusma; fizyolojik ve beraberinde psikolojik sıkıntılara neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Bulantı, kusma hastaların yeterli besin alımını kısıtlayarak kaşeksi gelişimine, sıvı ve elektrolit bozukluklarına, oral mukozada tahribata yol açmaktadır. Kemoterapiden önce ve sonra antiemetikler sorunla baş etmeyi büyük oranda sağlayabilirler (18). Ancak bu yöntem tek başına yeterli olmamaktadır. Bunun yanı sıra evde bakım ekibi; hastanın günlük vücut ağırlığı, oral alımı, son 24 saatte tüketilen besin miktarı, bulantı/kusma varlığı, çiğneme ve yutma fonksiyonları gibi durumları değerlendirerek hastada tespit edilen problemlere yönelik bakım planı ve beslenme programı oluşturmalıdır. (19,20).

Ağrı

Ağrı, hasta ve yakınlarını zorlayan en önemli semptomlardan biridir. Kanser hastalarının orta veya kuvvetli düzeyde ağrı yaşadıkları bilinmektedir (21). Ağrı genellikle kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri veya cerrahi işlemlerden kaynaklı olabilir. İyi bir ağrı yönetiminin temel ilkesi doktor, hemşire ve hastanın doğru iletişimidir (22). Multidisipliner yaklaşımla hizmet veren evde bakım ekibinin kendi içerisinde iyi iletişim halinde olmaları büyük önem taşır.

Yorgunluk

Kanser hastalığında yorgunluğu kanserin evresi, ileri yaş, yaşam stresörleri, uykusuzluk, yatak istirahati, depresyon, ağrı, sıvı ve besin yetersizlikleri, kas zayıflığı, kronik hastalığın psikolojik etkileri ve kronik hastalığın varlığı etkilemektedir (23). Evde bakım ekibi yorgunluğa neden olan etkenleri belirleyip, fiziksel tanılama yaparak hastaların yorgunluğunu değerlendirmelidir. Hastaların yorgunluğunu belirlerken her hastaya bireysel belirtilere yönelik yöntemler belirlemeli, belirlenen yöntemleri uygulamalı, hasta ve yakınlarına bu konuda eğitim vermelidir (24).

Konstipasyon ve Diyare

Kanser hastalığı, tedavi yöntemleri, yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle bu hastalarda konstipasyon veya diyare sıklıkla karşılaşılan sorunlar arasındadır. Evde bakım ekibi düzenli defekasyon kaydı alarak, belirlenen semptomaya yönelik beslenme programı oluşturmalı ve aileye belirlenen soruna göre eğitimler vermelidir (29).

Kaşeksi ve Beslenme Problemleri

Kanser hastalarında genellikle bulantı-kusma, ağrı, ağız tadının ve koku alma duyusunun bozulması gibi nedenlerden ötürü beslenme yetersizliği görülmektedir (30). Bu hastalarda beslenme solüsyonlarının kullanımı ile yiyeceklerle alımı yetersiz kalan maddeler enteral yolla verilerek dengeli beslenme sağlanabilir. Enteral yolla besin takviyesine ihtiyaç duyan hastalar, bu konuda evde sağlık ekibinden yardım alabilirler. Kaşeksi gelişen kanser hastalarında protein içerikli çeşitli besin takviyelerinin kullanımının iştah, kalori alımı, kendini iyi hissetme ve kilo alımı üzerine olumlu etkisi olmakla birlikte; kas kütlesi artışına veya performans gelişimine etkisi olmadığı bilinmektedir (17). Evde Bakım hizmetleri, ekip içerisinde yer alan diyetisyenler ile iş birliği yaparak, bu hastalar için kalori ve protein oranı yüksek besinlerden oluşan bir beslenme programı planlayabilmektedir (14).

Emosyonel Bozukluklar

Kanser tanısı almış popülasyonun bütüncül bakımında psikososyal bakım oldukça önemlidir. Bu bakım şekli hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek emosyonel sıkıntıları azaltır. Bu süreçte hasta ve ailesiyle psikososyal sıkıntılarına yönelik görüşmeler planlanmalıdır (25). Bu görüşmelerin hastaların yaşadığı yerde yapılıyor olması olumlu yönde etki sağlar. Dr. Leighton'un, Navaro Kızıldirilileri üzerine yapmış olduğu çalışmadan alınan şu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

metin insanların hastanelere olan duygularını oldukça açık ifade etmektedir. “Saatle yatağa gitmeye ve yaşamaya, etrafta dolaşmadan bir odada çakılıp kalmaya alışık değilim” (26). Hastanede yatan hastanın özgürlüğü hastalığın doğası dışında hastanenin yapısı nedeniyle de kısıtlanır ve kullanılan araç ise yasaktır. Yasaklamaların bazıları hastanın kendi iyiliği için olmakla birlikte, bazıları diğer hastaların özgürlüğünü korumak, tedavi ekibinin rahat hareket etmesini sağlamak ve hastanenin düzenli işlemlerini gerçekleştirmek içindir (27). Evde bakım hizmetleri hastalar için elde edebilecekleri özgürlüğün en yüksek düzeyine izin vermektedir (28). Evde sağlık hizmetleri bakım verdikleri kanser hastalarını emosyonel bozukluklar açısından yakın takibe almalı ve gerektiğinde psikiyatrik konsültasyon yapmalıdır (14).

Bakım Vericilere Sosyal ve Psikolojik Destek

Bireyin hastalığı, tüm aile üyelerini ayrı ayrı etkilemektedir. Aileler hastanın prognozuna bağlı olarak hastanın şimdiki ve gelecekteki sağlık durumu hakkında belirsizlik yaşarlar. Hastada oluşan fiziksel kısıtlılıklar ve yorgunluk nedeniyle aile üyeleri arasında roller değişebilir (29). Sağlık ekibi tarafından ailenin her bir üyesinin kendi kararlarını almasının önemi belirtilmeli ve bu konuda güven verilmelidir. Hasta ve aile, profesyonel bireyler tarafından yönlendirildiklerinin farkına varmalıdır (31).

437

Avrupa ve ABD’ de çeşitli evde bakım hizmeti örgütlenmelerinden biri de “hastane temelli evde bakım hizmetleridir”. Hastane temeline dayanan evde bakım; kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılmakta olan bir bakım türü olmuştur (32). Sağlık teknolojisi geliştikçe ve beklentiler değiştikçe evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve ulaşılabilirliği de genişlemektedir (33).

SONUÇ

Kanser hastalarında evde bakım ekibinin ve hemşiresinin ev ortamında sunduğu hizmetlerin hastalığa değil hastaya özel bakım imkanının olması, hastaların özgürlüğünü kısıtlamadan bakımının sürekliliğinin sağlanması gibi birçok olumlu etkisi olduğu görülmektedir. Kanser hastalığının giderek artış gösteren kronik bir hastalık olması evde bakım hizmetleri ekibine olan ihtiyacı da beraberinde arttırmaktadır. Bu nedenle evde bakım ekibinde yer alan hemşirelerin kanser hastalarının yaşam kalitesini arttırmada önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelerin bu alanda kendilerini sorumlu hissetmeleri, alana yönelik gelişim

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sağlamaları ve evde bakım hizmetleri olanaklarının ülke çapında değerlendirip, geliştirilmesine yönelik politikalar sunmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu. <https://tdk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 01.09.2019
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Erişim Adresi: <http://globocan.iarc.fr>, Erişim Tarihi: 01.09.2019
3. TÜİK. “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014”. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi: 25.08.2019.
4. Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, Wang SA, Parkin DM. Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings IARC Technical Publication. Erişim Adresi: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/treport-pub/treport-pub43/IARC_Technical_Report_No43_1.pdf Erişim Tarihi: 25.08.2019.
5. Bostancı N, Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1): 73-8.
6. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Support Care Cancer 2009; 17:1112–7
7. Eng M. The hospice interdisciplinary team: A synergistic approach to the care of dying patients and their families. Holistic Nurs Practice 1993; 7: 49-56.
8. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı. Erişim Tarihi: 06.09.2019.
9. Friedman, Y. Mapping the literature of home health nursing. J Med Lib Assoc. 2006; 94(2): 49-55.
10. Lundy KS, Utterback KB, Lance DK, Bloxsom IP. Home health and hospice nursing. Lundy, K. S., Janes, S. (Eds.). Community Health Nursing Caring for the Public's Health. 2. basım, Jones and Barletts Publishers, United States, 2009; 970-7.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

11. Rice, R. The Rol of The Home Care Nurse Orientation Strategies, Home Care Nursing Practice Concepts and Application. 4. basım, Mosby, United States, 2006.
12. Duke M, Street A. Hospital in the home: Constructions of the nursing role a literature rewiev. Journal of Clinical Nursing, 2003; 12(6): 852-9.
13. Sezer A, Demirbaş H, Kadioğlu H. Evde Bakım Hemşireliği: Mesleki Yetkinlikler ve Eğitim Standartları, F.N. Hem. Derg 2015; 23(2): 160-5.
14. Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 2: 87-9.
15. Manious AG et al. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? Am J Public Health 1998; 88: 10-5.
16. Sayan A. Günümüzde evde bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik YO Derg 2004; 7: 91-6.
17. Smith GF, Toonen TR. Primary Care of the Patient with Cancer. Am Fam Physician 2007; 15:1207-14.
18. Bassam ARH, Zuraidah BMY. Negative Impact of Chemotherapy on Breast Cancer Patients QOL- Utility of Antiemetic Treatment Guidelines and the Role of Race Asian. Pacific J Cancer Prev 2010; 11:1523-7.
19. Uğur Ö, Elçigil A, Arslan D, Sönmez A. Kanser hastasına bakım verenlerin, hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları zorluk ve nedenlerinin incelenmesi. 20. Ulusal Kanser Kongresi Özet Kitapçığı 2013; Sözel Bildiri.
20. Lynne Eldridge MD, Coping With Cancer Fatigue, Updated September 5, 2019.
21. Homsı J, Walsh D, Rivera N, Rybicki LA, Nelson KA, Legrand SB, et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. Support Care Cancer 2006; 14(5): 444-53.
22. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2012; 23(7):139-54.
23. Can G. (ed). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.
24. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Cancer-Related Fatigue. The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011. www.bccancer.bc.ca/legal.htm

25. van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology* 2011; 20(6): 655-63.
26. Türkdoğan O. *Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi*, İstanbul: Milli Eğitim Yayınevi, 1991
27. Şahin D. "Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi", *Sağlık Psikolojisi*, Ed.: Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği, Ankara 1999:38-78.
28. Spratt SJ, Hawley LR, Kolf J. "Home Health Care:A Physician's Perspective", *Home Health Care*, Ed.: Spratt, SJ, Hawley LR, Hoye ER, Florida: GR/St. Luice Press, 1997: 1-16.
29. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ. *Evde Sağlık ve Bakım*, Göktuğ yayıncılık, Ankara, 2013, 143-57.
30. Brown JK, Byers T, Doyle C, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53: 268-91.
31. Fadiloğlu Ç. *Kanser Hastalarında Evde Bakım*. İçinde M, Uyar R, Uslu YK, Yıldırım (Ed), *Kanser ve Palyatif Bakım*. İzmir Meta Basım, 2006, 371-402.
32. Smith EM, Baker RC, Branch GL, et al. "Case-mix groups for VA Hospitalbased home care", *Medical Care*, 1992; 30(1): 1-16.
33. Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, *Elektronik Sanayi Almanacağı 2001*, Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, Yayın No:22, İstanbul. Ağustos, 2001.

S-82 PALYATİF BAKIM ORTAMLARINDA DELİRYUMLU HASTAYA YAKLAŞIM

APPROACH TO DELİRİUM PATİENT İN PALLIATIVE CARE SETTINGS

Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzincan/Türkiye

Özet

Palyatif bakım ortamlarında sık karşılaşılan deliryum, herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi ve bozulması ile ortaya çıkan, bilincin, dikkatin ve diğer bilişsel yetilerin, davranışın ağır derecede bozulduğu bir sendromdur. Deliryumda erken tanı çok önemlidir ve acilen müdahale edilmelidir. Hastalarda bilinç sislenmesi ve ağır algı bozukluğu, bunaltı, panik ve tedirginlik ile birlikte, yönelim, dikkat, soyut düşünme ve yargılama bozulur. Spesifik tedavi danışanın klinik durumu ve deliryumun altında yatan nedenin değerlendirilmesi ile yapılır. Hemşireler deliryumun belirlenmesi ve yönetiminde önemli konumdadırlar. Hemşireler deliryum yönetiminde bilişsel girişimlerde bulunarak, çevresel düzenlemeler, fizyolojik destek ve erken mobilizasyonu sağlayarak farmakolojik olmayan girişimlerle hasta sonuçlarını önemli düzeyde etkileyebilmektedirler. Bu yazı ile hemşirelerin deliryum hakkındaki farkındalığını ve hizmetlerin etkinliğini artırmaya katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

441

Anahtar Kelimeler: Deliryum, deliryum yönetimi, palyatif bakım, hemşirelik

Abstract

Delirium is a syndrome in which the whole brain is affected and disrupted in a short period of time for any reason, and consciousness, attention and other cognitive abilities are severely impaired in palliative care settings. Early diagnosis of delirium is very important and should be urgently intervened. In patients, clouding of consciousness and severe impairment of perception, anxiety, panic and uneasiness, orientation, attention, abstract thinking and judgment are disrupted. Specific treatment is based on assessment of the patient's clinical condition and the underlying cause of delirium. Nurses play an important role in the identification and management of delirium. Nurses can significantly influence patient outcomes through non-pharmacological interventions by providing cognitive interventions in delirium management, environmental regulation, physiological support and early

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

mobilization. With this article, it is thought that increasing nurses' awareness about delirium and the effectiveness of the services can be contributed.

Key Word: Delirium, delirium management, palliative care, nursing

GİRİŞ

Deliryum, palyatif bakım ortamlarında sık karşılaşılan ciddi ve sıkıntı verici nöropsikiyatrik bir sendromdur. Palyatif bakıma kabul edilen hastaların %13-%62'sini (Finucane ve ark. 2017; Grassi ve ark. 2015) ve yaşamın sonuna kadar da hastaların %88'ini etkiler (Finucane ve ark. 2017). Deliryum “akut beyin yetmezliği”, “akut psiko-organik sendrom” terimleri ile eşanlamlıdır. Deliryum herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi ve bozulması ile ortaya çıkan, bilincin, dikkatin ve diğer bilişsel yetilerin, davranışın ağır derecede bozulduğu bir sendromdur. Genellikle birkaç saatten en çok birkaç haftaya kadar sürer ve gün içinde bilinçte açılmalar, kapanmalar olağandır. Başlı başına bir hastalık olmayıp, farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan akut beyin yetmezliği durumudur (Öztürk ve Uluşahin 2016). Deliryum gelişimi hastayı sıklıkla bağımsızlığının kaybına yol açan mortalite ve morbiditenin arttığı, sağlık ve sosyal sisteme maliyet arttıran bir dizi olaylar zincirinin başlangıç noktasını oluşturur. Altmış beş yaş üzeri hastaların yaklaşık %20'sinin deliryum öncesi duruma geri dönüşümü yoktur. Bu hastalar genellikle hastaneden taburcu edilerek bakım evlerinde, rehabilitasyon merkezlerinde ya da hastanın kendi evinde evde bakım hizmetlerinin desteği ile bakımı sürdürülür. Deliryumda görülen bilişsel alan sınırlılığındaki insidans, yaşın artışıyla paralellik gösterir (Bağ, 2014).

Deliryum, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hastalarının %80'ini etkilemekte ve bilişsel bozulmada 10 kat artışla ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda hastane içi ölüm oranını üçe katlamakta ve yıllık 164 milyar dolar maliyete yol açmaktadır. Deliryumda erken tanı çok önemlidir, çünkü deliryum süresi ne kadar uzun olursa hasta o kadar kötüleşir ve tedavisi zorlaşır (Mulkey ve ark. 219). Deliryum, hastanede yatan hastalarda daha sık görülmesine karşın, birinci basamakta sık karşılaşılan depresyon ve demansla sık karışması nedeniyle tanının geç konması ve dolayısıyla tedavinin başlanmasında gecikmeler olabilmektedir. Ciddi bir sağlık sorunu olan deliryum konusunda farkındalığın olması ve yönetimini bilme önemlidir (Asma ve ark. 2015). Deliryum huzurevlerinde de genellikle saptanıp tedavi edilememektedir. Bu doğrultuda psikiyatrik semptomlarla başvuran huzurevi sakinlerinden

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

psikiyatrik sevk öncesi rutin kan ve idrar tahlili alınmalıdır. Eğitimli psikiyatri hemşireliği personelinden özel girdiler sağlanması, hem deliryumun tanınmasında artışa hem de reçete edilen antipsikotik ilaç oranlarında azalmaya yol açabilir. İrlanda Dublin'de iki yıl süreyle yedi huzurevinden bir psikiyatri hastanesi yaşlı kliniğine sevk yapılan yaşlılarla iki ardışık araştırma yapılmış ve ikinci araştırma süresince çalışmaya dahil edilen huzurevlerini yönetmek için özel olarak yeni bir klinik uzman hemşire atanmıştır. Birinci araştırmada en yaygın sevk nedeninin işbirliği yapmama/agresif davranış (%22), ikinci araştırmada ise çökkün duygudurum (%31) veya ajitasyon (%29) olduğu tespit edilmiştir. Birinci anket sırasında değerlendirilen hastaların çoğunda davranışsal ve psikolojik demans semptomları (%41) belirlenmiştir. Ayrıca iki yıllık araştırma süresi boyunca sevk edilen hastaların %7'sine depresyon tanısı konulmuştur. Reçete uygulamaları açısından, psikiyatrik girdiyi takiben antipsikotik ilacın kesilme durumu ilk araştırmada %13, ikinci araştırmada ise %47 olarak bildirilmiştir (Wilson ve ark. 2019).

Deliryumda erken tanı zamanında yönetim için çok önemlidir (Lai ve ark. 2019).

Palyatif bakımda deliryumu etkin bir şekilde yönetmek için deliryum tanısı koymada doğru bir değerlendirme (DSM-5, deliryum değerlendirme araçları), olası etiyolojik faktörlerin tanımlanması ve uygulanması, çok bileşenli ve bütünlük müdahaleler doğru adımlar olarak bildirilmiştir (Grassi ve ark. 2015). Deliryum için tanı ölçütleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) kriterlerine göre klinik olarak öykü ve muayene ile koyulmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Son zamanlarda YBÜ için tanılama, Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi gibi standart araçlar kullanılarak aralıklı klinik değerlendirme yoluyla yapılmaktadır. Bu tür araçlar klinik araştırmalarda kullanışlıdır, ancak subjektif, aralıklı ve düşük duyarlılığa sahip olduklarından klinik uygulamaya iyi dönüşmemektedir. Bu nedenle bu araçları kullanan sağlık hizmeti sağlayıcıları, deliryum semptomlarını zamanında tanımakta başarısız olmaktadır (Mulkey ve ark. 219). İngiltere ve İrlanda Palyatif Tıp Derneği üyelerinin (n=859) deliryum değerlendirmesi, yönetimi ve araştırma öncelikleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada katılımcıların %70'inin palyatif tıp danışmanı olduğu, % 42'sinin yerel deliryum rehberlerini kullandığı, %59'unun yatan hasta kabulünde deliryum tarama aracı hiç kullanmadığı bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların, deliryum yönetiminde farmakolojik olmayan müdahaleleri ya tek başına (% 39) ya da bir antipsikotik (% 58) ile kullandığı, çoğunluğunun (%91), farmakolojik olmayan önlemlere cevap vermeyen halüsinasyonlar için

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bir antipsikotik ve %6'sının bir benzodiazepin reçete ettiği saptanmıştır. Yatan hasta (%57) ve toplum ekiplerinin (%60) aile bakım vericilerini resmi olarak desteklemediği de tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu araştırmada yatan hasta kabulünde deliryum taramasının yetersiz olduğu, çoğu uzmanın deliryumu yönetmede farmakolojik olmayan müdahalelerle kombinasyon halinde antipsikotik kullanmaya devam ettiği gösterilmiştir. Klinik ekipler tarafından aile bakım vericilerine daha fazla desteğin rutin olarak sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Boland ve ark. 2019).

Deliryum daha uzun hastane yatışları, daha yüksek ölüm ve daha yüksek kurumsallaşma oranları ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum yönetimi için klinik uygulama rehberleri yetersizdir. Güney Tayvan'da çok disiplinli ekip tarafından hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum yönetimi için kanıta dayalı uygulama rehberleri geliştirmek amacı ile bir çalışma yapılmıştır. Geliştirilen deliryum rehberleri 35 öneri ile birlikte üç konuyu ele almaktadır. Klinik ve metodolojik uzmanlar heyeti, bu deliryum rehberlerinin pratikte uygulanabileceğini, hedeflenen geriatrik servisteki çoğu hemşire ise rehberlerin uygulanabilir ve uygulanmasının kolay olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte prosedürlerin bir çoğunun terapötik bir ortam sağlamak, iyi uyku örüntüsünü ve uyku hijyenini arttırmak ve psikotrop ilacı ajitasyon için son çare olarak kabul etmek de dahil olmak üzere uygulanmasının zor olduğu tanımlanmıştır (Chang ve ark.2019). Deliryumda uygulama rehberleri ilk temasta başlangıç taramasını, ardından sürekli taramayı önerir. Çin Şangay'daki bir kanser hastanesinin palyatif bakım servisindeki hastalarda deliryum taramasında kanıta dayalı uygulamayı geliştirmek amacıyla üç aşamalı olarak denetim ve geri bildirim aracı kullanılarak bir araştırma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda temel denetimde, hastaneye kabulde ya da hastane yatışı süresince düzenli olarak deliryum taraması yapılmadığı, dolayısıyla bu iki denetim kriterine uygunluğun %0 olduğu, 18 hemşireden ikisinin deliryum yönetimi konusunda eğitim aldığı, ancak hiçbirinin deliryum tarama aracını kullanmada eğitim almadığı bildirilmiştir. Deliryum taramasında uygulamaya yönelik olarak dört engel belirlenmiştir. Bunlar: standart bir tarama aracının ve standart bir tarama prosedürünün olmayışı, hemşirelerin bir bölümü hakkında yetersiz bilgi ve tarama kriterleri değerlendirmesinde hemşireler arasındaki potansiyel tutarsızlıklardır (Lai ve ark.2019).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Deliryum çeşitli hastalıklarda, kafa travmalarında, ameliyatlarda, zehirlenmelerde, alkol/madde bağımlılığında, bunamalarda ortaya çıkabilir ve acilen ele alınması gerekir (Öztürk ve Uluşahin 2016). Hastalarda bilinç sislenmesi ve ağır algı bozukluğu, bunaltı, panik ve tedirginlik sık görülür. Yönelim, dikkat, soyut düşünme ve yargılama bozulur (Öztürk ve Uluşahin 2016). Uyarılara aşırı tepkiler, dezorganize konuşma ile birlikte yakın bellek genellikle uzun dönem bellekten daha fazla etkilenir (Bağ 2014). Palyatif bakım ortamlarında yaygın olan deliryumun yönetimi, çeşitli kanıt düzeyleriyle desteklenen stratejilerle saptama, neden/nedenlere yönelik tedavi, farmakolojik olmayan müdahaleleri ve aile desteğini içermektedir (Boland ve ark. 2019). Deliryumda altta yatan neden kısa sürede belirlenmeli ve ona yönelik sağaltıma hemen başlanmalıdır (Öztürk ve Uluşahin 2016). Spesifik tedavi danışanın klinik durumu ve deliryumun altında yatan nedenin değerlendirilmesi ile yapılır. (Gümüş 2016). Antikolinergik yan etkileri olan, epilepsi eşiğini düşüren, kan basıncını değiştirebilen sistemik ilaçlardan ya da klinik belirtilerin örtülmesine neden olabilecek psikotrop ilaçlardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (Öztürk ve Uluşahin 2016). Ancak ajitasyon ve saldırganlık gösteren deliryumu olan hastalarda güvenliği sağlamak için kimyasal ve/veya mekanik kısıtlamalar gerekebilmektedir. Düşük doz antipsikotikler, çoğu durumda seçilen farmakolojik tedaviler olup (Gümüş, 2016), kanıtlar hafif-orta ciddiyette deliryum yönetiminde antipsikotik kullanımının en aza indirilmesi gerektiğini göstermektedir, ancak bu kanıtların klinik uygulamaya entegrasyonu bilinmemektedir (Boland ve ark. 2019). Deliryum tedavisinde hem tipik (örn. haloperidol) hem de atipik antipsikotiklerin (örn. olanzapin, risperidon, ketiapin, aripiprazol) eşit derecede etkili olduğu gösterilmiştir. Palyatif bakımda diğer ilaçların (örn. α -2 reseptör agonistleri, psikostimulanlar, kolinesteraz inhibitörleri, melatonerjik ilaçlar) kullanımıyla ilgili herhangi bir öneri bulunmamaktadır. Ayrıca, ilaç tedavisi dışında bu hastalarda yapılacak çevresel düzenlemeler (sessiz ve güvenli bir ortam, odanın kapısının kapatılmaması), aile bireylerinin dahil edilmesi, hastaların mobilize edilmeye çalışılması ve güven duyacağı personel ile iletişim sağlanması, deliryumun kontrolünde başarıyı arttıracaktır (Asma ve ark.2015). Terminal dönemde iletişim ve karar verme kapasitesindeki bozulmadan dolayı hasta ve ailesi de büyük sıkıntı deneyimlemektedir. Otuz üç bildirinin değerlendirildiği bütünleştirici bir literatür taramasında, deliryumlu hastaların bakım vericileri tarafından yüksek düzeyde sıkıntı yaşandığı, palyatif bakım ortamlarında deliryumun olası geri dönüşümsüzlüğü ve bakım verici-hasta ilişkisinin ölümden önce yeniden kurulup kurulamayacağı konusundaki belirsizlik nedeniyle sıkıntının arttığı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

belirtilmektedir. Bakım verenlerin sıkıntısı azaltılarak deliryum yönetimine katkıda bulunabilecekleri çıkarımında bulunulmuştur (Finucane ve ark. 2019).

Farmakolojik olmayan müdahalelerin (örneğin davranışsal ve eğitimsel) de deliryum tedavisinde önemli olduğu gösterilmiştir (Grassi ve ark. 2015). Akut bir sendrom deneyimleyen danışanlar için bakımın amaçları, etiyolojiyi ortadan kaldırmak, danışan güvenliğini artırmak ve işlevselliği mümkün olan en yüksek düzeye çıkarmaktır. Hemşirelik girişimleri hastanın ailesine ya da birincil bakım vericilere nörobilişsel bozukluklar hakkında bilgi edinmeleri için yardımcı olmaya yöneliktir. Eğitim hastalık süreci, hastadaki davranışsal değişiklikler ile ilgili beklentiler, bakımı kolaylaştıran yöntemler ve gereksinimlerle duygusal ve fiziksel olarak mücadele etmede kullanılacak yardım ve destek kaynakları hakkında verilir (Gümüş 2016).

Deliryum sürekli yoğun bakım gerektirdiğinden odanın kapısı kapatılmamalı, sürekli bir bakıcı bulundurulmalıdır. Gündüzleri aydınlık odada bulundurulmalı, geceleri uykusu bölünmemelidir. Gözlük ve işitme cihazı kullanılmasına izin verilmelidir. Hareketsiz kalma deliryum için risk etkeni olduğundan hasta bağlanmamalıdır. Düşme riskine karşı dikkatli olunmalıdır. Kendine zarar verme riski gösteriyorsa yumuşak tespitler yapılabilir. Yönelimin sağlanmasına ilişkin sık hatırlatmalar yapılmalıdır. Beslenme, sıvı-elektrolit dengesini koruma, yeterli oksijenizasyon sağlama çok önemlidir. Hastanın psikiyatri dışı kliniklerde olması durumunda psikiyatrik danışma sağlanması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Nörobilişsel bozukluğu olan danışan için ruhsal durum incelemesi (sözel akıcılık, anlama, yönelim, görsel bellek, atasözü yorumlama vb.) yapılır, uygun hemşirelik tanıları belirlenir (Gümüş, 2016). Hemşire; elde ettiği veriler doğrultusunda, NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association- International) hemşirelik tanılarını kullanarak, hastaya özgü bakım planını oluşturur. Bu kapsamda deliryumdaki hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları; düşünce sürecinde değişim, duygusal- algısal değişiklikler, çevreyi yorumlamada bozukluk, bellekte bozulma, sözel iletişimde bozulma, uyku düzeninde bozulma, saldırganlık riski: kendine ya da başkalarına, anksiyete, travma riski ve düşme riski olarak belirlenebilir. *Deliryumun tanınması ve yönetimi çok kapsamlı hemşirelik değerlendirmesi gerektirmektedir. Bu doğrultuda hemşirelik süreci kullanılarak deliryum değerlendirmesinde sistematik bir yol ve ortak bir dil geliştirilebilir. Deliryum yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan girişimler ise bilişsel girişimler, çevresel düzenlemelerin*

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sağlanması, fizyolojik destek sağlanması ve erken mobilizasyonun sağlanması dahilinde ele alınabilmektedir (Karadaş ve Özdemir, 2019). Powell ve ark. (2019) tarafından yürütülen bir araştırmada, tescilli hemşirelerin deliryum, deliryum değerlendirmesi ve önleyici müdahaleler konusundaki bilgi, tutum ve inançlarını belirlemek ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla, bölgesel yanık yoğun bakım ünitesinde bir süreç iyileştirme projesi geliştirilmiştir. Eğitim müdahalesi öncesi ve sonrasında 10 sorudan oluşan bir anket hazırlanmış ve hemşirelere uygulanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrasında yapılan nicel ve nitel veri analizleri sonucunda, hemşirelik müdahalelerinin deliryumun önlenmesinde önemli olduğu ifade edilmiştir. Eğitim müdahalesine rağmen, araştırmaya katılanların % 26'sı deliryumu tanımlamak için bir araca gerek olmadığını bildirmiştir. Sonuçlar deliryumu önlemede farmakolojik girişimleri, özellikle de benzodiazepinleri azaltma kadar, farmakolojik olmayan hemşirelik girişimleri için de güçlü bir destek olduğunu göstermiştir. Ayrıca eğitim öncesi ve sonrasında mekanik ventilasyon, yoğun bakım ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Metodunun uygulanmasında bir engel olarak algılanmıştır. Genel olarak, hemşirelerin deliryum hakkındaki farkındalığı ve genel bilgileri artmış ve spesifik bilgi eksiklikleri belirlenmiştir (Powell ve ark. 2019).

Genel hemşirelik müdahaleleri hemşirelik süreci doğrultusunda aşağıda belirtildiği gibi özetlenebilir:

447

Bilişsel ve psikomotor işlevsellikte bozulmaya bağlı travma riskine yönelik: Sonuç kriterlerinde kısa ve uzun dönem hedeflerine yönelik olarak hastanın odasında eşyalar sadeleştirilir. Sık kullanılan eşyalar kolayca ulaşılabilecek yerlere konular. Hasta sık gözlenir. Hastanın hareket etmesine yardımcı olunur. gece lambası kullanılır, hastaların görebileceği yerlere takvim ve saat konular ve yere, zamana ve duruma sık sık oryantasyonu sağlanır. Yönelimi bozuk ve hiperaktif ise hafif kısıtlamalar yapılabilir.

Düşünce süreçleri ve bellekte bozulmaya yönelik: Sık sık gerçeğe yönlendirilir. Okunaklı ve kullanılışlı saat ve ajanda kullanılır. Basit açıklamalar yapılır. Yavaş ve işitebileceği düzeyde konuşulur. Eski fotoğraf albümüne bakmaya teşvik edilir ve anımsama terapisi uygulanır.

Bozulmuş duyuşsal algılamaya yönelik: Varsanılar gözlenir ve kullanılan ilaca bağlı olup olmadığı araştırılır. Dikkati başka yöne çekilir. Gerçek kişi ve durumlara odaklanılır. İşitme cihazının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Öz bakım eksikliğine yönelik: Basit ve yapılandırılmış çevre ile birlikte bakım vericilerin gün içinde aynı kişiler olması sağlanır. Aktiviteler için günden güne değişmeyen yapılandırılmış liste oluşturulur. Günlük aktivitelerine yardım gereksinimini belirlemek için danışanın yeterliliğinin sürekli değerlendirilmesi yapılır. Bakım vericilerin karşılanmamış gereksinimleri yerine getirebilme düzeyi değerlendirilir. Bilgi sağlanır (Gümüş, 2016; Karadaş ve Özdemir, 2019).

SONUÇ

Deliryum başlı başına bir hastalık olmayıp, farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan akut beyin yetmezliği durumudur ve uzun hastane yatışları, yüksek ölüm ve yüksek kurumsallaşma oranları ile ilişkilendirilmektedir. Palyatif bakım ortamlarında yaygın olan deliryumun yönetimi saptama, neden/nedenlere yönelik tedavi, farmakolojik olmayan müdahaleleri ve aile desteğini içermektedir. *Deliryumun belirlenmesi ve yönetimi objektif ve çok kapsamlı hemşirelik değerlendirmesini zorunlu kılar. Hemşirelik süreci doğrultusunda uygulanan farmakolojik olmayan girişimler deliryum yönetiminde etkili sonuçlar sağlamaktadır.*

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
2. Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur A, Poçan AG, Özşahin AK, Aksöyek A, Altıntaş E. Birinci basamakta deliryumu tanımak ve yönetmek. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9(2):59-64.
3. Bağ B. Yaşlılık dönemi ruh sağlığı ve hastalıkları. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Ed. Çam O, Engin E. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul. 2014; s: 779-790.
4. Boland JW, Kabir M, Bush SH, Spiller JA, Johnson MJ, Agar M, Lawlor P. Delirium management by palliative medicine specialists: a survey from the association for palliative medicine of Great Britain and Ireland. BMJ Support Palliat Care. 2019.
5. Chang HW, Hu FW, Yueh FR, Chang YJ. Evidence-based clinical practice guidelines: delirium management in hospitalized older patients. Hu Li Za Zhi. 2019; (3):72-82.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

6. Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, Spiller JA. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psychooncology*. 2017;26(3):291-300.
7. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, Riba M. Management of delirium in palliative care: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;(3):550.
8. Gümüş AB. Nörobilişsel bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Townsend MC, Çev. Edit: Özcan CT, Gürhan N. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016; s: 245-266.
9. Karadaş C, Özdemir L. Deliryumun yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar ve hemşirenin sorumlulukları. *J Psychiatric Nurs* 2019;10(2):137-142.
10. Lai XB, Huang Z, Chen CY, Stephenson M. Delirium screening in patients in a palliative care ward: a best practice implementation project. *JB I Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(3):429-441.
11. Mulkey MA, Hardin SR, Munro CL, Everhart DE, Kim S, Schoemann AM, Olson DM. Methods of identifying delirium: A research protocol. *Res Nurs Health*. 2019; May 30. doi: 10.1002/nur.21953.
12. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. Nobel Tıp Kitabevleri, 14. Baskı, Ankara, 2016; s: 485-492.
13. Powell TL, Nolan M, Yang G, Tam M, Metter D, Gibran NS, Carrougher GJ, Pham TN. Nursing understanding and perceptions of delirium: assessing current knowledge, attitudes, and beliefs in a burn ICU. *J Burn Care Res*. 2019;40(4):471-477.
14. Wilson L, Power C, Owens R, Lawlor B. Psychiatric consultation in the nursing home: reasons for referral and recognition of delirium. *Ir J Psychol Med*. 2019; (2):121-127.

S-85 Ruhsal Bozukluklarda Palyatif Psikiyatri ve Hemşirelik**PALLIATIVE PSYCHIATRY AND NURSING IN MENTAL DISORDERS****Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar**

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzincan/Türkiye

Özet

Palyatif bakım hastanın psikolojik, toplumsal ve ruhsal iyiliğini içeren bütünsel bakımına odaklanır. Aynı zamanda açık ve hassas iletişimin kilit rol oynadığı en iyi yaşam kalitesini sağlamayı vurgular. Palyatif ve destekleyici bakım gerektiren ruh sağlığı sorunları olan bireyler uygun hizmetlere erişmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı ve palyatif bakım ekibinin eşgüdümlü bütünlük destek sağlaması çok önemlidir. Palyatif psikiyatri fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi gereksinimlerin zamanında değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıyı önleyerek ve hafifleterek yaşamı tehdit eden ciddi ruhsal bozuklukla ilişkili sorunlarla karşılaşmada hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Palyatif bakım bir tedavi önerilemediğinde önem kazanmakta ve tamamen kontrol edilmeksizin de olsa semptom yönetimi sağlayabildiğinden, kronik ruhsal sağlık ve madde kullanımı sorunlarına uygulanabilir özelliktedir. Palyatif bakım hemşiresi geniş çeşitlilikte eğitim, öğretim ve klinik deneyime sahip olmakla birlikte güçlü eleştirel düşünme, yüksek zihinsel işlevsellik düzeyi ve karmaşık palyatif hemşirelik becerilerine sahip olmalıdır.

450

Anahtar Kelimeler: Ruhsal bozukluk, palyatif psikiyatri, hemşirelik**Abstract**

Palliative care focuses on holistic care, including psychological, social and spiritual well-being of the patient. Palliative care also emphasizes the best quality of life in which clear and sensitive communication plays a key role. Individuals with mental health problems that require palliative and supportive care have difficulty accessing appropriate services. Therefore It is very important that the mental health and palliative care team provide coordinated holistic support. Palliative psychiatry is an approach that improves the quality of life of the patient and his / her family in terms of preventing life-threatening problems associated with serious mental disorders by preventing and alleviating pain through timely assessment and treatment of physical, mental, social and spiritual needs. Palliative care becomes important

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

when treatment cannot be recommended. Since palliative care can provide symptom management without being completely controlled, it is applicable to chronic mental health and substance use problems. The palliative care nurse should have a wide range of education, training and clinical experience and should also have strong critical thinking, a high level of mental functioning, and complex palliative nursing skills.

Key Word: Mental disorder, palliative psychiatry, nursing

GİRİŞ

Palyatif bakım, ciddi hastalıkları olan bireyler için özel tıbbi bakım olup (Fairman ve Irwin, 2013), yaşam sonu bakımın en iyi uygulaması olarak kabul görmektedir (Cooper ve Cooper, 2012). Günümüzde palyatif bakımın yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için değil, palyatif bakım ilkelerinin acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenen hastalarda mümkün olduğunca erken dönemlerde uygulanması kabul edilmektedir (Yurtsever 2013). Bu bakım tanı ne olursa olsun hastalara ciddi bir hastalığın semptomlarından, ağrısından ve stresinden rahatlama sağlamaya odaklanır (Fairman ve Irwin, 2013). Amaç, hasta ve ailenin mümkün olan en iyi yaşam kalitesini arttırmak ve sürdürmektir (Fairman ve Irwin, 2013; Cooper ve Cooper, 2012). Herhangi bir yaşta ve ciddi bir hastalığın herhangi bir aşamasında uygun olabilmektedir (Fairman ve Irwin, 2013). Palyatif bakım programları, kronik ve ciddi hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların kaliteli bakım almalarına yönelik ilgilerinin artması sonucunda son yıllarda hızla gelişmiştir (Yurtsever 2013).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin rutin sağlık bakımı ve tarama hizmetlerine yetersiz erişimi, sağlıksız beslenme, yetersiz egzersiz ve fazla sigara ve alkol tüketimi dahil olmak üzere sağlıklı yaşam biçiminin yetersiz olması nedeniyle fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğu bilinmektedir. Palyatif ve destekleyici bakım gerektiren ruh sağlığı sorunları olan bireyler uygun hizmetlere erişmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı ve palyatif bakım ekibinin eşgüdümlü bütünleşik destek sağlaması çok önemlidir (Lloyd-Williams ve ark. 2014). Literatürde ruhsal bozukluğu olan bireylerin destekleyici ve palyatif bakımına ilişkin yayınların yetersiz olduğu görülmektedir. Bir derleme makalesinde kanser gelişen şizofreni hastalarının kanserden ölme olasılıklarının daha yüksek ve palyatif bakım hizmetlerine erişimlerinin yetersiz olduğu, bu nedenle yüksek kaliteli bakım hizmetleri için bütünleşik yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır (Irwin ve ark2014).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım alan hastaların önemli bir kısmı kaygı, depresyon, deliryum veya diğer ruhsal belirtilerden muzdarip olduğu için, psikiyatri ve palyatif bakım, tıbbi koşulların palyatif bakımında yakın işbirliği içindedir. Psikiyatristlerin palyatif bakımda sağlam şekilde yer almasına rağmen psikiyatri, terminal tıbbi hastalıkların kapsamı dışında ruhsal bozukluğu olan hastalar için palyatif bakım sağlamamaktadır. Palyatif bakım konusunda İsviçre Tıp Bilimleri Akademisi ilkeleri, bu tür yaklaşımlardan potansiyel olarak faydalanabilecek bazı psikiyatrik hasta grubunu belirtmektedir: “Bir çok psikiyatrik bozukluk kronik seyirlidir veya sık sık depresyonlarla belirlidir. Bu gibi durumlarda *palyatif bir yaklaşım, öncelikle hastalıkla savaşmayı değil, semptomların ve engellilik durumunun en iyi şekilde yönetilmesini amaçladığından dolayı çok önemlidir*” (Trachsel ve ark. 2016a). Palyatif bakım psikiyatrisi, palyatif tıp ve psikiyatri'nin kesişiminde ortaya çıkan bir alt uzmanlık alanıdır (Fairman ve Irwin, 2013). *Palyatif psikiyatri fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi gereksinimlerin zamanında değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıyı önleyerek ve hafifleterek yaşamı tehdit eden ciddi ruhsal bozuklukla ilişkili sorunlarla karşılaşmada hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır.*

Palyatif psikiyatrinin özellikleri:

- Sıkıntı veren ruhsal belirtilerin kabulünde ve belirtilerle başa çıkmada destek sağlama,
- Yaşamı onaylama, ciddi ruhsal bozuklukların tedavi edilemeyeceğini (tamamen ortadan kalkmadığını) kabul etme,
- Ölümü ne hızlandırmayı, ne de ertelemeyi hedefleme,
- Hasta bakımını fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönleri ile bütünleştirme,
- Hastaların mümkün olduğu kadar aktif olarak yaşamalarına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunma,
- Aile üyelerine hastaların hastalığı ile başa çıkmalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunma,
- Hasta ve ailelerinin gereksinimlerini ele almak için ekip yaklaşımı kullanma,
- Yaşam kalitesini arttırarak ciddi ruhsal bozukluğun seyrini de olumlu yönde etkileyebilme,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

-Önleme, tedavi, rehabilitasyon ya da iyileşme yönelimli diğer tedavilerle birlikte uygulayabilme olarak belirtilmiştir (Trachsel ve ark. 2016a, Trachsel ve ark. 2016b).

Palyatif psikiyatri ruhsal bozukluğu olan bütün hastalar için uygun olmasa da şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda yararlıdır (Trachsel ve ark. 2016a). Bu hastalar, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açan yüksek düzeyde yoksunluk belirtileri gösterebilirler. Bazı vakalarda hasta gereksinimleri mevcut psikiyatri hizmetleri tarafından karşılanamayabilir, hastalar terk edilme riski altında olabilir veya terapötik ihmalle karşı karşıya kalabilir (Jaeger M, Hoff, 2012). Hastalığın evresine bağlı olarak, daha az kanıta dayalı fakat daha fazla yük getiren sayısız tedavi döngüsüne bir alternatif olarak, psikiyatristler yaşam kalitesini arttırmaya odaklanabilirler. Böylece, hastalar önerilen palyatif tedavileri durumlarına daha iyi uyacak şekilde gördüklerinde, terapiye katılarak terapötik ilişki gelişebilir (Trachsel ve ark. 2016a).

Palyatif bakım bir tedavi önerilemediğinde önem kazanmaktadır ve palyatif yaklaşımdan yararlanan sadece kanserli bireyler ve/veya ölen insanlar değildir. Bununla birlikte tamamen kontrol edilmeksizin de olsa semptom yönetimi sağlayabildiğinden, kronik ruhsal sağlık ve madde kullanımı sorunlarına uygulanabilir özelliktedir. *Bu nedenle tek tedavi yaklaşımından hastaların yaşamı boyunca devam eden adaptif bir yaklaşıma geçilmelidir* (Cooper ve Cooper, 2012). Bir çok insan demans gibi çoklu eş tanılı hastalıklarla yaşamaktadır. *Mükemmel palyatif ve destekleyici bakıma erişim ve destek sağlayan bakım modelleri tanı etiketine göre değil, gereksinime göre eşit hizmet sağlamak zorundadır* (Lloyd-Williams ve ark. 2014). Palyatif psikiyatri, tıbbi/fiziksel sorunlar yerine ruhsal sağlığa odaklanır. Palyatif psikiyatri yararlanıcılarının, mevcut paradigmalarda içerisindedir terapötik ihmal ve/veya aşırı agresif bakım riski altında olan ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar arasında şizofreni ve tedaviye dirençli depresyonu, tekrarlanan özkıyım girişimleri ve uzun süredir devam eden tedaviye dirençli anoreksiya nervozası olan yetersiz yaşam kalitesine sahip uzun süreli evde bakım hastaları yer almaktadır (Trachsel ve ark. 2016a, Jaeger M, Hoff, 2012).

Palyatif bakımda standart bakıma göre düşük maliyetle daha iyi klinik sonuçlar elde edilmektedir. Farklı palyatif bakım ortamlarında klinik sonuçları gözlemsel, yarı deneysel ve randomize türlerde inceleyen çalışmaların çoğunda hastalar kendilerini daha iyi hissettiklerini, yaşam kalitelerinin arttığını ve bakım verenler daha yüksek düzeyde memnuniyet

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

duydıklarını bildirmişlerdir (Fairman ve Irwin, 2013). Kaliteli palyatif bakım için klinik uygulama rehberi: bakımın yapısı ve süreci, bakımın fiziksel yönü, bakımın psikolojik yönü, bakımın sosyal yönü, bakımın manevi yönü, bakımın kültürel yönü, terminal dönemdeki hastanın bakımı ve bakımın etik ve yasal yönlerini içermelidir (Yurtsever 2013). Palyatif bakım ilkeleri klinik ortamdan bağımsız olarak herhangi bir duruma uygulanabilir. Bu yaklaşım fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sağlığı göz önünde bulundurmayı içermekte ve ölüm öncesi, sırası ve sonrasında oluşabilecek ölüm, keder ve kayba kadar uzanmaktadır (Cooper ve Cooper, 2012). Psikiyatrik, psikoterapötik veya psikososyal bakımın sağlanması, ileri tıbbi hastalık vakalarında yüksek kaliteli palyatif bakımın bir göstergesi olarak kabul edilir. Palyatif bir psikiyatri için temel beceriler tanı ve prognoz bağlantısı, semptom değerlendirmesi ve yönetimi, bakım planlamasını geliştirmek için destek, bakım verici gereksinimlerini değerlendirme ve uzmanlaşmış hizmetlere sevki içerir. Tam bir palyatif yaklaşım için uygulamalar, sınırlı işlevsel prognoz ve ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşam süresi bilinci ile yönlendirilmelidir (Trachsel ve ark. 2016a). Palyatif bakımda sonuçlar dikkate alındığında, hasta tarafından bildirilen sonuçlar önemlidir. Bununla birlikte, palyatif bakım ve demans gibi durumlarında, bakıcı tarafından bildirilen sonuçlarda bakıcının sağladığı bakım algısı hayati önem taşımaktadır; çünkü bu hastalarda palyatif bakımın etkin bir şekilde sağlanabilmesi önemlidir (Lloyd-Williams ve ark. 2014).

İleri düzeyde hastalığı olanların fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerini desteklemeye yardımcı olabilecek çok çeşitli hizmetler ve profesyoneller vardır. Bunlar: pratisyen hekim, toplum hemşireleri, hastane ekipleri ve sosyal bakım kurumlarıdır (<http://www.homelesspalliativecare.com/supporting>. Erişim: 01.07.2019). Bakımı iyileştirecek temel etken, ruh sağlığı ve palyatif bakım ekipleri arasında disiplinler arası çalışmanın olmasıdır. Ruh sağlığı ekiplerinin incinebilir hastaların hizmetlere erişimini sağlamak ve onlara destek olmak için palyatif ve destekleyici bakım ile daha fazla ilişki kurmaları gerekmektedir (Lloyd-Williams ve ark. 2014). Palyatif bakım, ekstra bir destek sağlamak için hekimler, hemşireler ve diğer uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından iyileştirici tedavi ile birlikte sağlanır (Fairman ve Irwin, 2013). Kronik ve ciddi ruhsal sağlık sorunları ve/veya madde kullanımı olan bireyler ve aileleri bir çok ikilem ve kaygı yaşamaktadır. Gereksinimleri karmaşık olan hasta ve ailelere bakım sunan hemşireler, çok yönlü zorluklarla karşılaşır. Müdahaleler, tedavi, bakım yanıtları ve kapsamlı hizmetler sunmak için hemşirelerin bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncellemesi gerekir. Ayrıca sadece akut

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ataklarda değil, hastalarla uzun süre çalışmaya hazır olmaları gerekir (Cooper ve Cooper, 2012).

Palyatif bakım aynı zamanda açık ve hassas iletişimin kilit rol oynadığı en iyi yaşam kalitesini sağlamayı da vurgulamaktadır (<http://www.homelesspalliativecare.com/supporting>. Erişim: 01.07.2019). Hemşireler palyatif bakımda çok önemli bir rol oynar ve kanıtlar, palyatif bakım konsültasyon ekiplerinde veya bağımsız uygulayıcılar olarak çalışan hemşireleri destekler. Hemşireler odaklanmış görevlerde (örneğin ağrı yönetimi) veya geniş rollerde (örneğin vaka yönetimi) aktif olup (Schroeder ve Lorenz, 2018), bireyin özerkliğini ve seçimini, durumlarının kötüleşmesi durumunda kişisel gereksinimlerini ve isteklerini belgeleyerek korumaya yardımcı, palyatif bakımın önemli bir parçası olan kişisel bakım planlarını kullanır (<http://www.homelesspalliativecare.com/supporting>. Erişim: 17.06.2019). Hemşireler hastalar ve aileleriyle diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla zaman geçirirler. Uzman hemşirelik bakımı, ölümlerle karşılaşmanın vermiş olduğu sıkıntıları, yükü azaltır ve hastalar ve ailelerinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi gereksinimlerini karşılamada destek sağlar. Kanıtlar, hemşirelerin çeşitli rollerde çalıştıklarını desteklemektedir. Bunlar arasında multidisipliner bir danışma ekibinin üyesi olmak, hedeflenen ağrı ve semptom yönetiminde bireysel pratisyenler veya vaka yöneticileri olarak bulunmaktadır (Schroeder ve Lorenz, 2018).

Palyatif bakım hemşireliği, gerçek veya potansiyel olarak yaşamı sınırlayan bir hastalığa verilen yanıtların değerlendirilmesini, teşhis ve tedavi edilmesini içerir ve acıyı azaltmak için hasta ve aile ile dinamik, özenli bir ilişki gerektirir. Bu nedenle palyatif hemşirelik, hemşirelik sanatı ve bilimi olarak ve palyatif bakımın gelişimi ile devam eden bir hemşirelik yan dalıdır (Bradley ve ark. 2001). Palyatif bakım hemşiresi geniş çeşitlilikte eğitim, öğretim ve klinik deneyime sahip olmalıdır. Bu hemşireler bakımevi hemşireleri, lisansüstü eğitim düzeyine sahip veya eğitim almış tescilli akut bakım hemşireleri olabilir ve hastaların evleri, bakımevleri, klinikler, uzun süreli ve akut bakım kurumlarını içeren çeşitli ortamlarda çalışabilirler (<https://www.nhpco.org/palliativecare/>. Erişim: 17.06.2019). Palyatif bakım hemşiresi, bir insanın hayatındaki en samimi anlardan bazılarında açılan bir pencereye sahip olup, güçlü eleştirel düşünme, yüksek zihinsel işlevsellik düzeyi ve karmaşık palyatif hemşirelik becerilerine sahip olmalıdır. Özel palyatif hemşirelik becerileri ise etkili iletişim, şefkat ve insanın incinebilirliği kavramlarını kapsamalıdır (Schroeder ve Lorenz, 2018).

SONUÇ

Palyatif bakım, ciddi hastalıkları olan bireyler için özel tıbbi bakımdır ve yaşam sonu bakımın en iyi uygulaması olarak kabul edilir. Palyatif bakımda standart bakıma göre düşük maliyetle daha iyi klinik sonuçlar elde edilmektedir. Palyatif bakım gerektiren ruhsal bozukluğu olan bireylerde etkili desteğin sağlanması önemlidir. Bakımı iyileştirecek temel etken, ruh sağlığı ve palyatif bakım ekipleri arasında disiplinler arası çalışmanın olmasıdır. Ruh sağlığı ekiplerinin incinebilir hastaların hizmetlere erişimini sağlamak ve onlara destek olmak için palyatif ve destekleyici bakım ile daha fazla ilişki kurmaları gerekmektedir. Palyatif psikiyatri ruhsal bozukluğu olan bütün hastalar için uygun olmasa da şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda yararlıdır. Bu hastalar, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açan yüksek düzeyde yoksunluk belirtileri gösterebilmektedirler.

Hemşireler palyatif bakımda çok önemli bir rol oynar ve palyatif bakım konsültasyon ekiplerinde veya bağımsız uygulayıcılar olarak çalışırlar. Gereksinimleri karmaşık olan hasta ve ailelere bakım sunan hemşireler, çok yönlü zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Müdahaleler, tedavi, bakım yanıtları ve kapsamlı hizmetler sunmak için hemşirelerin bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncellemesi gerekir.

KAYNAKLAR

Bradley EH, Cherlin E, McCorkle R, Fried TR, Kasl SV, Cicchetti DV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. J Prof Nurs. 2001;17(1):14-22.

Cooper DB, Cooper J. Palliative care can sustain and support mental health clients. Nurs Times. 2012; 108(28):11.

Fairman N, Irwin SA. Palliative Care Psychiatry: Update on an Emerging Dimension of Psychiatric Practice. Curr Psychiatry Rep 2013; 15(7): 374/ 1-13.

Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF. Cancer care for individuals with schizophrenia. Cancer 2014;120(3):323-34.

Jaeger M, Hoff P. Recovery: conceptual and ethical aspects. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(6):497-502.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Lloyd-Williams M, Abba K, Crowther J.

Supportive and palliative care for patients with chronic mental illness including dementia.

Curr Opin Support Palliat Care. 2014;8(3):303-7.

Palliative care overview. <https://www.nhpco.org/palliativecare/>. Erişim: 17.06.2019.

Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of palliative care. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018; 5(1): 4–8.

Supporting clients' palliative and end of life care.

<http://www.homelesspalliativecare.com/supporting-clients-palliative-and-end-of-life-care/#what-is-palliative-care-and-who-provides-it>. Erişim: 17.06.2019.

Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P.

Palliative psychiatry for severe persistent mental illness: a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. BMC Psychiatry. 2016a; 16:260.

Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F. Palliative psychiatry for severe and persistent mental illness. Lancet Psychiatry. 2016b;3:1–2.

Yurtsever S. Palyatif Bakım. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 2 içinde. Atabek Aştı T, Karadağ A. Editör. Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013, s:1148-1152.

S-87 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE DÜRTÜSELLİĞİN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF ATTENTION DEFICIENCY, HYPERACTIVITY DISORDER AND IMPULSIVE ON INTELLIGENT PHONE ADDICTION IN UNIVERSITY STUDENTS

Vuslat Kara ÖLMEZTOPRAK ERDOĞMUŞ¹, Hatice Birgül CUMURCU¹

¹İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Amaç: Akıllı telefon sorunlu kullanımının bağımlılık modelleme çalışmaları devam etmektedir. DEHB'nin ve dürtüsellik özelliklerinin bağımlılıklarda yatkınlık yapabildiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, DEHB ve dürtüsellik belirtileri yüksek olan üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının yüksek olacağı hipotezi ve bağımlılıkla ilişkili olabilecek bazı kullanım özellikleri araştırıldı.

Yöntem: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümleri, Hemsirelik ve Diş Hekimliği Bölümü 1. ve 3. sınıf öğrencilerinden gönüllü katılımcılara ATBÖ-K, WUDÖ, ASRS, UPPS ölçekleri ve araştırmacılarca hazırlanan bir sosyodemografik veri formu kullanıldı. Kesitsel tasarımı çalışmada; 410 katılımcının (330 kadın, 80 erkek) anketleri değerlendirilmeye alındı.

Bulgular: ATBÖ-K ile WUDÖ toplam (r:0.215 p<0.01), ASRS toplam (r:0.299, p<0.01), ASRS dikkat eksikliği (r:0.327 p<0.01), hiperaktivite/dürtüsellik (r:0.201 p<0.01) alt ölçek, UPPS toplam (r:0.290 p<0.01), UPPS sıklık (r:0.305 p<0.01), sebatsızlık (r:0.275 p<0.01) ve tasarım eksikliği (r:0.129 p<0.01) alt ölçek puanları arasında anlamlı yönde pozitif ilişki bulundu. Akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olanlarda, olmayanlara göre ATBÖ toplam (t:3.997 p<0.001), UPPS sıklık alt ölçeği (t:2.359 p<0.02), WUDÖ toplam (t:2.520 p<0.02) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: Örneklemimizde DEHB ve dürtüsellik bileşenlerinin akıllı telefon bağımlılığıyla anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon, bağımlılık, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, kazaya yatkınlık

Abstract

Aim: Addiction modeling studies are still being carried out for problematic smartphone use. ADHD and impulsive traits have previously been reported to increase the risk for addictions. Our main hypothesis is that the symptoms of ADHD and impulsivity and some patterns of problematic smartphone use will be related to smartphone addiction.

Method: 410 (330 female, 80 male) voluntary 1st and 3rd grade students of Inonu University Faculties of Nursing, Dentistry and Health Sciences were recruited. SAS-SV, WURS, ASRS, UPPS scales and a sociodemographic form created by researchers were used.

Results: Statistically significant positive correlations were found between SAS-SV score and WURS (r:0.215 p<0.01), ASRS (r:0.299, p<0.01), ASRS inattention (r:0.327 p<0.01), ASRS hyperactivity / impulsivity subscale (r:0.201 p<0.01), UPPS (r:0.290 p<0.01), UPPS urgency (r:0.305 p<0.01), UPPS lack of perseverance (r:0.275 p<0.01) and UPPS lack of premeditation subscale (r:0.129 p<0.01) scores. Scores of SAS-SV (t:3.997 p<0.001), WURS (t:2.520 p<0.02) and UPPS urgency subscale (t:2.359 p<0.02) were significantly higher in people with a history of accidents due to smartphone.

Conclusion:

ADHD and impulsivity components were significantly related to smartphone addiction in our sample.

Key words: Smartphone, addiction, attention deficit hyperactivity disorder, impulsive behavior, accident proneness

GİRİŞ

Son yıllarda akıllı telefon kullanımı artan bir hızla hayatımıza girmektedir. Çocuk yaşlardan itibaren internete ve mobil teknolojilere erişim mümkün hale gelmiştir. Türkiye’de de tüm yaş gruplarında internet kullanımında artış izlenmiştir ancak en çok 16-24 yaş arası gençlerde artış gösterdiği bildirilmiştir (1). Kulaklıkları taşınabilir müzik çalarlardan akıllı telefonlara, bilgisayarlardan tabletlere, tüm bu teknolojilerin hayatımıza girmesi, hayatın akışını değiştirecek şekilde olduğunda bağımlılık konusu gündeme gelmektedir ve bu durumu başlı başına teknolojik cihaz bağımlılığı olarak ele alanlar da olmuştur (2). Akıllı telefonların doğası gereği bağımlılık yaratmaya elverişli oluşu ve kontrol etme davranışlarının alışkanlık yaratması da araştırılan konular arasındadır (3).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) fenotipik özelliklerinden biri olarak bilinen ‘aşırı odaklanma’ ilgi çekici bir uyarandan, diğer bir uyarana dikkati geçirmekteki zorluk

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olarak tanımlanmıştır (4, 5) ve bu şekilde DEHB olanlardaki eğlenceli uyarana asırı odaklanma eğilimi pek çok ilgi çekici işlev sunabilen akıllı telefona bağımlılık davranışına zemin hazırlayabilir. Bunun yanında DEHB olanlarda genel olarak madde kullanım bozukluğu eş tanısı sık izlenmektedir (6), bu nedenle teknolojik cihazları problemlili kullanım ve bağımlılık eğiliminin DEHB olanlarda daha sık olacağı öngörülebilir.

Bir DEHB bileşeni olarak da ele alınabilecek olan dürtüsellik kavramının geniş kapsamlı ve biyolojik altyapılarıyla tanımlanması için yapılan çalışmalar devam etmektedir.(7) Dürtüsellik tanımlanmış bileşenlerinden hangilerinin akıllı telefon bağımlılığı olanlarda veya DEHB olanlarda daha yüksek şekilde ifade edildiğinin bulunmasının hem dürtüsellik kavramının aydınlatılmasında hem de akıllı telefon bağımlılığının kavramsal modelinin oluşturulmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür..

AMAÇ

Bu çalışmada; akıllı telefon bağımlılığı ölçeği kesme değeri puanına göre; bağımlı olanlarda DEHB ölçek puanlarının daha yüksek olacağı, akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanının DEHB ölçeklerinin puanlarıyla ilişkili olacağı, dürtüsellik ölçeği toplam puan ortalamasının hem akıllı telefon bağımlılığı olanlarda hem de ölçek kesme değerine göre DEHB olanlarda artmış olacağı, DEHB ölçek puanları yüksek olanlarda dürtüsellik alt ölçeklerinden sebatsızlık, sıkışıklık ve tasarlama eksikliği puan ortalamalarının yüksek olacağı, akıllı telefon bağımlılığı ölçeği kesme değerlerine göre bağımlı olanlarda dürtüsellik alt ölçeklerinden sıkışıklık, sebatsızlık alt ölçeklerinin yüksek olacağı, akıllı telefon haftaiçi – haftasonu ortalama kullanım saati ve günde ortalama kontrol sayısı değerlerinin, akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puanları arttıkça artmış göstereceği, akıllı telefonu günde ortalama kontrol sayısı yüksek olanlarda dürtüsellik toplam puanlarının yüksek olacağı, akıllı telefon kullanımına bağılı kaza geçirmiş olanlarda; artmış dürtüsellik ölçeği toplam puanı ortalaması, dürtüsellik alt ölçeklerinden artmış sıkışıklık alt ölçeği puan ortalaması, artmış DEHB ölçeği puan ortalamaları ve özellikle artmış hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği puan ortalamaları, artmış akıllı telefon bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları görüleceği hipotezlerinin test edilmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemsirelik Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinden hem okula yeni başlayan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sınıfların hem de okula daha çok alışmış olan orta sınıfların çalışmaya dahil edilmesi açısından 1. ve 3. sınıflar alındı. Erişkinlerde özellikle üniversite öğrencileri yaş grubunda akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olacağı öngörüldüğünden, örneklemimiz 18 – 25 yaş arası üniversite öğrencilerinden oluşturuldu. İnönü Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Anketler gönüllülük usulüyle ve yazılı aydınlatılmış onam alınarak verildi, kısaca çalışma hakkında bilgi verildikten sonra öğrenciler tarafından öz bildirim şeklinde dolduruldu.

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği – Kısa Formu (ATBÖ-K) 10 soruluk 1-6 puanlık Likert ölçeği (8,9), Wender Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ) (10) 25 soruluk 0-4 puanlık likert Likert ölçeği, 5 alt ölçek; irritabilite, depresyon, okul sorunları, davranış sorunları/dürtüsellik ve dikkat eksikliği alt ölçekleri, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) 18 soruluk 0-4 puanlık Likert ölçeği, 2 alt ölçek; hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği alt ölçekleri (11,12), UPPS Dürtüsellik Ölçeği (UPPS) 45 soruluk 1-4 puanlık, 4 alt ölçek; sıkışıklık, tasarım eksikliği, sebatsızlık ve heyecan arayışı alt ölçekleri (7,13) ve sosyodemografik veri formu kullanıldı.

ATBÖ-K için Kwon ve ark. çalışmasının kesme değeri şeklinde (kadınlar için 33 ve üstü, erkekler için 31 ve üstü) kullanıldı. WUDÖ ölçeği için 36 ve üstü kesme değeri alındı.

461

Ölçeklerin tümünde Cronbach alfa değerleri, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında ve çalışmamızda da 0.80 üzeri olarak hesaplanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün tayini açısından akıllı telefon bağımlılığı ile ASRS puanı değişimi, tez tasarlanırken uygun literatür henüz bulunmadığından internet bağımlılığı literatüründen alınarak kullanıldı (14). Yapılan power analizinde alfa: 0.05, 1-beta (güç): 0.80 alındığında akıllı telefon bağımlısı olanlarda ve olmayanlarda ortalama ASRS farkının 4.54 birim olması için her bir gruptan en az 77'ser denegın alınması gerektiği hesaplandı. Akıllı telefon bağımlılığı popülasyonlarda kesitsel çalışmalarda yaklaşık %20 civarında görüldüğünden, 77 akıllı telefon bağımlısı bulunabilmesi için en az 5 katı olan 385 kişilik tarama grubu olması gerektiği hesaplandı.

Çalışmanın verileri SPSS 23.0 programı aracılığıyla değerlendirildi. Parametrik test istatistiği olarak; İki grup arasındaki fark için t testi, ikiden fazla grup arasındaki fark için varyans analizi uygulandı. Non-parametrik test istatistiğinden Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Niteliksel değişkenlerin karşılaştırmalarında Ki Kare testi kullanıldı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza sağlık alanındaki fakültelerden 1. ve 3. sınıflardan, 330 kadın (%80.5), 80 erkek (%19.5) olmak üzere toplam 410 öğrenci dahil edildi.

Çalışmamızda ATBÖ-K toplam puanı Kwon ve ark. kesme değerlerine göre (kadınlarda 33 ve üstü, erkeklerde 31 ve üstü) incelendiğinde öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığı oranı toplamda %36.3 olarak bulundu (44).Kadınların %34.8'i (n: 115) bağımlı olarak saptanırkenken, erkeklerin %42.5'i (n: 34) bağımlı olarak bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasında akıllı telefon bağımlısı olma oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların ortalama ATBÖ-K ölçeği puanı 29.20 ± 10.49 , erkeklerin ortalama ATBÖ-K ölçeği puanı 28.50 ± 10.09 olarak ölçüldü. Kadınların ve erkeklerin ATBÖ-K ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)

Öğrencilerin 350'si (%85.4) sosyal ağlarda hesabı olduğunu belirtmişti. Kadın ve erkek katılımcılar arasında sosyal ağlarda hesabı olmayla ilgili anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2:0.011$, $p>0.05$). Sosyal ağlarda hesabı olma, kaza geçirmiş olanlarda anlamlı fark göstermedi ($\chi^2:0.279$, $p>0.05$). Sosyal ağlarda hesabı olmanın günde ortalama akıllı telefon kontrol etme sayısı ile ilişkisine bakıldığında sosyal ağlarda hesabı olanların olmayanlara göre anlamlı şekilde daha sık akıllı telefonlarını kontrol ettikleri izlendi (H:5.973 $p:0.015$).

Katılımcıların 165'i (%40.2) bugüne kadar akıllı telefona bağlı en az bir kaza geçirdiğini belirtti. Cinsiyetler arasında kaza geçirme oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($\chi^2: 0.891$ $p>0.05$).

ATBÖ-K toplam puanı ortalamaları, sosyal ağlarda hesabı olanlarda olmayanlara göre, akıllı telefon bağımlılığı olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre ve akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olanlarda, kaza geçirmemiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0.05$)

Öğrencilerden 80'inin (%19.56) WUDÖ puanı 36 ve üstündeydi, yani çocuklukta DEHB belirtileri yüksekti. Akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olanlarda kaza geçirmemişlere göre WUDÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ATBÖ-K kesme değerlerine göre bağımlı olan ve olmayanlar WUDÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; akıllı telefon bağımlılığı olanlarda olmayanlara göre WUDÖ toplam, WUDÖ dürtüsellik, WUDÖ depresyon ve WUDÖ dikkat eksikliği puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0.05$).

ATBÖ-K kesme değerlerine göre bağımlı olan ve olmayanlar ASRS toplam ve alt ölçekleri akıllı telefon bağımlılığı olanlarda olmayanlara göre ASRS toplam ve ASRS dikkat eksikliği, ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0.05$).

ATBÖ-K kesme değerlerine göre bağımlı olan ve olmayanlar UPPS toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; akıllı telefon bağımlılığı olanlarda olmayanlara göre UPSS toplam, UPSS tasarım eksikliği, UPSS sebatsızlık, UPSS sıkışıklık puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0.05$).

Akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olanlarda UPPS sıkışıklık alt ölçeği ortalama puanı ve WUDÖ depresyon ($t:2.066$, $p<0.05$), WUDÖ iritabilite ($t:2.169$, $p<0.05$), WUDÖ okul sorunları ($t:2.380$, $p<0.05$) alt ölçek puan ortalamaları kaza geçirmemiş olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$)

Çocuklukta DEHB olanlarda akıllı telefon bağımlılığının bakılan tahmini rölatif riski (Odds Ratio) 2.018 (%95 Güven Aralığı: 1.231 – 3.310) olarak bulundu.

Akıllı telefon bağımlısı olanlarda olmayanlara göre akıllı telefon kullanım amaçları kıyaslandığında bağımlı olmayanların bağımlı olanlara göre bilgi–eğitim amacını anlamlı olarak daha fazla kullandıkları ($t: 4.309$, $p<0.001$), bağımlı olanların bağımlı olmayanlara göre eğlence ($t: 3.931$, $p<0.001$), mesajlaşma ($t: 2.900$, $p<0.01$), sosyal ağlar ($t: 4.802$, $p<0.001$) ve fotoğraf video ($t: 2.873$, $p<0.01$) amaçlarını anlamlı olarak daha fazla kullandıkları bulundu.

Akıllı telefon kullanım amaçları ile akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olma ilişkisi incelendiğinde kaza geçirmiş olanlarda bilgi eğitim amaçlı kullanımın puan ortalamasının anlamlı olarak daha az olduğu ($t:-3.003$ $p:0.003$) görüldü.

Akıllı telefon bağımlısı olanlarda olmayanlara göre WUDÖ, ASRS, UPPS ölçeklerinin toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında WUDÖ ($T: 2.902$, $p<0.01$), ASRS ($T:4.659$, $p<0.001$), UPPS ($T: 5.195$, $p<0.001$) toplam puan ortalamasının akıllı telefon bağımlılığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Çalışmamızda istatistiksel bakımdan fark olmamakla birlikte erkeklerin kadınlara göre bağımlılık oranlarının daha fazla olduğu (erkeklerin %42.5'i, kadınların ise %34.8'i) ve bağımlılık sorunlarını daha fazla dile getirdikleri (erkeklerin %35'i, kadınların ise %29.7'si) görülmektedir. Bizim çalışmamız bu yönüyle önceki çalışmalardan farklılık göstermektedir. Son yıllarda yapılmış olan Sanal ve ark. çalışmasında (2017) ve bizim çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak bağımlılık oranları genel grupta ve erkeklerde daha yüksekti. Bu bulguların, toplumumuzda akıllı telefon bağımlılığı yaygınlığının ve erkeklerde zaman içinde akıllı telefon bağımlılığına ilişkin sorunlarını dile getirmenin arttığına işaret edeceği düşünülmüştür (15).

Savcı ve ark. 2017 yılında Elazığ'da, 14–18 yaş arası 401 lise öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada da, ATBÖ-K ölçeği kullanılmış, katılımcıların ATBÖ-K ortalama puanları 21.64 ± 8.87 olarak gelmiştir (16). Çalışmamızda ise bu değer ortalama 29.06 ± 10.40 olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında çalışmamızdaki 18-25 yaş grubunda ATBÖ-K puan ortalamasının 18 altı yaş grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın örnekleminin akıllı telefon bağımlılığı görülmesi açısından daha riskli bir yaş grubu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda sosyal ağlarda hesabı olanlarda ATBÖ puan ortalaması daha yüksekti ve kesme puanına göre bakıldığında, akıllı telefon bağımlısı olma oranı daha yüksekti ($p > 0.05$) Bu durum Choi ve ark. çalışmasına paralel olarak, sosyal medya kullanımının çeşitli akıllı telefon bağımlılığı kalıplarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (17).

Çalışmamızda eğlence amaçlı kullanımın dürtüsel özelliklerle (UPPS toplam ve tüm alt ölçek puanları) ve DEHB belirtileri ile (ASRS toplam ve alt ölçek puanları) anlamlı yönde pozitif ilişkisi olduğu görüldü. Bilgi eğitim amaçlı kullanımın ise UPPS toplam puanı, tasarlama eksikliği, sıkımsıklık, sebat eksikliği alt ölçekleri ve ASRS dikkat eksikliği ölçeği puanlarıyla anlamlı yönde negatif bir ilişkisi olduğu gözlemlendi. Bu bulgular ışığında dürtüsel özelliklerin ve DEHB belirtilerinin kısmen eğlence amaçlı kullanımı artırarak bağımlılığı artırdığı, dürtüsellik ve DEHB puanları yüksek olan bireylerde sıkılmaya yatkın olmalarıyla akıllı telefon bağımlılığına yatkınlığın arttığı düşünülebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kuss ve ark. (2018) yaptıkları bir çalışmada akıllı telefon bağımlılığı belirtilerinin DEHB ve dürtüsellik belirtileriyle de ilişkili olduğu gözlenmiştir (18). Akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yeni geliştirilecek ölçeklerde dürtüsellik ve DEHB rolü de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ayrıca akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş, olmanın akıllı telefon bağımlılığı ölçütleriyle, çocukluk dönemi DEHB belirtileriyle (WUDÖ toplam puan, iritabilite, depresyon, okul sorunları alt ölçekleri ile) ve UPPS sıkışıklık alt ölçeğiyle anlamlı ilişkisinin gösterilmesi yanında, güncel DEHB belirtilerini sorgulayan ASRS ölçeği toplam ve alt ölçekleri puanları ile anlamlı ilişkisinin olmadığı gösterilmesi akıllı telefon bağımlılığının aktif DEHB belirtilerinden bağımsız olarak emosyon düzenleme güçlükleri aracılığıyla kaza riskini artırabileceğini düşündürmektedir. Örneğimizde akıllı telefona bağlı en az bir kere kaza geçirmiş olma sıklığının %40.2 olması da sorunun önemini vurgulayıcı nitelikte bir bulgudur.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında; kesitsel tasarımda olması nedeniyle, DEHB, dürtüsellik, diğer değişkenler ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkide nedenselliğin net olarak söylenebilmesine olanak tanımaması, tanısal görüşmeler yapılmadan sadece tarama ölçekleri kullanılmış olması, kadın ağırlıklı ve sağlık alanında üniversite öğrencilerinden örneklem kullanılması, akıllı telefon sorunlu kullanımı henüz bir bağımlılık olarak kabul edilmemiş olduğu halde, bağımlılık modelinde incelenmiş olması sayılabilir.

SONUÇ

Akıllı telefon bağımlılığının DEHB ve dürtüsellik ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Potansiyel akademik başarının korunabilmesi ve sağlık risklerinin azaltılması açısından riskli grupların uygun akıllı telefon kullanımı konusunda bilgilendirilmesinin önerilir.

Akıllı telefon bağımlılığıyla ilgili dürtüsellik bileşenlerinden ‘sıkışıklık’ ve ‘sebatsızlık’ ile literatürde daha önce gösterilmiş olan ilişki doğrulansa da daha zayıf olarak ‘tasarım eksikliği’ bileşeniyle de anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. İleri çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak daha yeni olan ve olumlu duyguların yoğun yaşanmasıyla ilişkili dürtüsel davranışları da inceleyen (pozitif sıkışıklık) 5 boyutlu UPPS-P dürtüsellik ölçeğinin kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Güler H, Şahinkayası Y, Şahinkayası H. İnternet ve mobil teknolojilerin yaygınlaşması: fırsatlar ve sınırlılıklar. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2017, 14: 186-207

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Ranjan B, Malay G, Kaustav C, Kumar MS. Gadget addiction, technostress & internet addiction: upcoming challenges. *Bengal Journal of Private Psychiatry* 2016, 4: 1-13.
3. Oulasvirta A, Rattenbury T, Ma L, Raita E. Habits make smartphone use more pervasive. *Pers Ubiquit Comput* 2012, 16: 105-114
4. Ozel-Kizil ET, Kokurcan A, Aksoy UM, Kanat BB, Sakarya D, Bastug G, Colak B, Altunoz U, Kirici S, Demirbas H, Oncu B. Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2016, 59: 351-8
5. Mukaddes NM, *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Ve Eşlik Eden Durumlar*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2015: 16, 18, 32
6. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med* 2019, 122: 97-109
7. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Indiv Differ* 2001, 30: 669-89
8. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PLoS One* 2013, 8: e83558
9. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16: 73-81
10. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-utah derecelendirme ölçeğitürkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatr Derg* 2005, 16: 252-9
11. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. The world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005, 35: 245-56
12. Doğan S, Öncü, B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr De* 2009, 10: 77-87
13. Yargıç İ., Ersoy E, Oflaz, SB. UPPS dürtüsel davranış ölçeği ile psikiyatri hastalarında dürtüsellüğün ölçümü. *Klin Psikofarmakol B* 2011, 21: 139-146.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

14. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Taymur I, Evren B, Topcu M. The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of internet addiction risk. *Psychiatry Res* 2015, 228: 156-61
15. Sanal Y, Ozer Ö. Smartphone Addiction and the Use of Social Media among University Students. *Mediterranean Journal of Humanities* 2017, 7: 367-377
16. Savcı M, Aysan F. Teknolojik bağımlılıklar ve sosyal bağlılık: internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığının sosyal bağlılığı yordayıcı etkisi. *Dusunen Adam* 2017, 30: 202-216.
17. Orosz G, Vallerand RJ, Bóthe B, Tóth-Király I, Paskuj B. On the correlates of passion for screen-based behaviors: the case of impulsivity and the problematic and non-problematic facebook use and tv series watching. *Pers Individ Differ* 2016, 101: 167-76
18. Kuss DJ, Harkin L, Kanjo E, Billieux J. Problematic smartphone use: investigating contemporary experiences using a convergent design. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15: 142

S-88 YOĞUN BAKIM KİMSESİZLİK ANLAMINA MI GELİYOR ?**DOES INTENSİVE CARE MEAN LONELINESS?****Aysel Özdemir, Abdurrezzak Gültekin**

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), fiziksel durumu ağır olan hastaların monitör ile izlenerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, karmaşık cihazların bulunduğu ünitelerdir. Hastaların yaşamsal işlevleri risk taşıyacak derecede bozulduğunda, yaşamlarının sürdürülmesi ve özel tedavi yöntemlerinin uygulanması için YBÜ’de takip edilmeleri gerekir. Hastalık ya da yaralanma beden üzerinde önemli derecede fizyolojik stres oluştururken; yoğun bakım ünitelerinde yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yatağa bağımlı olma, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi faktörler hastalar için önemli stresörler olabilmektedir. Ancak YBÜ’ de üzerinde durulması gereken önemli bir stresör de hastaların yakınlarını ve ailelerini görememesi durumudur. Bu derlemenin amacı YBÜ’ de hasta ziyaretlerinin önemi hakkında bilgi vermektir.

468

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, yoğun bakım üniteleri üniteleri, hasta ziyareti.**Abstract**

Intensive care units (ICUs) are units with complex devices that monitor the life functions of patients with severe physical condition, support special functions. When the vital functions of the patients are impaired to a risk, they should be followed up in the ICU to survive and apply special treatment methods. Disease or injury causes significant physiological stress on the body; Factors such as life threatening in intensive care units, unfamiliar environment and people, being bed-dependent, frequent painful interventions, not being sufficiently informed about disease, treatment and applications can be important stressors for patients. However, an important stressor that needs to be emphasized in the ICU is that patients cannot see their relatives and families. The purpose of this review is to give information about the importance of patient visits in ICU.

Key words: Intensive care, intensive care units, visitation.

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), fiziksel durumu ağır olan hastaların monitör ile izlenerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, karmaşık cihazların bulunduğu ünitelerdir. Hastaların yaşamsal işlevleri risk taşıyacak derecede bozulduğunda, yaşamlarının sürdürülmesi ve özel tedavi yöntemlerinin uygulanması için YBÜ’de takip edilmeleri gerekir. Hastalık ya da yaralanma beden üzerinde önemli derecede fizyolojik stres oluştururken; yoğun bakım ünitelerinde yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yatağa bağımlı olma, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi faktörler hastalar için önemli stresörler olabilmektedir. Alaca çalışmasında, yoğun bakımda yatan hastaların hastalık süreciyle birlikte yoğun korku ve endişe yaşadıkları ve ölümü düşündüklerini tespit etmiştir. Ancak YBÜ’ de üzerinde durulması gereken önemli bir stresör de hastaların yakınlarını ve ailelerini görememesi durumudur (1-10).

YBÜ, fiziksel ortamı ve çalışma biçimi nedeniyle farklılık göstermekte ve diğer birimlerden ayrılmaktadır. Bu birimlerde hasta yakınlarının enfeksiyon için risk oluşturdukları ve hastada fizyolojik değişikliklere neden olabilecekleri varsayılmakta ve bu nedenle de ziyaretler sınırlandırılmakta ve ya tamamen yasaklanmaktadır (11).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin gereksinimleri ilk kez Molter tarafından 1979 yılında ortaya atılmıştır ve hastanın yakınında bulunma bir gereksinim olarak saptanmıştır (12).

Ülkemizde ziyaret ve bilgi alma hakkına ilk defa 2011 yılında yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği’nde ” yer verilmiş ancak bu konuda uygulama birliğinin sağlanamaması üzerine son olarak Mayıs 2019’da yasal bir düzenlemeye gidilerek bir genelge yayınlanmıştır. Genelgede hasta hakları mevzuatında halen yer alan, hasta yakınlarının hastalarını ziyaret ve bilgi alma hükmü korunmuş ve gerekli şartların sağlanması halinde yoğun bakıma hasta ziyareti uygun ve gerekli görülmüştür.

Genelgeye göre; yenidoğan yoğun bakım servisleri dahil tüm yoğun bakım servislerine ziyaretçi kabul edilebilir. Ancak hastanın sağlık durumu dikkate alınarak, ziyarete hekim tarafından kısıtlama getirilebilir. Ziyaret öncesi hekim tarafından belirlenen görevli sağlık personeli tarafından eğitim verilmelidir. Ziyaretlerde yoğun bakım hastalarının takip ve tedavisini aksatmamak ayrıca hasta güvenliğini sağlamak esastır. Ziyaret süresi mümkün olan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

en kısa süre ile sınırlandırılmalıdır. Ziyaret esnasında görevli sağlık personeli tarafından, hasta yakınına hastanın durumu hakkında anlaşılabilir şekilde bilgi verilmelidir. Ziyaretçi kendi hastası dışında başka hastaya ve alana temas etmemeli ve izolasyon kurallarına uymalıdır. Hasta ziyaretlerinin zamanına hekimin önerisi ile hastane idaresinin karar vermesi hükme bağlanmıştır. Ziyaret esnasında mahremiyetin sağlanması esastır.

Genelgede ayrıca ziyaret esnasında koruyucu malzeme kullanımı ile ilgili ayrıntılı bilgiler mevcutken; istisnai durumlara da yer verilmiş; bulaşıcı hastalığı olan hasta yakınının ziyaretinin ancak çok gerekli olması durumunda maske ve el hijyeni sağlanarak kabul edilmesi, 10 yaş altı çocukların çok gerekli olmadıkça erişkin yoğun bakıma alınmaması gerektiği bildirilmiştir.

Bu genelgeye göre bünyesinde yoğun bakım bulunan tüm hastanelerin yoğun bakıma hasta ziyareti ile ilgili kurallar belirlemesi ve bu kuralları hasta yakınlarının ulaşabileceği yerlerde duyurması esas alınmış, en geç 1 ay içinde düzenlemelerin yapılarak ziyaret uygulamasına gidilmesi zorunlu hale getirilmiştir (13).

1970’li yıllardan itibaren YBÜ’ ye açık ziyaretin hasta, hasta yakınları ve hemşireler üzerine etkilerine yönelik çalışmalar yapılmakla birlikte, halen ziyaret konusunda farklı uygulamalar görülmektedir. Ziyaret, önceden belirlenmiş bir zaman dilimi içerisinde (kısıtlı) olabileceği gibi, 24 saat boyunca da (esnek) olabilir. YBÜ’ de ziyaret saatlerine yönelik politika ve uygulamaların kurum düzeyinde açık ve net olması gerekmektedir. Sınırlı ziyaret saatleri hem aileler hem de hastalar için temel kaygı nedenidir. Ayrıca ailelerin hastayı istedikleri zaman ziyaret etmeye gereksinim duydukları ve eğer hastanın durumu ciddiye, gereksiniminin arttığı belirtilmektedir (14-20).

AMAÇ

Bu derlemenin amacı YBÜ’ de hasta ziyaretlerinin önemi hakkında bilgi vermektir.

YÖNTEM

YBÜ’ de hasta ziyaretlerinin önemi hakkında bilgi vermek amacıyla Kasım 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında Google Akademik, Yöktez, PubMed, Cochrane Library veri tabanlarında “yoğun bakım”, “hasta ziyareti” ve “yoğun bakıma hasta ziyareti” anahtar kelimeleri ile 2009-2019 tarihleri arasındaki çalışmaları kapsayacak şekilde tarama yapılmış ve sonuçlar literatür ışığında paylaşılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

1. Yoğun Bakım Ziyaretinin Hasta ve Yakınları Üzerine Etkileri

İnsan spiritüel boyutu olan bir varlıktır. Her koşulda bu gereksiniminin karşılanması gerekmektedir. İnsanın spiritüel boyutunu ele alan çalışmalara göre, yoğun bakımda yatan hastaların yakınları ile görüşmemeleri yalnızlık, terk edilmişlik duygularına, anksiyete ve depresyon olmak üzere başta psikiyatrik sorunlara uzun dönemde ise fiziksel sorunların katlanarak artmasına neden olmaktadır. Dolayısı ile gerçek spiritüel bakım hasta ve ailesinin katılımı ile olmaktadır (21-28).

Karadeniz çalışmasında yoğun bakımda yatan hastaların en çok etkilendikleri stres sebeplerini sıralamış ve aile ve arkadaşları günde birkaç dakikayı görememek ve eşini görememek adlı iki bulguya ulaşmıştır (29). Alaca çalışmasında hastaların % 37'si aile ve yakınlarını göremediklerini belirtmiş ve onlardan destek almak istediklerini belirtmişlerdir (30).

Simpson'un açık ziyaretin hastalar üzerindeki etkisiyle ilgili yaptığı çalışmasında, hastalar aile üyelerinin ziyaretlerini yararlı bulmuşlar ve ağrı, uyuyamama gibi semptomların aileleri yanlarında iken olmadığını ifade etmişlerdir (31). Gonzalez, Carroll, Elliott ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesindeki hastaların ziyaret tercihlerini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların üçten fazla ziyaretçi istemedikleri, ziyaretin ortalama 30-35 dakika sürmesini ve günde 3-4 defa yakınlarını görmek istedikleri belirlenmiştir (32).

Livesley, Gilliam, Mokrcek ve ark. belirttiğine göre; nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde bulunan 24 hastada aile ziyaretinin intrakraniyal basınca etkisini değerlendiren bir çalışmada hastaların %75'inde intrakraniyal basıncın düştüğü, aile ziyaretinin mental duruma etkisini değerlendirilen diğer bir çalışmada ise hastaların %78'inde mental durum puanlarında düzelme olduğu saptanmıştır (33). Bir başka çalışmada ise yoğun bakım ünitesinde kısıtlanmayan ziyaretin hastalar üzerine etkilerini değerlendirmiş; ziyaret uygulaması ile çevresel mikrobiyal kontaminasyonun arttığı, fakat bunun septik komplikasyonlara neden olmadığını belirlemiştir (34).

Yoğun bakım hasta yönetiminde hasta yakınları dışsal bir süreç olarak değil, hasta ile bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hastanın yaşadığı krizi aşabilmesi için çoğu kez ailesinin anlayış ve desteğine gereksinimi vardır (35).

Yoğun bakım ünitesine aile ziyaretinin hasta ailesi üzerine de olumlu etkileri vardır. Yoğun bakım ünitesi hastalarını ziyaret eden aile bireylerini konu alan bir çalışma, hasta yakınlarının üçte ikisinden fazlasının, hastaneye yatışın ilk günlerinde anksiyete belirtileri

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

gösterdiğini tespit etmiştir (36). Hastaların %47.9'u ve yakınlarının %28.8'inin depresif belirtilere sahip oldukları başka bir çalışma ise, kaygı düzeylerinin, düşük gelirli ve eğitim düzeyi düşük, tam süresi 6 aydan daha uzun olan, ileri evre hastalığı olan ve / veya hastalığa yakalanan kadınlarda daha yüksek olduğu ve hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın depresyon düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (37). Bou çalışmasında hasta ve yakınlarının bilgi ihtiyacının karşılanması ve iletişimin geliştirilmesi sonucunda hasta ve yakınlarının memnuniyetine ilişkin olumlu sonuçlar tespit etmiştir (38).

2. Yaşam Sonu Veda

Ülkemizde palyatif bakım ünitelerinin yeterince yaygınlaşmaması nedeniyle yaşam sonu bakım merkezi olarak da yoğun bakımlar kullanılmaktadır. Terminal dönemde olan hastaların yakınları tarafından ziyaretleri ile ilgili herhangi bir özel durum bulunmamakla birlikte kısıtlamalar devam etmektedir (39-42). Yılmaz ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin % 87.7'sinin bu dönemde hasta ziyaret kısıtlaması olmaması gerektiğini belirtmişlerdir (41). Ay çalışmasında terminal dönemde fiziksel bakımdan çok duygusal bakımın önemli olduğunu ve en iyi desteğin aile tarafından verileceğini belirtmiştir. Koyuncu çalışmasında hasta yakınlarının hasta ziyareti konusunda çeşitli kısıtlamalarla karşılaştıklarını, yeterli bilgi alamadıklarını ve hastaları için dini ve kültürel uygulamalarına yeterince izin verilmediğini tespit etmiştir (40). Terminal dönemdeki hastanın hak ettiği yaşam sonu bakım ve tedavinin verilmesi kadar, hasta ve yakınlarına destek olmak da yoğun bakım ekibinin görevleri arasındadır.

3. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Hasta Ziyareti

YBÜ' de kısıtlı veya esnek ziyaret saatlerine izin verildiğinde, hasta ve ziyaretçilerin kontrolü hemşirenin iş yükünü artırabilmekte ve hastanın bakımı için ayrılan zamanda azalmaya neden olabilmektedir. Diğer taraftan kısıtlı ziyaret saatleri, ailenin gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireler için olumlu bir adım olarak görülmektedir (43-45).

Ziyaret uygulaması yapılan yoğun bakım ünitelerinde hasta ailesine ortamla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin desteklenmesi gerekmektedir. Bu ise büyük oranda YBÜ' de çalışan hemşireler tarafından üstlenilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde kısıtlı ya da esnek ziyaret uygulamasının hemşireler tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Ancak bu uygulama için yeterli hemşire sayısının bulunması gerektiği de yadsınamaz bir gerçektir. Yoğun bakımlara yapılacak olan hasta ziyaretlerinin gerekliliği ve ziyaretlerin yönetimi hekimin kontrolüne bırakılmıştır. Bu durumun hemşireler açısından karmaşaya yol açması

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olasıdır. Yoğun bakım hasta ziyaretlerinin hasta ve aile merkezli olmak üzere hemşire, hekim ve hastane idaresi tarafından koordine edilmesi, ilgili genelgenin en kısa zamanda eksik kısımları tamamlanarak uygulamaya geçirilmesi, palyatif bakım ünitelerinin yaygınlaştırılması ve yaşam sonu bakım alan hastaların mutlaka kontrollü bir şekilde ziyaretleri sağlanmalıdır (46-50).

SONUÇ

Yoğun bakımda çalışan hemşire sayısı arttırılmalı, hasta ve hasta yakınlarının birbirlerini düzenli olarak görebilecekleri ziyaret saatleri düzenlenmeli, uygun izolasyon kuralları uygulanarak ziyaret sağlanmalı, ya da kamera, cam bölme ya da defter aracılığı ile görüşmenin sağlanabileceği düzenekler kullanılmalıdır. Yoğun bakım hastaları kadar hasta yakınlarının da yardıma ve desteğe ihtiyaçları olduğu göz önünde bulundurulmalı, hasta ve yakınlarının taleplerinin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Clayton JM, Hancock K, Parker S, Butow PN, Walder S, Carrick S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psychooncology* 2008; 17: 641-59.
2. Yılmaz M, Çiftçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Gogus Kalp Damar* 2010; 18:183-9.
3. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg* 2011; 1:21-5.
4. Torun S, Kadioğlu S, Öztunç G. Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2012; 34:33-40.
5. Demir M. Palyatif Bakım Etiği. *Yoğun Bakım Derg* 2016; 7:62-6.
6. Tanriverdi O, Yavuzsen T, Turhal S, et al. Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Eur J Cancer Care* 2016;25(3): 502-15.
7. Miller WR. Qualitative research findings as evidence: utility in nursing practice. *Clin Nurse Spec* 2010;24:191-3.
8. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24:300-13.
9. Bissonnette JM. Adherence: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;63:634-43.
10. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62:107-15.

11. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: Hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2011;4:1-12.
12. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. Nurs Forum 2005;40:18-28.
13. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Ziyareti Uygulamaları. Erişim Tarihi 25.08.2019
14. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA 2004;292:736-7.
15. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. Nurs Crit Care 2006;11:33-41.
16. Karabacak Ü, Şenturan L, Özdilek S, Şimşek A, Karateke Y, Eti Aslan F ve ark. Cerrahi yoğun bakım hastalarında ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisi: Pilot çalışma. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2012;18:18-22.
17. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. Circulation 2006;113:946-52.
18. Dedeli O, Yıldız E, Yuksel S. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. Holist Nurs Pract. 2015; 29(2):103-13.
19. Koyuncu A, Aslan FE, Yava A ve ark. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri. Turk Gogus Kalp Dama 2016; 24(1):68-75.
20. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hem Ar Ge Derg 2004;1:7-13.
21. Çıracı Y, Nural N, Saltürk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. Support Care Cancer 2016;24:3525-31. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.
22. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. KUHEAD 2013;10:56-60.
23. Broyles, LM, Tate J, Happ MB. Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. American Association of Critical-Care Nurses, 2012; 21(2), 20-32.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

24. Çınar Yücel, Ş. (2011). Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4 (1), 174-181.
25. Grossbach I, Stranberg S, Chlan L. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 2011; 31(3), 46-63.
26. Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. When patients are conscious during respirator treatment - a hermeneutic observation study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 2012; 28, 197-207.
27. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, et al. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal Critical Care* 2011; 20, 470-79.
28. Karadeniz FT, Kanan N. Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(1):1-8.
29. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(2):69-74.
30. Simpson T (1991) Critical care patients' perceptions of visits, *Heart and Lung*, 20(6): 681-688.
31. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, et al. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex medical care unit, *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3):194- 197.
32. Livesay S Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey JV. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit *Journal of Nursing Care Quality* 2005; (2): 182- 189.
33. Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 11: (1), 27-31.
34. Aktaş Y, Arabacı LB. Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(3): 39-43.
35. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit results from a pilot, randomized trial, *Circulation*, 2006; 113: 946- 52.
36. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70.
37. Bou Khalil R. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliat Support Care* 2013;11(1):69-78.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

38. Guven T. Truth-telling in cancer: examining the cultural incompatibility argument in Turkey. *Nurs Ethics* 2010;17(2):159-66.
39. Ay F, Gençtürk N. Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: odak grup çalışması. *F.N. Hem. Derg* 2013; 21:164-71.
40. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED* 2015, 2(2):41-46.
41. Türker İ, Kömürcü Ş, Arıcan A, et al. Investigational tests and treatments performed in terminal stage cancer patients in two weeks before death: Turkish oncology group (TOG) study. *Med Oncol* 2014;31(12):350.
42. Aslıhan A, Alvur M. Palyatif bakımda etik ve medikolegal yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017; 8(4): 292-8.
43. Sekmen DI, Ünsar S. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2018; 9(20): 113-19.
44. Ozdemir L. Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010;1:5-12.
45. Zaybak A, Guneş UY. Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010;26:17-26.
46. Williams CMA. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2005;10:6-14.
47. Efil S, Kurucu MN, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2011;12:151-5.
48. Tuncay GY, Ucar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;33-46.
49. Süren M, Okan İ, Kaya Z, Karaman S, Arıcı S, Çömlekçi M, et al. Initial experience with delivery of palliative care to terminal cancer patients. *Turk J Med Sci* 2014; 46(2):388-92.
50. Henry B. A systematic literature review on the ethics of palliative sedation: an update (2016). *Curr Opin Support Palliat Care* 2016; 10(3):201-7.
51. Aydın B, Şahin E. Hastanelerde hasta yakınları tarafından belirlenen iletişim engellerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi* 2018; 48: 60-75.
52. Yıldırım Y, Doğru B, Mehrekula Z ve ark. Terminal dönemdeki hastaların bakımında huzurlu yaşam sonu teorisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(3): 195-202.
53. Filiz N, Dikmen N. Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. *J hum rhythm* 2017; 3(2): 95-100.

S-90 YUMUŞAK DOKU SARKOMU TANISI ALAN BİREYİN WATSON İNSAN BAKIM KURAMI DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMININ PLANLANMASI: BİR OLGU SUNUMU

PLANNING NURSING CARE IN THE PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF SOFT TISSUE SARCOMA IN WATSON HUMAN CARE THEORY: A CASE REPORT

Yasemin Özyer¹, Zeliha Koç²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun/ Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

Özet

Yetişkin yumuşak doku sarkomu, kanser hücrelerinin, vücudun yumuşak dokularında oluşturduğu nadir görülen hastalıklardan biridir. Geniş bir metastaz ağına sahip olan bu kanser doku, lenf sistemi ve kan yoluyla vücuda yayılabilmektedir. Bu süreçte hemşirelerin birey ve ailesine iyileştirici bakım ile birlikte, inanç-umut, güven sunabilmesi son derece önemlidir. Bu olgu sunumunda, yumuşak doku kanseri tanısı alan, kemik metastazı gelişen, kemoterapi tedavisi gören, evli ve üç yaşında çocuğu olan, 26 yaşında kadın hasta Watson İnsan Bakım kuramı doğrultusunda ele alınarak hemşirelik bakımı planlanmıştır. Hemşirelik bakımı sunarken hastanın fiziksel, duygusal ve ruhsal duygularını ifade edebilmesi; inanç, umut, güven, yardım edici ilişki kurulabilmesi için hastanın eşi bakıma dahil edilmiştir. Bu süreçte hastanın inanç ve umudu desteklenmiştir. Hastanın olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmesi desteklenerek korku ve kaygıları azaltılmıştır. İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının, hastayla iletişimi güçlendirdiği, hastanın korkularını azalttığı ve bireyin inanç ve tutumunu desteklediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, Kemoterapi, Yumuşak doku kanseri

Abstract

Adult soft tissue sarcoma is one of the rare diseases caused by cancer cells in the soft tissues of the body. This cancer has a wide network of metastases and can spread to the body through tissue, lymph system and blood. In this process, it is very important that nurses can offer faith, hope and trust together with curative care to the individual and family. In this case report, a 26-year-old female patient who was diagnosed as soft tissue cancer, developed bone metastasis, treated with chemotherapy, married and has a 3-year-old child, was planned in accordance with Watson Human Care theory and nursing care was planned. To express the physical, emotional and mental feelings of the patient while providing nursing care; In order to establish faith, hope, trust, and helpful relationship, the patient's wife was included in the care. In this process,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

the patient's belief and hope were supported.

Fear and anxiety were reduced by supporting the patient's expressing positive and negative emotions.

It is seen that nursing care based on Human

Care Theory strengthens the communication with the patient, reduces the fears of

the patient and supports the belief and attitude of the individual.

Keywords: Nursing care, Chemotherapy, Soft tissue cancer

GİRİŞ

Yumuşak doku sarkomu, Tüm kanserlerin %1'ini oluşturan, mezenşimal hücrelerden köken alan, heterojen özellik gösteren nadir görülen tümörlerdendir (Çubukçu ve Ocak, 2019). Yumuşak doku sarkomu, vücutta genellikle kemik, kas, yağ dokusunda; baş, boyun, ekstremiteler ve retroperiyumda bulunmaktadır (Toğral ve Gürgör, 2019; Arat ve ark., 1993). Yumuşak doku sarkomu, ağrısız ve derin yerleşim göstermesi nedeni ile genellikle geç belirti verebilmektedir. Hastaya tanı Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), direkt grafi, ultrasonografi gibi yöntemler ile konulabilmektedir. Bununla birlikte tanıda histopatolojik değerlendirilmede önemlidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörler ile birlikte konjenital nedenler, ilaçlar, travma, virüsler etkili olabilmektedir (Çubukçu ve Ocak, 2019; Arat ve ark., 1993). Akciğer, kemik ve karaciğer metastazı hastalığın prognozunu etkileyen önemli faktörlerdir. Hastalığın tedavisinde kullanılan yöntemler ise cerrahi eksizyon, kemoterapi ve radyoterapidir. Tümörün fasya, kas ve yağ dokuya kadar uzanan cerrahi ameliyatı yapıldıktan sonra adjuvan radyoterapi ve kemoterapi ile hastanın tedavisine devam edebilmektedir. Bazı hastalarda kemiğe invazyonda görülebilmektedir. Kemiğe invazyon gelişen durumlarda hastaya önce endoprotezler uygulanmakta, tedavinin başarılı olmadığı durumlarda amputasyon alternatif tedavi yöntemi kullanılmakta fakat bu durum yüksek morbiditeye neden olmaktadır (Toğral ve Gürgör, 2019; Arat ve ark., 1993).

Bu çalışmanın amacı; yumuşak doku sarkomu nedeni ile kemoterapi alan hastanın İnsan Bakım Modeli, kullanılarak yaşadığı problemlere yönelik hemşirelik bakımının uygulanmasıdır. İnsan Bakım Modeli etik, teorik ve felsefik bakım alanlarında hastaya bakım verilmesini sağlayarak, bütüncül bakımın önemini vurgulamaktadır. İnsan Bakım Modeli, hemşirelere bakım konusunda yeni bir umut ışığı olmakta ve holistik bakımı desteklemektedir.

İnsan Bakım Modeli

Hemşireler için bakım kuramını geliştiren Jean Watson'a göre hemşirelik; sosyal ve bilimsel yardımın birleşimidir. Birey ve hemşire arasındaki etkileşim süreci hemşireliğin odak noktası, ruh, akıl ve hayaller ise bakım uygulamalarını oluşturan öğelerdir. İnsan Bakım Modelin'de bakım bilim ve sanattan oluşmakta, bakım verme ise hemşireliğin özünü oluşturmaktadır. Hemşire ise kişilerarası bakım sürecinde, iyileştirme süreçlerini kullanarak bakımı gerçekleştirmektedir. İBM, bakımın sadece invazif girişimlerden değil, hasta ve hemşire arasındaki sevgi şefkatten kaynağını göstermektedir. İnsan Bakım Modeli'nin temelini hemşirelerin içten, ilgili, anlayışlı, yardım eden, destek olan, duyarlı, dürüst, saygılı bakım davranışları oluşturmaktadır. İBM; Kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı, iyileştirme süreçleri olmak üzere üç temel kavramdan oluşmaktadır (Karadağ ve ark., 2017; Aktürk, 2016).

İnsan Bakım Modeline Göre Hemşirelik Süreci

HA, 26 yaşında, ev hanımı, evli ve bir çocuk annesidir. HA, Yumuşak Doku Sarkomu nedeniyle iki yıldır kemoterapi ünitesinde tedavi görmektedir. Tedaviye her ay, haftanın beş günü gelmekte ve her tedavi 4 saat sürmektedir. Tedaviden sonra kendini çok yorgun ve halsiz hisseden hastaya annesi ve eşi bakmaktadır. Çoğunlukla annesinin yanında kaldığını ifade eden hasta, aslında yalnız kalmak ve kendine ait bir yaşam sürmek istediğini ama mecbur kaldığı için annesinin yanında kaldığını ifade etmektedir. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın özgeçmişinde hastalık hikayesi bulunmamaktadır. Hastanın fiziksel değerlendirmesinde herhangi bir anormal bulguya rastlanmamıştır. Hasta hematolojik bulgularında sık sık lökopeni ve hemoglobin düşüklüğü görülmektedir.

İnsan Bakım Modeline Göre Olgunun Değerlendirilmesi

Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması ve Bakım Anının Başlaması

HA'ya güler yüzlü, sıcak, samimi, içten, güven verici, duyarlı yaklaşmış, kendisine destek olmak istediğimiz ifade edilmiş ve bunun sonucunda hasta yaşadığı korku, üzüntü, stres ve kaygılarını ifade etmiştir. Hastalığına bağlı olarak ölüm korkusu yaşayan hastaya, hastaneye karşı geliştirdiği negatifliği en aza indirmek için girişimler planlanmış ve eşi bakıma dahil edilmiştir. Hasta samimi ve içten kurulan karşılıklı etkileşime bağlı olarak kendini fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi hissetmeye başlamış ve iyi olacağına dair inancı artmıştır.

Modelin Aşamalarına Göre Hastada Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

İyileştirme Süreçlerinin Kullanılması

İyileştirme Süreci-1. İnsani Değerler Sistemi

İnsani değerler sistemi, insancılık, adanmışlık, sevgi ve şefkat gibi değerler üzerine kurulmuştur. Karşılıklı etkileşimin esas olduğu, bireyin yaşamındaki deneyimlerden temel alan iyileştirme sürecidir. HA'ya ismiyle hitap edilerek, ilgili ve güven dolu bir ortam oluşturulmuştur. Sağlık öyküsü alınırken anlayışlı, sabırlı, kibar, içten bir yaklaşım sergilenmiş, kendisine sevgiyle ve şefkatle yaklaşmıştır. HA, bu içten, samimi ve sıcak yaklaşımın kendisini daha değerli ve daha iyi hissettirdiğini ifade etmiştir (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci-2. İnanç-Umut

Bireye güzel sözler, pozitif düşünceler ve inancı aşlamayı içermektedir. Bireyin ruhsal dünyasını anlamayı, inanç ve umut kavramlarıyla akıl- beden- ruh uyumunu birleştirmeyi amaçlamaktadır. Hastayla göz teması kurularak iletişim gerçekleştirilmiş, korku, kaygı, üzüntü ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmıştır. Hasta içinde bulunduğu ortamı, yaşadığı umutsuzlukları ve güçlükleri ifade etmiştir. Aynı hastalığı olan bireylerle tanıştırılarak duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlanmıştır. HA, onu etkileyen olumsuz düşüncelerin üstesinden gelme konusunda kendisine daha fazla inandığını ve iyileşmek istediğini ifade etmiştir (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci-3. Kendine ve Başkalarına Duyarlılık

Başkalarının duygularını hissetmek ve hatırlamak, kendine ve başkalarına duyarlılığı geliştirmenin yollarından biridir. Hastayı anlamak ve ona yardım etmek duyarlılığı gösteren davranışlar arasındadır. Hemşire, hastanın emosyonel dünyasıyla bağlantı kurabilmeli, onların duygu ve hislerini anlamaya çabalamalıdır. HA'ya duyarlı ve önyargısız bir şekilde yaklaşılarak, hastalığı ile ilgili duygu ve düşünceleri öğrenilmeye çalışıldı. Kendisini ifade etmesi için sorular sorularak, hastalığı hakkında bilmek istediği konular hakkında bilgi verildi. Daha çok sosyalleşmesi ve hobiler geliştirmesi için desteklendi (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci- 4. Yardım Eden İlişki

Olumlu ve olumsuz duyguların açıklanmasını, anlamayı, iki insanın öznel olarak geçişini ifade eden, kaliteli bakımın temelini oluşturan bir süreçtir. Empati, etkin iletişim, samimiyet, uyum gibi kavramları içermektedir. Hastayla olumlu ve güven verici bir iletişim

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kurularak kaygı ve korkularını ifade etmesi sağlandı. Hastalığı ve merak ettiği konular hakkında bilgi verildi. İlgi alanları ve ailesi hakkında konuşması için cesaretlendirildi.

Yaşadığı yorgunluk nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanan HA, bu konuda desteklendi. Eşinin bakıma katılımı sağlandı. HA, kendisini daha iyi hissettiğini ve bakıma daha fazla katkıda bulunacağını ifade etmiştir (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci- 5. Olumlu ve Olumsuz Duyguları İfade Etme

Bireyin nedeni belli olmayan korkularının ve dışa vurulmayan duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmesi, kendisinin farkına varması durumunu içeren iyileştirme sürecidir. Hemşireler için bireyleri dinlemek ve hikayelerine ortak olmak iyileşme sürecinde büyük bir öneme sahiptir. HA'nın korkularını, öfkesini ve kendisini ifade etmesi sağlandı. Merak ettiği sorular cevaplandı. Hastanın oluşturulan güven verici ve destekleyici ortam sayesinde yaşadığı olumlu ve olumsuz duyguları rahatça ifade ettiği görüldü (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci- 6. Bakım Sürecinde Yaratıcı Problem Çözme

Hemşirelik sürecinin kullanımı; mantıksal, sistematik bir çerçevede teknolojiyi kullanan, üretici, hayal gücünü içeren, holistik bakımı destekleyen, objektif, tarafsız, bilme ve uygulamayı esas alan bilimsel problem çözme yollarını içermektedir. HA'nın yaşadığı sorunlar ele alınarak hemşirelik girişimleri planlandı ve uygulama yapıldı. Hastane ortamında düşme riskini önlemek için güvenlik önlemleri alındı. Günlük yaşam aktivitelerinde ve yapılan egzersizlerde yorucu aktivitelerden kaçınılması sağlandı. Ağrısı olduğu zamanlarda dinlenmesi önerildi. Gündüz uyuyan ve gece uyumayan hastanın gündüz uykularının azaltılması, kitap okuması, gece uyurken ışıkları kapatması ve ılık duş alması önerildi. Yapılan girişimler sonrasında hastanın kendisini daha rahat hissettiği görüldü (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci- 7. Kişiler arası öğrenme ve öğretme

Bu süreç hemşirenin eğitim yönünü vurgulayarak öğrenme ve öğretme teknikleri ile bireyin öz bakımına katılımını ve bireyselleştirilmiş bakımı esas almaktadır. Bireysel hijyen uygulamaları ve egzersiz hakkında eğitim verildi. Düzenli ve sağlıklı beslenmenin önemi vurgulandı. Annesi ve eşinden destek almanın normal bir süreç olduğu, kendisini kötü hissetmemesi gerektiği, aktivitelerin çoğunu yapabilecek güçte olduğu ifade edildi. HA'nın

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

dinlenildiği ve endişeleri azaldığı için hemşireye olan içtenliği ve güveni artmıştır (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci-8. Destekleyici, Koruyucu ve/veya İyileştirici, Zihinsel, Fiziksel, Toplumsal ve Ruhsal Çevre

Kaliteli bakım ve iyileşmeyi sağlamak, sağlığı yükseltmek, düzeltmek, hastalıkları önlemek için oluşturulan fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu güzel ve huzurlu çevreyi ifade etmektedir. HA için duygusal, ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı ve konforlu bir çevre oluşturulmaya çalışıldı. HA, hastane ortamını genel olarak sevmediğini, hastane ortamı ve kokusunun onu rahatsız ettiğini ifade etmiştir. HA'yla iletişimde onun konuşmak istediği, merak ettiği konular hakkında konuşuldu. Ağrısı olduğu zamanlarda dikkati başka yöne çekilerek ağrısı ortadan kaldırılmıştır. Yapılan tüm bu girişimlerin evde de uygulanabileceği ifade edilerek evde bakım konusunda desteklenmiştir (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileştirme Süreci-9. İnsan Yardımına Gereksinim Duyma

Hemşire bireyin ihtiyaçlarını Maslow'un piramidinde olduğu gibi en alttan en üste doğru karşılamalıdır. Bütün ihtiyaçlar birbirine bağlı ve birleşiktir. Bakım anında iyileşme için hepsi aynı derecede önemli ve değerlidir. Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçları hemşire tarafından belirlenmeli ve buna yönelik bakım planı oluşturulmalıdır. HA'nın yardıma gereksinim duyduğu konular belirlenmiş ve öz bakımına katılımı sağlanmıştır. Az ve sık beslenmesi, sevdiği yemekleri yemesi, baharatlı ve acı gıdalardan uzak durması, yemekten sonra ağız bakımı yapması için teşvik edildi. Ev yaşantısı içinde egzersizler yapmasının onu rahatlatacağı ifade edildi. Hastaya emosyonel destek verilerek, duygularını ve hissettiklerini paylaşması sağlandı. HA, yalnız olmadığını ve aslında bakımın içinde olduğunu bildirmiş, hastalığı ile baş etmede daha etkin olacağını ifade etmiştir (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

İyileşme Süreci-10. Varoluşçu/Fenomonolojik/Manevi Güçler

Yaşamın gerçek anlamını ortaya çıkaran (rüya, hayal, sezgi, efsane), bireyin kendini ve diğer insanları anlamasını sağlayan, insan deneyimlerine gizemli ve felsefik bakış açısı sağlayan bir süreçtir. Hemşire burada bireyin yaşamı/hastalığı ve ölümü anlamasına yardımcı olmaktadır. HA'nın, hastanede bulunduğu günler içerisinde, etkin iletişim kurularak, bulunduğu durum göz önünde bulundurulmuş, saygı ve sevgi içerisinde yaklaşılarak duyguları anlaşılmasına çalışılmıştır. Hastaya manevi destek vermek, özgüvenini arttırmak, moralini yükseltmek

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bakımın hedefleri arasında yer almaktadır. Tüm iyileştirici süreçler uygulandığında HA'nın moralinin yerine geldiği, özgüveninin arttığı görülmüştür (Erbay ve ark., 2018; Aktürk, 2016; Uran ve ark., 2015).

SONUÇ

Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli, birçok kavramı içinde barındıran (sevgi, şefkat, saygı, güven, insan gibi) ve uzun yıllardır kronik hastalıkların bakımında kullanılan bir modeldir. Hemşireliğin özünü oluşturan model; hastalık semptomlarının oluşturduğu olumsuz duyguların azaltılmasında, baş etme ve uyum sürecinde etkilidir. Watson'ın insan bakım modelinde kullandığı iyileştirme süreçleri; hasta güvenliğini ve memnuniyetini arttırmada, holistik bakım verilmesinde, hemşirelik bakımına yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır.

Bu olgu sunumunda insan bakım modeliyle iyileştirme süreçleri kullanılan hastada mutluluk, pozitif değişim, baş etme ve uyum artışı gözlemlenmiştir.

KAYNAKLAR

Aktürk Ü. Kemoterapi Alan Hastalara Watson İnsan Bakım Modeline Göre Verilen Bakımın Yaşamın Anlamı ve Semptom Yönetimine Etkisi. Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2016.

Arat AR, Erdem E, Kocaoğlu HK. Yumuşak Doku Sarkomları(45 Olgu Nedeni İle). T Klin Tıp Bilimleri 1993; 13.

Erbay Ö, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç, Aykar FŞ. Hipertansif Atak Yaşayan Hastalara Watson'ın İnsan Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2018;9(19):82-88. DOI: 10.5543/khd.2018.41275

Çubukçu E, Ocak B. Altmış Beş Yaş Üstü Metastatik Yumuşak Doku Sarkom Hastalarında Pazopanib Tedavisinin Etkinliğinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 45 (1) 83-86, 2019 DOI: 10.32708/uutfd.503875

Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. 1. Baskı. İstanbul. Akademi Basın ve Yayıncılık. 2017.

Toğral G, Gürgör BŞ. Kemik invazyon şüphesi olan yumuşak doku sarkomu olgularına yaklaşım: 16 vaka analizi. ActaOncologicaTurcica. Doi: 10.5505/aot.2019.09226.

Uran BNÖ, Özer S, Yıldırım Y. Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu An Example Of Watson's Theory Of Human Caring Model: Case Of Heart Failure. Türk KardiyolDernKardiyovaskülerHemşirelikDergisi. 2015; 6(11):183-198.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-91 FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE MULTİPL SKLEROZ TANISIYLA PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

NURSING CARE OF AN INDIVIDUAL TREATMENT IN THE PALIATIVE CARE UNIT WITH MULTIPLE SCLEROSIS DIAGNOSIS ACCORDING TO THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERN MODEL: A CASE REPORT

Yasemin Özyer¹, Zeliha Koç²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun/ Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

Özet

Multiplskleroz,20-40 yaş arası genç hastalarda yaygın olarak görülen, progresif, dejeneratif,fokalnörolojik bir hastalıktır. Hastalığınetyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, enflamasyon ve nörodejenerasyonu artıran oksidatif stres,Multipl sklerozunpatogenezindeki ana faktörlerden biridir. Multipl sklerozun erken evresi yaklaşık 10 yıl sürmekte ve hastalık enflamatuar süreçlerle ilerlemektedir. Hastalığınkronik evresinde, nörodejeneratif akson ve nöron kaybı gelişmektedir.Multipl skleroz tanısı alan ve tedavi edilmeyen hastalarda görülen fonksiyonel bozulmalar, bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda Multipl sklerozhastalarının yaşam kalitesini yükseltmek önemlidir. Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hasta/ailelerine, etkin bir hemşirelik bakımı planlamak ve uygulamak, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım sunmak amacıyla planlanan bu olgu sunumunda, Multipl Skleroz tanısıyla palyatif bakım ünitesinde tedavi gören bir bireyin, NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmış vebirey Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Multipl Skleroz, Palyatif Bakım, Hemşirelik Tanılması

Abstract

Multiple sclerosis is a progressive, degenerative, focal neurological disorder that is common in young patients aged 20-40 years. Although the etiology of the disease is not known, oxidative stress, which increases inflammation and neurodegeneration, is one of the main factors in the pathogenesis of multiple sclerosis. The early stage of multiple sclerosis lasts for about 10 years and the disease progresses through inflammatory processes. In chronic stage of the disease, neurodegenerative axon and neuron loss develops. Functional impairment seen in patients with multiple sclerosis and untreated may cause a decrease in the quality of life of

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

the individual. In this respect, it is important to improve the quality of life of patients with multiple sclerosis. In this case report, which was planned in order to plan and implement effective nursing care and to provide individualized and holistic care to the patients / families treated in the palliative care unit, nursing diagnosis of an individual who was treated in a palliative care unit with the diagnosis of Multiple Sclerosis was made according to NANDA-I and the patient was evaluated according to Gordon's Functional Health Patterns.

Keywords: Multiple Sclerosis, Palliative Care, Nursing Diagnosis

GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS), Merkezi sinir sistemini (MSS)'nin, inflamatuvar ve akson kaybıyla karakterize kronik, nörolojik, nörodejeneratif otoimmün bir hastalıktır (Yüksel ve ark., 2019). Hastalık MSS'nin bir çok farklı bölgesinde etkili olabilmekte ve buna bağlı olarak semptomlar farklılık göstermektedir (görsel, kognitif, motor, psikiyatrik bozukluklar gibi). Çevresel ve genetik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu (Şereflican ve Aydın., 2019); B12, D vitamini ve folik asit eksikliğinin etyolojide önemli rol oynadığı düşünülmektedir. İmmün sistem üzerine etkili olan hastalık, T lenfositleri aracılığıyla interlokin maddesinin salgılanmasını sağlamakta, bu durum sistemik enfeksiyon ve stres belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Şereflican ve Aydın., 2019). Merkezi sinir sisteminde nöronları birbirine bağlayan ve aksonları çevreleyen miyelin kılıflar, elektrik kablolarını çevreleyen yalıtım benzeri görev yapmaktadır (Murray, 2017). Nöronlar arasında bilgi aktarımı bu yalıtımlar sayesinde meydana gelmektedir (Tek, 2019). MS, vücudumuzda bulunan bağışıklık sisteminde görevli olan, T hücrelerinin MSS'nde bulunan nöronları yabancı olarak algılayıp saldırması sonucunda meydana gelmektedir. Miyelin kılıfının zarar görmesi sonunda plaklar oluşmakta ve bu oluşan plaklar Manyetik Rezonans (MR)'da görülebilmektedir. Hastalık belirtileri miyelin kılıfının hasar oranına göre değişmekte, çift, bulanık görme, yüz, kol, ve bacaklarda uyuşma, dengesizlik, yorgunluk, baş dönmesi gibi belirtiler kişiden kişiye değişmektedir. Hastalık prevalansı, dünyada Avrupa ve beyaz tenli insanlarda daha fazla görülmekle birlikte, tropikal bölgelerde daha nadir görülebilmektedir. Güney Kanada, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda, Güney Avustralya, Kuzey Avrupa prevalansın yüksek olduğu ülkeler olmakla birlikte bu oran 300/100000'e kadar çıkmaktadır. MS, sıklıkla 20-45 yaş arasında kadınlarda, erkeklere oranla 1,5 ila 2,5 kat arasında daha fazla görülmektedir. Hastalık görülme olasılığı 1/1000'dir (Bulut ve ark., 2011).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Dünya genelinde iki buçuk milyon MS hastası olduğu tahmin edilmektedir. Hastalığın tamamen ortadan kaldıracak kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, tedavi hastalığın etkilerini azaltmaya yöneliktir. Hastalığın ilerleyici, semptomlarının fazla ve prognozunun tahmin edilememesinden dolayı, hastalığın tedavisinde fizyoterapist, nörolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi birçok multidisipliner alan bir arada çalışmaktadır(Tek, 2019). MS hastalığı yaşam boyu süren kronik bir hastalıktır. Bu nedenle hastaların geleceğe yönelik endişeleri oldukça fazladır. Hastalık belirti ve bulguları ile tedavisi hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Kas güçsüzlükleri, denge ve koordinasyon bozuklukları ile ilgili fiziksel ve ruhsal problemler bireylerin kendilerini yaşamdan soyutlamasını neden olmakta günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, beklentilerinin karşılanamaması gibi engeller yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır (Tek, 2019). Bu yönüyle değerlendirildiğinde, MS hasta ve ailesine sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında, bağımsızlıklarının desteklenmesinde, güvenlik önlemlerinin alınmasında ve uygulanmasında, psikososyal/fiziksel destek sağlanmasında hemşirelerin oldukça önemli rolü vardır. Hastaların genel durumlarını izlemek, etkin iletişim sağlamak ve psikolojik destek sunmak, hastaya eğitim vermek, hastalık semptomlarını değerlendirmek, hastaya bütüncül bakım vermek ve bakımı koordine etmek hemşirenin rolleri arasındadır. Hemşireler bu rollerini yerine getirirken farklı kuram ve modellerden yararlanabilmektedir. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri (FSÖ), hemşirelerin kullandıkları oldukça sık kullandığı modellerden biridir. FSÖ, modeli hastaların gereksinimlerini, onbir fonksiyonel alanda ele alarak hemşirelerin hastalara daha kapsamlı bakım vermesini sağlamaktadır (Ünal ve ark, 2018). Bu çalışmada, MS tanısı alan kadın bir hastanın gereksinimleri, Gordon'un FSÖ modeline göre değerlendirilmiş ve uygun hemşirelik bakım planı hazırlanmıştır.

OLGU SUNUMU

TK, 40 yaşında, evli, iki çocuk annesi, ev hanımı kadın hastadır. 15 Nisan 2018 tarihinde geçirdiği serebral kanama nedeni ile hastanenin acil servisine başvurmuş, 16 Nisan 2018 tarihinde ameliyat olmuş, daha sonrasında yoğun bakım servisinde dört buçuk ay yatmıştır. Yoğun bakım servisinden çıktıktan sonra beyin cerrahi servisine alınan hasta dengesini kaybederek düşmüş ve bunun sonucunda femur kırığı meydana gelmiştir. Ameliyathaneye alınan hastaya burada kalça protezi ameliyatı yapılmış ve daha sonra hastada proteze karşı alerjik reaksiyon geliştiği için hastanın kalça protezi çıkarılmıştır. Hastada MS hastalığına bağlı titreme, konuşma güçlüğü, çift görme, hareketsizlik, bulantı, kusma, disfaji gibi belirtiler

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

görülmektedir. Hasta, PEG(Perkütan Endoskopik Gastrostomi), enteral yolla besin alımını sürdürmektedir. Hastanın kan basıncı:100/60mmHg, nabız: 88/dk, solunum: 20/dk, ateş: 36°C, kan şekeri:98mg/dl, SPO2:96, PO2: 97, PCO2:39,Ph: 7.4'tür. Hastanın idrar tahlilinde lökositöz bulunmaktadır. Glaskow koma skalası değerlendirmesi 13 puan, itaki düşme riski puanı 14 puan, bası yarası riski 15puan , ağrı skalası (VAS'a göre) 4 puan, tibial ödem değerlendirmesi +1mm, periferik nabız ise 2 (normal olarak) olarak değerlendirilmiştir.

% 0.9 İzotonik Sodyum Klorür Çözeltisi Serum 1000cc 1x1 İ.V 40cc/sa, Novosource nutrition flakon mama(enteral beslenme için) 500cc, 60cc/sa, Calcimax efervesan tb. 1x1, D-Vit damla 4x2, Lustral tb. 50mg. 1x1, Levomax tb. 1000mg 2x1, Clexane 0,4mg. SC 1x1 kullanıma hazır enjektör, Parol flakon 100cc 3x1 İ.V.

1) Sağlık algılama ve sağlığın yönetimi

TK, kendini tam olarak ifade edememekle birlikte, konuşma gücünü çekmekte ve PEG'ini çıkarmak istemekte yere ve zamana oryantasyon sağlamakta zorlanmaktadır.

Hemşirelik tanısı: Yaralanma riski

Amaç: Hastanın oluşabilecek yaralanmalardan korunması

Hemşirelik girişimleri: Hastanın düzenli olarak tansiyon takibi ve aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Oligüri ve anüri yönünden izlendi. Pozisyon değiştirme ve ayağa kalkma sırasında yavaş hareket etmesi sağlandı. Hasta ayağa kalktığı anda hipotansiyon belirti ve bulguları yönünden gözlemlendi.

Değerlendirme: Hastanın yaralanma riski ortadan kaldırıldı.

Hemşirelik tanısı: Travma riski

Amaç: Hastanın oluşabilecek travma riskine karşı korunması

Hemşirelik Girişimleri: Düşme riski puanı 15 olan hasta için güvenlik önlemleri alındı. Hasta mobilize edilirken desteklendi. Travma konusunda eşi bilgilendirildi.

Değerlendirme: Hastada travma riski gelişmedi.

2) **Beslenme ve metabolik durum:** Disfaji nedeniyle PEG yoluyla enteral beslenen TK, bulantı ve iştahsızlık sorunları yaşamaktadır. Hastanede kaldığı süre boyunca bulantısı olan hastanın bu nedenle 42 kiloya düştüğü gözlemlenmiştir.

Hemşirelik tanısı: Beslenmede dengesizlik, gereksinimden az

Amaç: Hastanın bulantısının azaltılması ve kilo kaybının önüne geçilmesi

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın bulantısının azaltılması ve kilo kaybının önüne geçilmesi amacıyla günlük olarak ağız bakımı, yatak çarşaf değişimi, ventilatör ve ortamın temizliği

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sağlandı. Yutma refleksinin kaybolmaması için hasta sıvı gıda alımına ve su tüketimine teşvik edildi. Enteral beslenen hastaya semi – fowler pozisyon verildi. Kan değerleri ve günlük besin alım takibi yapıldı. Hasta yatak içi mobilizasyona teşvik edildi.

Değerlendirme: Yapılan hemşirelik girişimleriyle beraber hastanın bulantısının azaldığı görüldü.

- 3) **Boşaltım biçimi:** Hastanın kısıtlı mobilizasyonu nedeniyle bağırsak seslerinde azalma ve konstipasyonşikayetiyaşamaktadır.

Hemşirelik tanısı:Konstipasyon

Amaç: Hastanın düzenli bağırsak alışkanlığını sürdürmesinin sağlanması

Hemşirelik girişimleri: Hastanın yeterli sıvı alımı sağlandı. Yatak içi egzersiz ve mobilizasyonuyapıldı.

Değerlendirme: Hastanın yapılan girişimler sonrasında iki günde bir defekasyona çıktığı gözlemlendi.

- 4) **Aktivite ve egzersiz biçimi**

Günlük yaşam aktivitelerinde eşine ihtiyaç duyan TK,mobilizasyon kısıtlılığı nedeni ile sürekli olarak yatmakta bu durum hastanın kendisini halsiz ve yorgun hissetmesine neden olmaktadır.

Hemşirelik tanısı: Aktivite intoleransı

Amaç: Hastanın fiziksel hareketliğinin artırılması ve sürdürülmesi

Hemşirelik Girişimleri: Hastaya fizyoterapist eşliğinde, ROM egzersizleri yaptırıldı. Her geçen gün mobilizasyon artırılarak hastanın bu konuda cesaretlendirilmesi sağlandı. Yapılan egzersizler sırasında yaşam bulguları değerlendirildi. Ağrı, dispne, baş dönmesi, yorgunluk, aldığı çıkardığı takibi yapıldı.

- 5) **Uyku ve dinlenme biçimi**

Yoğun bakım sürecinde yakın takip nedeniyle uyku sorunu yaşayan hastanın servise geçtikten sonrada uyku sorunlarının devam ettiği, bununla hastanın kendisini huzursuz ve mutsuz hissettiği belirlendi.

Hemşirelik tanısı: Uyku örüntüsünde bozulma

Amaç: Hastanın uyku düzeninin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları değerlendirildi. Gündüz uyuması engellendi. Odanın sessiz, sakin ve karanlık olması sağlandı. Odaya gelen ziyaretçi sayısı azaltıldı. Hastaya doktor istemi ile ilaç başlandı.

Değerlendirme: Hastanın 6 - 8 saat uyuduğu belirlendi.

6) Bilişsel algılama biçimi

Hasta kişi, yer ve zamana oryante olmakla birlikte huzursuzluğu, ajitasyonu ve ortostatik hipotansiyonu bulunmaktadır.

Hemşirelik tanısı: Akut ağrı

Amaç: Hastanın ağrısının ortadan kaldırılması

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın ağrı seviyesi 4 olarak belirlendi. Ekstremitte elevasyonu sağlandı. Dr. isteminde analjezik tedavisi yapıldı. Hastanın dikkatinin başka yöne çekilmesi ve kendini ifade etmesi sağlandı. Yapılan masaj uygulamalarıyla birlikte hastanın ağrısının ortadan kalktığı görüldü.

Değerlendirme: Hastanın 4 olan ağrı seviyesi, 2 olarak belirlendi.

7) Kendini algılama ve kavrama biçimi

Hasta kendini yorgun, endişeli, güçsüz, tedirgin, umutsuz hissetmekte, yaşadığı duygu ve düşünceler uyku bozukluğu yaşamasına neden olmakta, bu durum hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Benlik kavramında değişiklik

Amaç: Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, olumlu baş etme yöntemlerini kullanmaya teşvik edilmesi

Hemşirelik girişimleri: Hastaya kendisinde meydana gelen sağlık sorunlarının nedeni hakkında bilgi verildi. Günlük olarak, el, yüz, diş, ağız bakımı yapıldı. Saçları tarandı. Temiz ve kendisini iyi hissettiği kıyafetler giydirildi. Hastanın kendisini değerli hissetmesini sağlayacak girişimler planlandı.

Değerlendirme: Hastanın kendisini değersiz hissetmesini sağlayan duygu ve düşünceleri ortadan kaldırıldı.

Hemşirelik tanısı: Anksiyete

Amaç: Hastanın anksiyete düzeyinin azaltılması

Girişimler: Konuşma güçlüğü olan hastanın kendine tam olarak ifade edememesi ve öz bakımını yapamaması hastada anksiyeteye neden olmaktadır. Hastayla sürekli etkin iletişime geçilerek kendisini ifade etmesi sağlandı.

Değerlendirme: Hastayla iletişim kurulduğunda her geçen gün kendisini daha iyi hissettiği ve ifade ettiği görüldü.

8) Rol ve ilişki biçimi

TK, hastalık sürecinden dolayı çocuklarına annelik yapamadığını, onlarla ilgilenemediğini ve eşine yük olduğunu ifade etmektedir.

Hemşirelik tanısı:Etkisiz rol performansı

Amaç: Hastanın eşinin ve diğer aile üyelerinin birlikteliğinin devamının sağlanması

Hemşirelik girişimleri: Hastanın eşi ve ailesiyle iletişim kurması ve sürdürmesi sağlandı. TK'nın rolünü yerine getirememesi nedeni ile rol dağılımları arasında düzenlemeler yapıldı.

Değerlendirme: Hastanın kendisini daha rahat ifade ettiği görüldü.

9) Cinsellik ve üreme biçimi

Hasta cinsel yaşamı hakkında konuşmaktan kaçınıyor.

10) Baş etme ve stres toleransı

Hastanın hastanede kalma süresi arttıkça stresinin arttığı ajite, sinirli ve gergin olduğu görüldü. Zaman zaman hastanın olumsuz davranışlar sergilediği gözlemlendi.

Hemşirelik tanısı: Etkisiz bireysel baş etme

Amaç: Hastanın mevcut durumla baş etmesini sağlama

Hemşirelik girişimleri: Hastanın hastalıkla baş ederken yararlandığı olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerinin neler olduğu belirlendi. Eşinden destek alınarak olumlu baş etme yöntemlerinin kullanılması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın baş etme yöntemlerini daha iyi kullandığı görüldü.

Hemşirelik tanısı: Kendine zarar verme riski

Amaç: Hastanın kendisine yönelik olan zarar verici davranışlarının azaltılmasının sağlanması.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın eşi bakıma dahil edilerek yapılan tedavi ve uygulamalar hakkında bilgi verildi. Hemşirelik bakım planına hastanın eşinin katılımı sağlandı. Hastanın kendini ifade etmesi ve iletişim kurması sağlanarak, hastanın hastalığı hakkındaki endişeleri ortadan kaldırıldı.

Değerlendirme: Hastaya bakım vermede önemli rolü olan eşine, hastanın tanısı ve tedavisi hakkında bilgi verildi. Hasta ve eşinin korku ve endişeleri giderildi.

11) İnanç ve değerler biçimi

Hastanın inancının yüksek ve kaderci olması nedeniyle olumlu tutumlar sergilediği ve hastanede yattığı süre içerisinde eşinden sürekli olarak destek alarak rahatladığı görüldü.

TARTIŞMA

Hemşirelik süreci, hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir nitelik kazandıran, sağlıklı/ hasta bireyin ve ailesinin bakım gereksinimlerini belirleyen, hemşirelik girimlerinin planlanmasını, uygulanmasını ve sonucun değerlendirilmesini sağlayan, eleştirel düşünme ve problem çözme gibi girişimleri sistematik bir şekilde uyguladığı dinamik bir yapıdır (Zaybak ve ark., 2016). Hemşirelik süreci uygulanırken kullanılan tanı sisteminin, bir hemşirelik modeliyle birlikte uygulanması bireyin ihtiyaçlarının optimum düzeyde karşılanmasını sağlayacaktır (Ünal ve ark., 2018). Bu olgu sunumunda MS hastalarının bakım gereksinimlerini tanımlamak amacıyla, Gordon'un FSÖ modelinden yararlanılmış, hastanın aktivite – egzersiz, kendini algılama, beslenme, uyku, boşaltım, güvenlik- koruma gibi alanlarda sorun yaşadığı görülmüştür (Şahin ve Akyüz, 2018; Alkan, 2014; Türen 2014).

Elde edilen bu bulguların literatürle benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Tülek, 2007) . Tülek (2007), MS hastalarının hemşirelik bakımı üzerine yaptığı çalışmada, hastaların yaşadığı ortak belirtiler ve tedavi planına değinmiştir. Çalışmamızda hastanın sorunlarına yönelik hemşirelik tanıları belirlenmiş ve probleme yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Moyet, 2012). Cinsellik – Üreme ile ilgili veri toplanamadığı için bu alanda hemşirelik tanısı konulamamıştır. Beslenme sağlık örüntüsünde hastanın hastaneye yatış sürecinde kilo verdiği görülmüştür. Boşaltım örüntüsüne yönelik yapılan uygulamalarda iştahsız ve bulantısı olan hastanın oral alımı desteklenmiş ve konstipasyon şikayeti ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Uyku örüntüsüne yönelik yapılan tanılama aşamasında hastaya yapılan girişimler sonrasında hastanın uyku problemlerinin ortadan kalktığı görülmüştür. Kendini algılama ve benlik kavramında, hastanın azalan benlik kavramı saygısı artırılmaya çalışılmıştır. Yapılan bu olgu sunumunda MS olan kadın hasta,hastanede yattığı süre içerisinde yaşadığı sorunlara yönelik, Gordon'un FSÖ modeline göre değerlendirilmiş ve bakım planı oluşturulmuştur. Bu doğrultuda hastadan uygun veriler toplanmış ve hemşirelik bakım planı planlanmıştır. Anksiyete,beslenmede dengesizlik: gereğinden az beslenme, konstipasyon, aktivite intoleransı, etkisiz bireysel baş etme tanıları konulmuştur (Şahin ve Akyüz, 2018; Alkan, 2014; Türen 2014).

Uygun hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hasta ve eşiyle iletişim kurularak hastanın tedaviye uyum sağlamasına katkıda bulunulmuştur. Hastanın tedavisi boyunca uygulanan hemşirelik girişimleriyle, hastanın hem fizyolojik hemde psikolojik yönden rahatlaması sağlanmıştır.

SONUÇ

Dünyada MS hasta sayısı her geçen gün giderek artmaktadır. MS'li bireylere yönelik bilgilerin kaydedilmesi bakımın kalitesini yükseltmektedir. Gordon'un FSÖ modeli kullanılarak yapılan hemşire bakım planlaması, uygulaması ve değerlendirilmesi hastaya bütüncül bakım verilmesini sağlamaktadır. Kullanılan model ve kuramlar hemşirelere yol gösterici olmakta ve bilgilerin sistematik bir süreç içerisinde düzenlenmesini sağlamaktadır. Hemşirelik sürecinin bilinmesi ve bakıma ilişkin uygulamaların bu süreç içerisinde sürdürülmesi, hastaların yaşam kalitesini artırmakla birlikte aynı zamanda tanıya özgü bakım verilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Alkan HÖ. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Türk Kardiyol Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2014; 5(7):32-40.
- Bulut S, Kılıç H, Demir CF. Yukarı Fırat Bölgesinde Multipl Skleroz Tanısı İle İzlenen Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2): 84-90.
- Carpenito-Moyet, L.J. (Çeviren: Erdemir, F.) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2012; sf: 45; 120; 136; 258; 288; 481.
- Murray TJ. Multiple Sklerosis A Guide for The Newly Diagnosed. New York: Demos Health. 2017.
- Şahin G, Akyüz E. Derin Ven Trombozu Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Turk J Cardovasc Nurs. 2018; 9(18):35-40.
- Şereflican B, Aydın TŞ. Bolu Yöresindeki Multipl Skleroz Hastalarında Görülen Dermatolojik Bulgular. Konuralp Tıp Dergisi. 2019;11(1): 106-111
- Tek Ş. Multipl Skleroz Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2019.
- Türen S. Kalp Yetersizliğinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2014; 18(2): 68-73.
- Tülek Z. Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 11(2).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ünal BŞ, Genç B, Kaplan S, Özkan B. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Amiyotrofik Lateral Sklerozda Hemşirelik Bakımı: Bir olgu sunumu. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018; 69-76. 1(1).

Yüksel B, Kurtuluş F, Erdal A. Oral treatment experience in multiple sclerosis at Antalya Training and Research Hospital. PamMed J 2019;12:281-287.

doi:<https://dx.doi.org/10.31362/patd.500441>

S-95 EMZİRME VE MATERNAL BAĞLANMA**LACTATION AND MATERNAL CONNECTION****Saadet Boybay Koyuncu**

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye

Özet

Besleyici ve immünolojik açıdan fizyolojik yararlarının yanı sıra emzirmenin; maternal bağlanmada da önemli rolleri bulunmaktadır. Vücutta salgılanan doğal prolaktin emzirme ile süt yapımından, oksitosin ise süt salgılama refleksini uyarmaktan sorumludur. Her iki hormonun salgılanması meme başının emilmesi ile başlar. Oksitosin salgılanması ile yükselen prolaktin düzeyi kadının sevgisini bebeğine yönlendirmesini sağlar. Ebeveynlerin sevgi ile çocuklarına bağlanmaları yüksek prolaktin düzeyi ile çok yakından ilişkilidir. Yapılan literatür incelemesinde; emzirmenin maternal bağlanmayı artırdığı ve maternal bağlanması yüksek olan kadınların bebeğini daha çok emzirdiği anlaşılmıştır. Sağlık profesyonellerinin doğum sonu dönemde annenin bebeği emzirmesine teşvik etmeleri, anne ile bebek arasındaki iletişimi güçlendirerek maternal bağlanmayı artırmada olumlu katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: emzirme, postpartum, maternal bağlanma**Abstract**

Besides nutritional and immunological physiological benefits of breastfeeding; also have important roles in maternal attachment. Natural prolactin secreted in the body is responsible for breastfeeding and oxytocin is responsible for stimulating the milk secretion reflex. The secretion of both hormones begins with the suction of the nipple. Increased prolactin level with oxytocin secretion enables the woman to direct her love to her baby. Parents' attachment to their children with love is closely related to high levels of prolactin. In the literature review; It was understood that breastfeeding increases maternal attachment and women who have high maternal attachment breastfeed their babies more. It is thought that encouraging health professionals to breastfeed the mother in the postpartum period will contribute positively to increasing maternal attachment by strengthening the communication between mother and baby.

Keywords: breastfeeding, postpartum, maternal attachment

GİRİŞ

Doğum sonu dönem, doğumdan sonra üreme organlarının gebelikten önceki durumuna dönmesine kadar geçen altı haftalık süreyi kapsamaktadır (1). Bu dönemde anne, doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile birlikte önemli anatomik, fizyolojik ve endokrin değişimler yaşamaktadır. Doğum sonu dönem aynı zamanda bebeğin aile ile bütünleştiği, annenin yenidoğana bağlandığı bir dönemdir (1, 2). Maternal bağlanma, bebeğin sağlıklı büyümesine katkılar sağlayan, zamanla olgunlaşan özel ve anlamlı bir ilişkidir. Anne ve bebek arasında gelişen maternal bağlanma, bebeğin fiziksel gelişimine ek olarak psikolojik gelişimi üzerinde de oldukça önemli yer tutmaktadır (3).

Doğum sonu dönemde gerçekleştirilen emzirme, anne ile bebek arasında eşsiz bir bağın oluşmasında önemli bir olaydır. Emzirme esnasında bebek ile anne göz göze gelir ve aralarındaki sevgi bağı giderek kuvvetlenir (4,5). Bu dönemde güvenli maternal bağlanmanın oluşmasında sağlık profesyonellerinin ailelere danışmanlık yapmaları önemlidir. Bu amaçla bebek ile annenin aynı odada bulundurulması, bebeğin anne tarafından emzirilmesi (bebek ile göz teması kurması, bebeğini sık aralıklarla kucağına alması) ve annenin bebeğini emzirirken kendisini güvende ve rahat hissetmesi güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi aşamasında önemli derecede etkilidir (4-6). Bebeğe temas etmek, onunla birlikte oyun oynamak, onun gereksinimlerini gidermek maternal bağlanmanın artmasına olumlu katkı sağlayacağından özellikle bebek ile fiziksel temasın artırılması gereklidir (5). Bu doğrultuda bu **çalışmanın amacı** doğum sonu dönemde emzirmenin maternal bağlanma üzerine etkileri ile ilgili literatürü incelemektir.

BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma kuramı “John Bowlby ve Mary Ainsworth” tarafından geliştirmiş bir kuram olup, insan gelişiminde önemli bir kavramdır. Aynı zamanda bağlanma, sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme becerisi olarak da tanımlanmaktadır. Bağlanma kuramı ise, insanların hayatlarında önemli yer tutan kişiler ile kuvvetli bağlar kurma nedenlerini açıklayan bir kavramdır (3). Bowlby "bağlanma" kelimesini anne ile bebek arasında gelişen sıcak, samimi ve sürekli bir ilişki olarak tanımlamıştır. Bağlanmanın oluşması durumunda hem anne hem de bebek memnun olmakta ve haz almaktadırlar (3, 7). Mary Ainswoth ise yeni doğan ve küçük çocuklarının tanıdık olmayan bir ortamda, dış çevre ile etkileşim ve ilişkilerini sağlıklı sürdürebilmeleri, buna hazır olmaları için önce aileleri ile güven bağlarının kurulması ve bu güven ilişkisinden emin olmaları gerektiğini vurgulamışlardır (3, 7).

MATERNAL BAĞLANMA

Maternal bağlanma, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimini artıran, zamanla gelişen özel bir ilişkidir (7). Anne ve bebek arasında gelişen bu ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derinden etkiler. Yenidoğan, bağlanma beklentisi ve arayışı içerisinde dünyaya gelir. Beklentisi; kendini güvende hissetmesi, ilk ilişkinin kurulması, çevresinden olumlu uyaran alabilmek ve gelişiminin desteklenmesi yönündedir (3, 6, 7). Anne-bebek arasındaki iletişim olabildiğince erken ve sağlıklı olduğu takdirde maternal bağlanmada güçlü olacaktır (6).

Bağlanma tek başına bir durum değil, bir süreçtir (3, 7). Bu süreçte ebeveynler kendi yetiştirilme tarzlarından etkilendikleri kadar; gebelik, doğum, postpartum ve bebekliğin ilk aylarındaki deneyimlerden de etkilenirler (6). Biyolojik anlamda ailelerin çocukları ile bağlanması, bir insan yaşamında en önemli ve en güçlü bağlanmadır. Bağlanmanın gücü yenidoğanın kendi gereksinimlerini karşılama yetisini kazanmış olmasına varoluşsal olarak bağlıdır. Aileler ve bebekleri arasındaki bağ o kadar güçlenir ki bu durum bebek bakımında gerekli olan tüm özverileri ailelerin yerine getirebilme yeteneklerini geliştirmelerine neden olur (8).

Postpartum süreçte bağlanma, doğumdan hemen sonra başlayarak; meme arama, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneyi tanıma, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir (9). Güvenli bağlanma, anneliğin bir parçası olup annelik duygusunu kuvvetlendirmekte ve bebekte güven duygusunu oluşturmaktadır (3, 7). Doğumdan hemen sonraki dakikalar (ilk 60-90 dakikalar) anne-bebek için yeni duruma adaptasyonları ve aralarındaki eşsiz bağın oluşması açısından önemlidir (6).

Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Maternal bağlanmayı pozitif yönde etkileyen önemli faktörlerden birinin emzirme olduğu bilinmektedir (4, 10). Bununla birlikte maternal bağlanmayı; gebelikte bakım alma durumu, sigara-alkol gibi maddeler kullanma, bebeğin cinsiyeti, düşük-kürtaj yaşama, gebeliğin istenme durumu, gebelik sayısı ve travmatize doğum deneyimleri de etkilemektedir (6, 11). Annenin gebeliğinin planlı olması, gebeliği istemesi ve kabul etmesi, bebeğinin hareketlerini hissetmesi (11), doğumdan sonra bebeğine dokunarak tensel temasın başlaması maternal bağlanmayı artıran uygulamalardır (12, 13, 14). Çankaya ve arkadaşları postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; primiparlar,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

vajinal doğum yapan, isteyerek gebelik yaşayan, emziren, evlilik uyumu iyi olan ve sosyal destek sistemleri fazla olan kadınlarda maternal bağlanmanın daha yüksek olduğunu saptamışlardır (15). Öztürk ve Saruhan bebeğini doğumundan hemen sonra görmeyen ve ilk gün kucağına almanın maternal bağlanmayı artırdığını saptamışlardır (16). Çetinkaya ve Ertem yaptıkları sistematik incelemede; ten tene temasın prematüre bebeklerin hem fiziksel hem de psikolojik olgunlaşmaları için oldukça önemli olduğunu ve maternal bağlanmanın daha iyi geliştiğini belirlemişlerdir (17). Bu durumun annede bebeği daha rahat kabullenme eğilimi gösterdiğini, annenin bebek bakımından haz aldığını ve dolayısıyla emzirme sürecini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (17). Saharifah ve arkadaşları (2007) çalışmalarında; bebek ile annenin aynı odayı paylaşmalarının; annelerin emzirme isteklerini ve maternal bağlanmalarını artırdığını saptamışlardır (18).

EMZİRME

Gebelik süresince olgunlaşan memelerde doğumdan sonra süt salgılanmasıyla başlayan laktasyon dönemi annenin bebeğini emzirmesi ile devam etmektedir (1, 2). DSÖ her bebeğin doğumdan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini, bundan sonra da ek besinlerle birlikte olmak koşuluyla en az 2 yaşına kadar anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi gerektiğini vurgulamaktadır (19). Bebeğin fizyolojik gelişmesi ilk bir yıl içerisinde oldukça hızlı olup bu dönemde beslenme önemli bir etkidir. Miyadında sağlıklı bir yenidoğan, anne sütünü rahatlıkla sindirebilmektedir. Dolayısıyla anne sütü, bebek için en uygun besin olup anneler tarafından, bebeği beslemek için en çok tercih edilen metottur (1, 2, 19).

EMZİRMENİN ANNE- BEBEK İÇİN FAYDALARI

Emzirme, ruhsal ve sosyal yönlerinin olduğu düşünülen kültürel bir olaydır. Bebek beslenmesinde en sağlıklı ve doğal yöntem olmasının yanı sıra, zahmetsiz ve ekonomik olması nedeniyle de tercih edilen ve doğum sonrasında kuvvetle önerilen bir yöntemdir (1, 2). Bebeklerin bağışıklık sistemini güçlendirerek onları birçok hastalıktan koruduğu bilinmektedir (20). Ayrıca emzirme süresince anne ile bebeğin sürekli temas halinde olmasının bebeğin kendini güvende hissetmesini sağladığı ileri sürülmektedir (13). Bu sebeplerden dolayı yenidoğana ilk altı ay mama dahil hiçbir ek gıda verilmeden yalnızca anne sütü verilip, en az iki yıl ek gıdalar ile devam edilmesi tavsiye edilmektedir (19). DSÖ, bebeklerde meydana gelen mortalite ve morbidite oranını azaltacak en doğru yöntemlerden birinin emzirme olduğunu bildirmiştir (19). İngiltere’de 1456 çocuğun izlenmesi ile yapılan kohort bir çalışma sonucunda, anne sütü almış olan bebeklerin astım risklerinin azaldığı ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

farklı risk faktörlerinin (annenin sigara içmesi vb.) etkisinin de bu bebeklerde daha az olduğu belirlenmiştir (21). Julvez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, anne sütü verilme süresi arttığı sürece dört yaşındaki hiperaktivite skorunun çok belirgin bir şekilde azaldığı ve sosyal yetenek skorunun önemli derecede arttığı saptanmıştır (22).

Emzirmenin anne için önemine bakıldığında; doğum sonrası kanamayı azaltır, erken dönemdeki gebeliği önler, annenin gebelik öncesindeki kilosuna dönmesine yardım eder (23). Emzirmenin özellikle toplum açısından önemine bakıldığı zaman, birçok yararının olduğu görülmektedir. Toplumda meydana gelebilecek diyabet, obezite, kanser sıklıkları ve sağlık harcamalarının azalacağı, anne sütünün arttığı olmayacağından dolayı çevreci bir besin olması, diğer tüm besinlere göre ucuz olması ve en önemlisi anneler bebeklerini doğru zaman ve sıklıkta emzirdikleri takdirde daha sağlıklı bir neslin olması kaçınılmaz bir sonuç olduğu belirtilmektedir (1, 2, 13, 20).

EMZİRME SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Emzirme hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli bir eylem olup sağlık profesyonelleri tarafından mutlaka yakından takip edilmelidir. Annenin emzirme sürecini etkileyebilecek olumlu veya olumsuz faktörlerin dikkate alınmalıdır. Ancak bazen emzirme sürecini farklı sebeplerden dolayı başarılı geçmemektedir. Bu süreci etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar;

-Anneye Ait Faktörler: Annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, sosyo-ekonomik düzeyi (24, 25), gebelikte emzirme ile ilgili eğitim alma durumu (24), bebeğin istenme durumu (24), doğum sayısı ve şekli (24, 25, 26), meme problemlerinin varlığı, emzirme yeterliliğinin seviyesi, sütünün az olduğu-bebeğin doymadığını düşüncesi, emzirme isteği (27), destek olacak kaynakları (24), aile içi ortamı, eş ile anlaşma durumu (24), çevresindeki emzirmeye ilişkin olumlu davranışlar (24), anneliğe hazır olma durumu, daha önce yaşadığı emzirme deneyimleri, emzirmeye erken başlanması (24, 25, 26), emzirme tekniği (25), ten tene temas (17) bebek ile annenin aynı odada bulunması (17, 18), postpartum dönemin sağlıklı geçmesi (26) gibi durumlar emzirmeyi etkilemektedir.

-Bebeye Ait Faktörler: Bebekteki akut veya kronik hastalıklar (26), postpartum erken dönemde emzirmenin başlamaması (24), biberon ya da yalancı emzik kullanımı, bebeğin memeyi reddetmesi, bakım veren kişinin değişikliği gibi faktörler emzirme sürecini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (25, 27).

EMZİRME VE MATERNAL BAĞLANMA

Besleyici ve immünolojik açıdan fizyolojik yararlarının yanı sıra emzirmenin; bağlanmada, erken beyin gelişimi ve bütünüyle sağlıklı bir çocuk yetiştirmede de önemli rolleri bulunmaktadır. Annenin çocuğunun ihtiyaçlarıyla uyumlu olarak ilgi ve şefkat gösteren bir etkileşim içinde olması ve çocuğunu rahatlatması nedeniyle emzirme güvenli bağlanmayı artırır (5). Doğum ve emzirme arasındaki yakın bağlantı her ikisinin de aynı hormonlardan etkilenmesi ile açıklanabilir. Aynı şekilde hormonal olarak emzirme ve bağlanma da birbiriyile ilişkilidir. Oksitosin, prolaktin ve beta endorfin hormonları tüm süreçlere katılmaktadır (28).

Vücutta salgılanan doğal prolaktin emzirme ile süt yapımından, oksitosin ise süt salgılama refleksini uyarmaktan sorumludur. Her iki hormonun salgılanması meme başının emilmesi ile başlar. Oksitosin salgılanması ile yükselen prolaktin düzeyi kadının sevgisini bebeğine yönlendirmesini sağlar. Ebeveynlerin sevgi ile çocuklarına bağlanmaları yüksek prolaktin düzeyi ile çok yakından ilişkilidir (28, 29).

Emzirme ile endorfin hormonu da salgılanmakta ve emzirme başladıktan 20 dk sonra annede en yüksek düzeye ulaşır. Dikkat çekici olan kolostrumdaki endorfin düzeyinin annenin serumundaki gibi yaklaşık olarak iki kat yüksek olmasıdır. Kolostrumdaki endorfinin bebeklerde bir tür bağımlılık yarattığı ya da yenidoğana doğum stresinin üstesinden gelmesinde yardımcı olduğu öngörülmektedir. Bebek bu hormonları anne sütü ile aldığı için anne ve bebek emzirme sırasında hoş duygularla ödüllendirilmektedir. (5, 28, 29). Scharfe (2012) yaptıkları çalışmada emzirmenin maternal bağlanmayı artırdığı, maternal bağlanması yüksek olan kadınların bebeğini daha çok emzirdiklerini saptamışlardır (30). Himani ve Kumar (2011) doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde emziren annelerin, emzirmeyen annelere göre maternal bağlanma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemişlerdir (13). Çınar ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada maternal bağlanma ile emzirme öz-yeterliliği arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki olduğunu ve aile tarafından verilen sosyal desteğin maternal bağlanmayı artırdığı saptanmıştır (10). Evcili ve arkadaşlarının postpartum birinci günde kadınların maternal bağlanması ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada; kadınların maternal bağlanmayla ilgili pozitif duyguları ile bebeğini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde kucaklaması, emzirmesi ve emzirme ile ilgili olumlu bir şeyler düşünmesi arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (31). Ahn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, postpartum dönemde annenin yaptığı kanguru bakımının maternal bağlanmayı artırdığını saptamışlardır (14). Akyüz ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Beydağ'ın yaptıkları çalışmada (2017) annelerin maternal bağlanma düzeyi ile emzirme öz-yeterliliği arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü zayıf ilişki olduğunu saptamışlardır (32). Mutlu ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada bebeğini erken emziren (doğum sonu ilk bir saat içinde) annelerin maternal bağlanmalarının bebeğini geç emziren (doğum sonu birinci saatten sonra) annelere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (6). Moore ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, annesi ile doğum sonu erken dönemde ten tene temas kuran bebeklerin daha fazla emzirilme eğiliminde oldukları ve bu durumun anne ile bebek arasındaki maternal bağlanmayı artırdığını saptamışlardır (33).

Maternal Bağlanma Ve Emzirmeyi Artırmada Hemşirenin Görevleri

Postpartum dönem, ebeveynlerin yeni rollerini öğrenmeleri gerektiği, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir. Bu dönemde karşılaşılabilecek problemler ile baş edebilmek için emzirmenin başarılı ve anne- bebek iletişiminin ise iyi olması gerekmektedir (34). Dolayısıyla hemşirelerin doğum sonu dönemde emzirme ve maternal bağlanmayı artırmak için uygun girişimlerde bulunması önemlidir.

Emzirme yeterliliği ve Maternal bağlanma, gebelik döneminden etkilenen bir süreç olup sağlık profesyonellerinin kadınları doğuma ve bebek bakımına hazırlamaları büyük önem taşımaktadır. Doğum sonu erken dönemde emzirmek ve emzirirken mümkün olduğunca göz teması kurmak, oksitosin salınımını artırarak anne ve bebek arasındaki iletişimi güçlendirmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan literatür incelemesinde genel olarak çalışmalar emzirmenin maternal bağlanma üzerine olumlu etkileri olduğu görüşü yönündedir. Bu doğrultuda doğum sonu dönemde annelere bakım veren sağlık profesyonellerinin emzirme ve anne- bebek bağlanmasını etkileyecek faktörleri göz önünde bulundurması anne-bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığını yükseltecektir. Sağlık profesyonellerinin bu dönemde annelerin bebeklerini emzirmeleri maternal bağlanmayı artıracığından kadınlar sık sık emzirmeye teşvik edilmelidir.

Kimura J, Power JM, van Allen MW. Reflex response of orbicularis muscle to supraorbital nevre stimulation. Arch Neurol 1969; 21: 193-6.

KAYNAKLAR

1. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2016; 460-488.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 2016; 445-450.
3. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. Am J Orthopsychiatry 1982; 52: 664-678.
4. Çınar N, Köse D, Altınkaynak S. Emzirme yeterliliğinin maternal bağlanma ve sosyal destek ile ilişkisi. 34. Pediatri Günleri ve 13. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, 2012: 20-28.
5. Gülşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12 (2): 177-82.
6. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer GR. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16(6): 442-450.
7. Thompson RA. Attachment theory and research. In Child and Adolescent Psychiatry, 3rd Ed. (Ed M Lewis) 2002; 2: 164-172.
8. Mercer RT, Ferketich SL. Maternal –infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy . Nurs Res 1994; 43(6): 344-51.
9. Muller ME. Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation . J Obstet Gynecol Neonatal Nur 1996; 25(2): 161-6.
10. Çınar N, Köse D, Altınkaynak S. Emzirme yeterliliğinin maternal bağlanma ve sosyal destek ile ilişkisi. 34. Pediatri Günleri ve 13. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi 2012; 20-8.
11. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristic associated with parent-infant bed sharing in England. Archives of Disease in Childhood 2004; 89: 1106-10.
12. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Derg 2010; 20(3): 99-108.
13. Himani BK, Kumar P. Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on "maternal- infant bonding. Nurs Midw Res J 2011; 7(3): 1-7.
14. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. J Trop Pediatr 2010; 56(5): 342-4.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

15. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. ACU Sağlık Bil Dergisi 2017; 4: 232-40.
16. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.
17. Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017; 14 (2): 167-175.
18. Sharifah H, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 3: 107-127.
19. Dünya Sağlık Örgütü. World Breastfeeding Week. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. 12 Nisan 2016.
20. Samur G. Anne Sütü, 1. Baskı. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008; 9-20.
21. Karmaus W, Dobai AL, Ogbuanu I, Arshard SH, Matthews S, Ewart S. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. J Asthma 2008; 45(8): 688-95.
22. Julvez J, Ribas-Fito N, Forns M, Garcia-Esteban R, Torrent M, Sunyer J. Attention behaviour and hyperactivity at age 4 and duration of breastfeeding. Acta Paediatr 2007; 96(6): 842-7.
23. Labbok M. Breastfeeding: a woman's reproductive right. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 94: 277-286.
24. Döndü K. Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.
25. Bakiler AR, Özgür S, Özer EA. Anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörler. Tepecik Eğit Hast Derg. 2005; 15(2): 111-115.
26. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 226-233.
27. Yenal K, Tokat MA, Ozan YD, Çeçe Ö, Abalın FB. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. HEAD 2013; 10 (2): 14-19.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

28. Christine L. Bağlanma, Üzel N, Özbacı S (Çeviri Editörleri), Beyazova U (Türkçe Metin Editörü). 1. Baskı, İstanbul, Modern Tıp Kitapevi. 2016:10-20.
29. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2013; 22(6): 239-45.
30. Scharfe E, Maternal attachment representations and initiation and duration pf breast feeding, J Hum Lact 2012; 28 (2): 218- 25.
31. Monika R, Uma S, Gopal AG, Madhav NS, Sarswati K, Archana G, Neena S. Impact of Yoga Nidra on Menstrual Abnormalities in Females of Reproductive Age. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2013; 19: 10-18.
32. Akyüz Y, Beydağ KD. Doğum yapan kadınların maternal bağlanma ve emzirme öz-yeterliliği ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul, Okan Üniversitesi, 2017.
33. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy new-born infants. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): 20- 32.
34. Kiehl em, White ma. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and United States. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2003;17(2): 96-103.

S-96 KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA OKSİTOSİN VE VAZOPRESSİN DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF OXYTOCIN AND VASOPRESSIN LEVELS IN CONVERSION DISORDERS

H.Birgöl Cumurcu¹, Bahar Yeşil Örnek², Esra Porgalı Zayman¹

1 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya/ Türkiye

2 S.B.U.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi²

Özet

Amaç: Konversiyon bozukluğu (KB) belirtilerin başka bir tıbbi durumla açıklanamadığı istemli motor ya da duysal işlevlerde kayıp ile giden bir bedensel belirti bozukluğudur. Bu çalışmada stres ilişkili nörohormonlar olan oksitosin (OXT) ve vazopressinin (AVP) KB'deki rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Katılımcılar DSM V'e göre KB tanısı alan, 18-65 yaş arası 37 hasta ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 32 sağlıklı kontrolden oluştu. Dahili ve nörolojik hastalığı olan ve son 6 aydır ilaç tedavisi alan hastalar çalışmadan dışlandı. Hasta ve kontrol grubundan antekübital ven yoluyla açlık kan örnekleri alınarak, ELISA ile aynı gün içinde iki kez serum AVP ve OXT düzeylerinin ölçümü yapıldı ve sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Kadın hastaların OXT düzeyleri kontrol grubundan yüksek iken, AVP seviyeleri kontrol grubundan daha düşüktü, her iki sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Erkek hastaların OXT ve AVP seviyeleri ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Çocuklukta travma öyküsü olan katılımcıların AVP düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksekti, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuç: OXT ve AVP davranışsal alanda karşıt etkileriyle bilinen komşu nörohormonlardır. KB'de kronik strese yanıt ve ilişkili duygu ve davranışın düzenlenmesi alanlarında OXT ve AVP'nin rolü olduğu düşünülmüştür. Bu iki peptid hormonun karşıt etkileşimi KB'de duygusal davranışa yönelik nöroendokrin dengenin önemli bir parçasıdır.

Anahtar kelimeler: Dönüşüm bozukluğu, stres, oksitosin, vazopressin, nörohormon

Abstract

Objective: Conversion disorder (CD) is a combination of bodily symptoms with loss of voluntary motor or sensory functions which cannot be explained by another medical condition. Aim of this study was to investigate the role of stress-associated neurohormones oxytocin (OXT) and vasopressin (AVP) in CD.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Methods:The participants consisted of 37 patients, diagnosed with CD according to DSM V and aged between 18-65 years and 32 age and sex matched healthy controls. Patients with internal and neurological diseases and who had been receiving medication for the last 6 months were excluded from the study. Serum AVP and OXT levels were measured twice by ELISA and the results were compared.

Results:OXT levels of female patients were higher and AVP levels were lower than the control group and the differences were statistically significant. There was no statistically significant difference between male patients and the control group. AVP levels of the participants with a history of childhood trauma were significantly higher than the control group.

Conclusion:OXT and AVP are neurohormones known for playing a role in chronic stress response and related emotional and behavioral regulation. The opposite interaction between these two peptide hormones is an important part of the neuroendocrine balance regarding emotional behavior in CD.

Key words: Conversion disorder, stress, oxytocin, vasopressin, neurohormon

GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu (KB) klinik belirtilerin nörolojik veya başka bir tıbbi durumla ya da diğer bir ruhsal hastalıkla açıklanamadığı, bir veya birden çok istemli motor ya da duysal işlevlerde kayıp ile seyreden bir bedensel belirti bozukluğudur. DSM-5'te fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu (FNBB) olarak da tanımlanmıştır (1). KB'de zayıflık, paralizi, yutma güçlüğü, olağandışı konuşma ve duysal belirtiler, uyuşukluk veya bu belirtilerin karışımı şeklinde spesifik belirtiler görülebilir. Kontrol edilemeyen ve farkında olunmayan duygusal sıkıntının fiziksel yansıması olan bu belirtiler, yapay bozuklukta olduğu gibi amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da temaruzda olduğu gibi ikincil kazanç elde etmek amacıyla da üretilmemektedir. Hastalığın kesin prevalansı bilinmemekle birlikte yılda 2-22 / 100,000 arasında olduğu düşünülmektedir (1,2). Psikiyatri polikliniklerinde görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 civarındadır. Türkiye'de erişkinlerde %4.5-32 arasında değişen geniş bir aralıkta bildirilmiştir (3,4). Kırsal alanlarda, düşük sosyoekonomik kesimde ve askeri personelde yaygındır (5). Çeşitli çalışmalarda K:E oranı 2-10:1 olarak raporlanmış olsa da cinsiyetler arasındaki karşılaştırmalı insidansı kesin olarak bilinmemektedir (3,6). Etiyolojisinde sosyo-kültürel ve psikodinamik görüşler ile nörobiyolojik ve genetik etmenler üzerinde durulmakla birlikte, çok etkenli bir bozukluk

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olduğu kanaatine varılmıştır (7). DSM-5'te KB tanısı için psikolojik bir stresör sonrasında ortaya çıkması koşulu kaldırılmıştır ancak Türkiye'deki araştırmalarda KB öncesi stres etmenlerinin %17-45 oranlarında görülebildiği gösterilmiştir (8,9). Bu nedenle stresle baş etme ve uyum süreçlerinin KB etiolojisindeki rolüne ait olası mekanizmalar araştırılmakta ve bu alanda nörohormonların rolü merak uyandırmaktadır.

Strese adaptasyon çeşitli nöronal, nöroendokrin ve nöroimmun mekanizmaların aktivasyonunu gerektirir. Oksitosin (OXT) ve arjinin vazopressin (AVP) hormonları, hipotalamusun paraventriküler (PVN) ve supraoptik (SCN) çekirdeklerinden sentezlenerek, arka hipofizden beyin ve periferel dolaşıma salınır (10). Başlıca fizyolojik rolü doğum sırasında uterus kasılmalarını kolaylaştırmak olan OXT merkezi sinir sisteminde nörotransmitter etkisiyle sosyal davranışın birçok yönüne katkıda bulunur (11,12). Rodent ve insanlarda stresten koruyucu ve anksiyeteyi azaltıcı özellikleri bildirilmiştir (13). Bir çok psikiyatrik bozuklukta OXT seviyesinde değişiklikler saptanmıştır (14). AVP ise sıvı hemostazı ve kan basıncını düzenlemenin yanı sıra Agresyon, korku ve anksiyeteyi içeren duygularda ve sosyal davranışta da rol oynamaktadır (15, 16). AVP'nin ayrıca sosyal tehdite karşı anksiyetede ve otonomik yanıtlarda artışa neden olduğu gösterilmiştir (17). Bu çalışmada KB etiolojisinde rol oynayan stres ilişkili mekanizmanın OXT ve AVP nörohormonları ile bağlantısı incelendi, KB hastalarında ve hastalığın farklı alt tiplerinde OXT ve AVP düzeyleri saptanarak, bu hormonların çeşitli değişkenlerle ilişkisi tartışıldı.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu araştırmanın katılımcıları İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne konversif atakla başvuran ve DSM-V'e göre, güçsüzlük ya da inme (paralizi) ile giden konversiyon (dönüşüm) bozukluğu tanısı alan 18-65 yaş arası 37 hasta ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 32 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Kronik tıbbi hastalığı, nörolojik hastalığı, alkol ve diğer madde bağımlılığı olanlar (sigara hariç) ve son altı aylık dönemde ilaç kullanımı olan katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır. Hasta ve kontrol grubu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

psikiyatri uzmanı tarafından yapılan yüz yüze görüşme ile DSM-V'e göre değerlendirilmiş ve laboratuvar testleri uygulanmıştır. Kontrol grubuna tıbbi bir hastalığı olmayan, DSM V'e göre bir eksen I tanısı ve birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı katılımcılar seçilmiştir. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüş ve Yerel Etik Kurul tarafından onaylanmıştır. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Serum antidiüretik hormon (ADH, vazopressin, AVP) ve oksitosin (OXT) düzeylerinin ölçümü

Antekübital venden biyokimya tüpüne alınan açlık kan örnekleri, 3000 rpm'de 10 dk santrifüj edilerek serum elde edildi. Serumlar değerlendirmeye kadar (en uzun süre bir yıl olacak şekilde) -70°C'de saklandı ve insan AVP ve OXT düzeylerinin ölçümü için kullanıldı. Teknik ve kişisel yanlılığı azaltmak için ölçümler aynı gün içinde iki kez yapıldı. AVP ve OXT düzeyleri ticari ELISA kitleri (Cusobio) ile talimatlara uygun olarak ölçüldü.

507

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 programı ile analiz edildi. Hasta yaşı, eğitim süresi, hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı verileri ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Kategorik verilerin tanımlanmasında sayı ve yüzde kullanıldı. Cinsiyete özgü beyin devrelerinin eşitsizliği söz konusu olabileceği için kadın-erkek hormon düzeyleri kendi içlerinde karşılaştırıldı. Hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında kategorik verilerde ki kare testi, normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

SONUÇLAR

Bu çalışmada konversiyon bozukluğu tanısı almış erişkin 37 hasta ile 32 sağlıklı kontrol grubu serum OXT ve AVP düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Hastaların yaş ortalaması 28.63 ± 9.52 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 31.46 ± 10.64 yıl idi. Yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0.95$, $p=0.49$). Hastaların eğitim süresi ortalaması 8.24 ± 4.48 iken kontrol grubunun eğitim süresi ortalaması 14.15 ± 3.76 idi. Kontrol grubunun eğitim süresi hasta grubuna göre anlamlı olarak daha uzundu ($p=0.0001$). Hastalar sağlıklı kontrollere göre daha sık kırsal kesimde yaşamaktaydı ($p=0.007$). Hasta grubunda kontrol grubuna göre meslek sahibi olma oranı daha düşük olup, sigara kullanımı daha yüksek orandaydı (sırasıyla $p=0.007$, $p=0.008$).

Kadın hastaların serum OXT düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek iken, AVP seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.002$). Erkek hastaların OXT ve AVP seviyeleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise AVP seviyesi düşük olmakla birlikte, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla $p=0.60$, $p=0.60$).

Hasta grubunun ortalama hastalık süresi 26.89 ± 27.50 (ay), hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 24.97 ± 9.80 (yıl) olarak hesaplandı. Hasta grubunda konversiyon bozukluğu alt tipi, cinsiyet, eğitim, hastalık belirtilerinin sıklığı, başlatıcı stres etkeni, tedavi öyküsü ve hastaneye yatış değişkenleri açısından OXT ve AVP düzeylerinin anlamlı etkilenmediği saptandı ($p>0.05$). Çocukluk travması öyküsü olan katılımcıların AVP düzeyi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek saptandı ($p=0.04$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada KB hastalarının serum OXT ve AVP seviyeleri sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Hasta grubunun %89.2'si kadınlardan oluşmaktaydı. KB sıklığı ergenlikten önce her iki cinsiyet arasında eşit iken, ergenlikten sonra 2-10 kadına karşılık bir erkekte görüldüğü bildirilmiştir (18,19). Çalışmamızda da KB'nin kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre 5-6:1 oranında daha sık görüldüğü saptanmıştır. Literatüre bakıldığında KB'nin gelişmekte olan ülkelerde, düşük sosyoekonomik düzeyde, eğitimsiz nüfusta ve tıbbi bilgi yetersizliğinde sık görüldüğü bildirilmiştir (20). Benzer olarak çalışmamızda KB'yi eğitim düzeyi düşük, kırsal kesimde yaşayan, evlenmemiş ve düzenli bir işi olmayan nüfusta daha sık saptadık. Araştırmalar kırsal kesimde yaşamının, düşük sosyoekonomik koşulların, düşük eğitim düzeyinin, yetersiz iç görü ve düşük zeka düzeyinin KB sıklığını arttıran risk etmenleri olduğunu bildirmiştir (21).

Sosyal hormon olarak tanımlanan OXT memelilerde, primat türlerinde ve insanlarda stresle başa çıkma, sosyal iletişim ve anksiyete düzenleyici olarak rol oynar (22). Nöropeptid sisteminde dengenin OXT'ye doğru kayması stresi düzenleyici etki göstererek, pozitif sosyal uyarı yoluyla emosyonel ve mental sağlığı düzenleyebilir, AVP ise karşıt bir mekanizma ile davranışların düzenlenmesinde rol oynayabilir.

Çalışmamızda KB hastalarının incelenen hormonal profilleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kadın hastalarda OXT düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. Erkek hastalarda ise OXT düzeyi kontrol grubuna göre yüksek olmasına rağmen sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ayrıca AVP düzeyi kadın hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktü. Erkek hastalarda ise AVP düzeyi sağlıklı kontrollere göre düşük olmakla birlikte sonuçlarda istatistiksel anlamlılık bulunmadı. OXT peptid sentezi ile ilgili yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda kadınlarda genellikle OXT ekspresyonunun yüksek

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olduğu, erkeklerde ise reseptör ekspresyonunun yüksek olduğu saptanmıştır (23). Ayrıca çalışmalarda OXT ve reseptörüne ait genlerin ekspresyonu, bazal OXT düzeyi, OXT reseptörlerinin duyarlılığı, sayısı, yerleşimi ve OXT sisteminin diğer sistemlerle etkileşiminin kişiden kişiye değiştiği de bildirilmiştir. Çalışmamızdaki erkek hasta sayısının azlığı (n=4) istatistiksel açıdan anlamlılık saptayamamış olmamızı düşündürmekle birlikte, bu sonuç OXT ve AVP'in beyindeki dağılımı ve reseptör ilişkili mekanizmaları açısından cinsiyetlere özgü fark bulunabilmesi ile açıklanabilir.

Hayvan deneylerindeki kanıtlar, OXT'nin HPA aksını düzenleyici ve anksiyolitik etkileri olduğunu göstermektedir (24). Sağlıklı kadın ve erkeklerde OXT'nin stresi azaltan koruyucu etkilerinin hipopitüer-hipofiz-adrenal (HPA) aks ve OXT sisteminin her ikisinin ko-aktivasyonu ile oluştuğu, bu etkinin stresin başlangıcından hemen sonraki erken evrede ortaya çıktığı ve hızlı bir iyileşmeye yol açtığı düşünülmektedir (25). OXT'nin hayvanlarda amigdaladaki nöromodülatör etkileri aracılığıyla anksiyete benzeri davranışları azalttığı saptanmıştır (26).

Çalışmamızın örneklemini polikliniğe başvuran ve DSM-V'e göre KB tanısı alan, hastalık sürelerinin 2-4 yıl aralığında olduğu hastalardan oluşmaktaydı. Örneklemimizde hastalık süresi 6 ay ya da daha uzun süreli olduğundan çalışmamızdaki KB olguları DSM-V'e göre sürekli olarak sınıflandırılabilir. Sürekli dönemli kadın KB hastaları stresle baş etme ve kendine yardım edebilme becerilerinde güçlük yaşamaları nedeniyle stresi elimine edememekte ve devamlı olarak algılamayı sürdürmektedirler. Çalışmamızda hastaların OXT düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksekken, AVP seviyesi daha düşüktü. Sürekli ve tekrarlayan konversif ataklarla birlikte yükselen OXT ve düşen AVP seviyesi emosyonel ve mental sağlığın düzenlenmesinde etkili olabilir. Literatürde belirtilerin sürekli olduğu KB'li hastalarda OXT ve AVP düzeyini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çalışmalarda akut stresle birlikte hipopitüer-hipofiz-adrenal (HPA) aksını uyarılarak kortizol salınımının arttığı, buna karşın OXT sisteminin ko-aktivasyonunun stresi kompanse etmesiyle kortizolünün düştüğü görülmüştür (24,25). Diğer taraftan aksın kalıcı olarak aktive olması ile yüksek kortikosteroid düzeyleri saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (27). Bununla birlikte kronik streste HPA aksı aktivasyonun sürdüğünü gösteren başka çalışmalarda OXT'nin de aktive olduğu ve çalışmamızdaki yanıtı benzer şekilde stresin sürmesiyle OXT seviyesinde düşüş olmadığı görülmüştür (14,28). Bir çalışmada OXT'nin antidepresif, düşük dozda anksiyolitik ve de yüksek dozda anksiyojenik olabileceği öne sürülmüştür (29). Hayvan modellerinde tedaviye akut OXT eklenmesi davranışsal olarak strese dayanıklılığı desteklemiştir; insanlarda eklenmesi ise hem sosyal davranışı düzenlemiş, hem de anksiyetenin azalmasını sağlamıştır (13). Kronikleşen stres algısı OXT'nin anksiyolitik ve antidepresif etkilerinin yetersiz kalmasına yol açabilir. Ayrıca reseptör ilişkili mekanizma aracılığıyla yükselen OXT'ye yanıtızsızlık da patogenezin süreklilik kazanmasında etkili olabilir. Bu sonuç stresör ile ilişkili rahatsızlıkların kronikleşmesinde OXT sisteminin rolü olabileceğini düşündürmüştür. Diğer taraftan KB'li hastalarda HPA aksının düzenlenmesinde olabilecek bir bozukluk OXT sisteminin devreye girmesine yol açarak patogeneze katkıda da bulunabilir.

Çalışmamızda çocuklukta travma öyküsü olan hastaların AVP düzeyi kontrol grubundan daha yüksek olarak saptanmıştır. Travma maruziyeti konversiyon bozukluğu gelişiminde önemli yer tutar ve belirtileriyle korelasyon gösterir (3). Bu açıdan anksiyete, depresyon, korku ve antisosyal davranışla ilişkilendirilen AVP'nin travma maruziyeti varlığında davranış örüntüsünü şekillendiren nörohumoral mekanizmada rol oynayabileceği ve çocukluk travmalarına maruz kalan hastalarda bir belirteç olarak kullanılabilmesi düşünülmüştür. Çalışmamızda KB alt tiplerinin OXT ve AVP düzeyleriyle ilişkisi saptanmamıştır. Ayrıca KB

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastalarında belirtiler öncesinde stres etkeninin bulunması, belirtilerin sıklığı, yatarak tedavi veya farmakolojik tedavi öyküsü olması ile OXT ve AVP düzeyleri arasında ilişkili bulunmamıştır. Ortalama hastalık süresi 26.89 ± 27.50 ay olan katılımcılarımızda strese adaptasyon için kalıcı nöroendokrin değişiklikler gerçekleşmiş olması olasıdır.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri vaka sayımızın sınırlılığı, bir diğeri erkek cinsiyetin örneklemdaki sayısının azlığıdır. Yapılan diğeri çalışmaların çoğunda olduğu gibi kadın katılımcılar ile yapılan çalışmamızda sonuçların genellenmesi güçleşmiştir. Özetle KB hastalarında OXT ve AVP düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmamızda KB’de kronik strese yanıt, strese ilişkili duygu ve davranışın düzenlenmesi alanlarında OXT ve AVP’ nin rolü olduğunu düşünülmüştür. Bu iki peptid hormonun karşı etkileşimi duygusal davranışa yönelik nöroendokrin dengenin önemli bir parçasıdır. Konversiyon bozukluğunda nöromodulatorlerin rolünün anlaşılabilmesi için her iki cinsiyet için akut ve kronik vakaların değerlendirildiği geniş örneklemlerli prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
2. National Organization for Rare Disorders. Conversion disorder [Internet]. Rare disease information; 2016 [updated: 2003]. Available from: <https://rarediseases.org/rare-diseases/conversiondisorder/>
3. Şar Vedat. The scope of dissociative disorders: an international perspective. Psychiatric Clinics. 2006; 29(1): 227-44.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Synopsis of Psychiatry. 7th Edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994. p. 617-32.
5. Chandraseleoron R, Goshami U, Sivakuner V. Hysterical neurosis: a follow up study. Acta Psychiatr Scand. 1994; 89: 78-80.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

6. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. Sex, age and the diagnosis of hysteria. *Am J Psychiatry*.1972; 129: 121-4.
7. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1997. s. 293-318.
8. Sapolsky RM. Stress, stress-related disease, and emotional regulation. 2007.
9. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A ve ark. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. Ve II. eksen eştanılar. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2000; 2: 87-96
10. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat. Rev. Neurosci*. 2001; 12: 524-38.
11. Neumann ID, Slattery DA. Oxytocin in general anxiety and social fear: a translational approach. *Biol. Psychiatry*. 2016; 79: 213-21.
12. Guastella AJ, Hickie IB. Oxytocin treatment, circuitry, and autism: a critical review of the literature placing oxytocin into the autism context. *Biol. Psychiatry*. 2016; 79: 234-42.
13. Peters S, Slattery DA, Uschold-Schmidt N, Reber SO, Neumann ID. Dose-dependent effects of chronic central infusion of oxytocin on anxiety, oxytocin receptor binding and stress-related parameters in mice. *Psychoneuroendocrinology*, 2014; 42: 225-36.
14. Say GN, Müjdecı M. Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8(2): 102-13.
15. Viviani D, Stoop R. Opposite effects of oxytocin and vasopressin on the emotional expression of the fear response. *Prog Brain Res*. 2008;170:207-18. [PubMed: 18655884]
16. Born J, Lange T, Kern W, McGregor GP, Bickel U, Fehm HL. Sniffing neuropeptides: a transnasal approach to the human brain. *Nature neuroscience*. 2002; 5(6): 514-16.
17. Thompson RR, K George JC, Walton SP, Orr SP, Benson J. Sex-specific Influences

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

of vasopressin on human social communication. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2006; 103(20): p. 7889-7894.

18. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. Sex, age and the diagnosis of hysteria. Am J Psychiatry. 1972; 129: 121-4.
19. Krahn LE, Rummans TA, Shorbrough FW, et al. Pseudoseizures After Epilepsia Surgery. Psychosomatics. 1995; 36: 487-93
20. Nandi DN, Banerjee G, Nandi S, Nandi P. Is Hysteria on the Wane?: A Community Survey in West Bengal, India. The British Journal of Psychiatry, 1992;160(1): 87-91.
21. Alkım T, Tunca Z. Konversiyon bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1995. S. 537-44.
22. Neumann ID, Landgraf R. Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression, and social behaviors. Trends in neurosciences. 2012; 35(11): 649-59.
23. Dumais KM, Veenema AH. Vasopressin and oxytocin receptor systems in the brain: sex differences and sex-specific regulation of social behavior. Front Neuroendocrinol. 2016; 40: 1-23. doi:[10.1016/j.yfrne.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2015.04.003).
24. Apazoglou K, Adouan W, Aubry JM, Dayer A, Aybek S. Increased methylation of the oxytocin receptor gene in motor functional neurological disorder: a preliminary study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2018; 89(5): 552-54.
25. Engert V, Koester AM, Riepenhausen A, Singer T. Boosting recovery rather than buffering reactivity: higher stress-induced oxytocin secretion is associated with increased cortisol reactivity and faster vagal recovery after acute psychosocial stress. Psychoneuroendocrinology. 2016; 74: 111–20. doi:[10.1016/j.psyneuen.2016.08.029](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.029).
26. Grillon C, Krinsky M, Charney DR, Vytal K, Ernst M, Cornwell B. Oxytocin increases anxiety to unpredictable threat. Molecular psychiatry. 2013; 18(9): 958 .
27. Cox EQ, Stuebe A, Pearson B, Grewen K, Rubinow D, Meltzer-Brody S. Oxytocin and HPA stress axis reactivity in postpartum women. Psychoneuroendocrinology.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2015; 55: 164-17.

28. Li K, Nakajima M, Ibañez-Tallon I, Heintz N. A Cortical Circuit for Sexually Dimorphic Oxytocin-Dependent Anxiety Behaviors. *Cell*. 2016; 167(1): 60-72.
29. Naja WJ, Aoun MP. Oxytocin and anxiety disorders: translational and therapeutic aspects. *Current psychiatry reports*. 2017; 19(10): 67.

S-97 DÜŞEN HİPERTANSİF YAŞLILARDA ANTİHİPERTANSİF TEDAVİYE YAKINDAN BAKIŞ**CLOSE VIEW OF ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN FALLER HYPERTENSIVE OLDER PEOPLE****Hande SELVİ ÖZTORUN**

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Geriatri Kliniği

Özet

Dünyada 65 yaş üstü kişi sayısı pek çok ülkede artmaktadır. Yaşlılarda düşme önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hipertansiyon tanısı da uygunsuz tedavisi de düşmeye katkıda bulunabilir. Çalışmamızda polikliniğimize başvuran düşme yaşayan hipertansiyon hastalarının; kullandıkları antihipertansif tedavi grubu, ek hastalıkları, polifarmasi, kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları, laboratuvar değerleri sonuçları ile çok yönlü irdelenmesi yapılarak olası düşme sebebi olabilecek durumların incelenmesi amaçlanmıştır. 53 hastanın %62.3'ü (n: 33) kadın idi. Yaş ortalaması 75 ± 5.86 idi. %52.8'i (n: 28), 5 yıldan daha az eğitilmiş idi. % 15'i (n: 8) 8 yıldan daha fazla eğitilmiş idi. Polifarmasi (≥ 4 ilaç kullanımı) oranı %58.4 (n: 31) idi. ACEİ-ARB grubu antihipertansif tedavi alanların ve kombinasyon tedavisi alanların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Sonuç olarak; yaşlılarda, kişilerin ek hastalıkları ve riskleri göz önünde bulundurularak hedef tayin edilmelidir. Polifarmasiden kaçınılmalıdır. Düşme riski olan hastalara kombinasyon tedavisi mümkün olduğunca verilmemelidir. Yine bu kişilerde hipotansif semptomlara ve ortostatik hipotansiyona dikkat edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Düşme, Hipertansiyon**Abstract**

The number of people over 65 in the world is increasing in many countries. Falling in elderly is an important cause of mortality and morbidity. Diagnosis and inappropriate treatment of hypertension can contribute to fall. In this study, antihypertensive treatment group, comorbid diseases, polypharmacy, comprehensive geriatric evaluation results, laboratory values results were investigated in hypertensive patients with falls. thus, it is aimed to investigate the possible causes of falls. Of the 53 patients, 62.3% (n: 33) were female. The mean age was 75

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

± 5.86. 52.8% (n: 28) were educated for less than 5 years. 15% (n: 8) were educated for more than 8 years. The rate of polypharmacy (≥ 4 drug use) was 58.4% (n: 31). It was seen that the ACEI-ARB group had higher rate of antihypertensive treatment and combination treatment. As a result; the elderly should be targeted by considering the additional diseases and risks of the individuals. Polypharmacy should be avoided. Combination therapy should not be given as much as possible to patients at risk of falling. Again, hypotensive symptoms and orthostatic hypotension should be considered in these people.

Key Words: Elderly, Fall, Hypertension

GİRİŞ

Dünyada 65 yaş üstü kişi sayısı pek çok ülkede artmaktadır. Dünya demografik verileri, 1980'de 65 yaşın üzerindeki kişilerin 378 milyon olduğunu; 2010 yılında bu sayının 759 milyona ulaştığını göstermiştir. 2050'de yaşlı nüfusunun yaklaşık iki milyar insan olması beklenmektedir [1]. Ülkemizde de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2018 yılı itibari ile yaşlı nüfus oranı % 8,8'e yükseldi [2].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşmeyi, vücudu zemine ya da başka bir yüzeye getiren, denge kaybına bağlı meydana gelen, istemsiz bir olay olarak tanımlar. Düşme olaylarında en yüksek ölüm oranı yaşlılardadır [3]. Yaşlılarda düşme önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Düşme ile ilgili nedenler araştırılırken polifarmasi ve yanlış ilaç kullanımının payı olduğu da tespit edilmiştir.

Yaşlılarda düşmeye sebep olabilecek yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikler Tablo-1'de, düşmeye neden olan hastalıklar Tablo-2'de, düşmeye neden olan ilaçlar Tablo-3'de özetlenmiştir.

Tablo-1: Düşmeye Sebep Olabilecek Yaşlılığa Bağlı Fizyolojik Değişiklikler

Görme sorunları	Görme keskinliğinde azalma Karanlığa uyumda azalma Göz kamaşması Kontrast duyarlılığında azalma
İşitme-Denge sorunları	Konuşma ayrımında bozulma Ses tonu eşliğinde bozulma Vestibuler sistemde, dengede bozulma
Sinir sistemi sorunları	Reaksiyon süresinde yavaşlama Pozisyon duyusunda bozulma

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Postürde bozulma Yaşlı yürüyüşünün ortaya çıkması
--	--

Tablo-2: Düşmeye Neden Olan Hastalıklar

Nörolojik Hastalıklar	Nörovasküler hastalıklar Parkinson hastalıkları Omurilik Nöbetler hastalıkları Serebellum hastalıkları Nöropati nedeni olan hastalıklar Demans Deliryum
Kardiyovasküler Hastalıklar	Miyokard İnfarktüsü Hipotansiyon Aritmi
Gastrointestinal Hastalıklar	Hematemez, melena gibi kanamalar ve diğer anemi nedenleri Diyare Dışkılama sorunlarına bağlı bayılma Aşırı yemek sonrası bayılma
Endokrin Hastalıklar	Hipotiroidi Hipoglisemi Hipokalemi-hiponatremi Hipovolemi
Üriner Sistem Hastalıkları	Üriner İnkontinans Noktüri
Kas-iskelet Hastalıkları	Artrit Myalji, Myopati
Psikiyatrik Hastalıklar	Depresyon Anksiyete

Tablo-3: Düşmeye Neden Olan İlaçlar

Benzodiazepinler
Fenotiyazinler
Trisiklik antidepresanlar
Bazı antihipertansifler
Diüretikler
Narkotikler

İlaçlar arasında sayılan antihipertansif ilaçlar ve diüretikler, hipertansiyon hastalığının yaşlılarda yüksek oranda görülmesi nedeni ile sık kullanılan tedavilerdir [4]. Tedavi dozunun yüksek olması nedeni ile olabilecek ortostatik hipotansiyon da bir düşme nedenidir [5]. Tedavinin etkin olmaması durumunda hipertansif pek çok durum da düşmeye neden

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olabilmektedir. O sebeble yaşlılarda optimal hipertansiyon tedavisi hem hastalığın kendinin hem de komplikasyonlarının tedavisi ve yönetimi için çok önemlidir [6]

Çalışmamızda polikliniğimize başvuran düşme yaşayan hipertansiyon hastalarının; kullandıkları antihipertansif tedavi grubu, ek hastalıkları, polifarmasi, kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları, laboratuvar değerleri sonuçları ile çok yönlü irdelenmesi yapılarak olası düşme sebebi olabilecek durumların incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya polikliniğine başvuran 65 yaş üstü, son bir yılda en az bir defa düşme yaşamış antihipertansiyon tedavisi alan hipertansiyon hastası 53 kişi dahil edildi.

Hastaların demografik verileri ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Demografik veriler olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, geriatrik sendromlar, kullandığı ilaç sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, düşme sayısı not alındı. Laboratuvar değerleri olarak (birim- normal aralık); açlık kan glukozu (mg/dL 74 - 100), Kreatinin (mg/dL 0,51 - 0,95), Hesaplanmış Glomerüler Filtrasyon Hızı (hGFH) (mL/dk/1,73 m² > 60), Sodyum (mmol/L 136 – 146), Potasyum (mmol/L 3,5 - 5,1), Total Protein (g/L 66 – 83), Albümin (g/L 35 – 52), Alanin Aminotransferaz (ALT) (U/L < 35), Aspartat Aminotransferaz (AST) (U/L < 35), Sedimantasyon (mm/saat < 30), Lökosit (WBC) (x10⁹/L 4,5 – 11), Hemoglobin (Hb) (g/dL 11,7 - 16,1), B12 Vitamini (pg/mL 126,5 – 505), Folik Asit (ng/mL 5,90 - 24,80), TSH (µIU/mL 0,38 - 5,33), CRP (mg/L 0,0 - 5,0), 25-Hidroksi Vitamin D (µg/L 10 – 60) değerleri kaydedildi.

Dışlama kriterleri olarak; Düşmeye neden olabilecek aşikar durumu olanlar (yürüme ve denge bozukluğu olanlar, ciddi periferik nöropati şikayeti ve/veya belgelenmiş nöropatisi olanlar, fizik muayenede vestibüler disfonksiyon şüphesi olanlar, aşikar kas kuvvetsizliği nedeni ile yürüme zorluğu olan veya yürüyemeyen hastalar, düşmeye sebep olabilecek görme- duyma problemi olanlar, akut hastalık durumu olanlar, demans hastaları, günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlılık durumu, kronik hastalıklar (Parkinson hastalığı, kronik kas ağrıları, ciddi osteoartriti, geçirilmiş serebrovasküler olayı olanlar))

Mekanik nedenle düşenler alınmadı. Düşmeye sebep olabilecek ilaç grupları olarak Tablo-3'de özetlenen ilaç grupları belirlendi.

Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme:

Çok yönlü geriatrik değerlendirme testleri: Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi, Lawton enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, mini mental durum değerlendirmesi, Geriatrik depresyon ölçeği (15 soruluk kısa formu) ve mini nütrisyonel değerlendirme kısa formunu içeriyordu. Günlük yaşam aktiviteleri Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi ile değerlendirildi. Bu indeks giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme, yataktan çıkma, yemek yeme ve kontinans fonksiyonlarını 6 puan üstünden değerlendirmektedir [7].

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ise Lawton enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile değerlendirildi. Bu ölçekte telefon kullanma, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır, şehir içi ulaşım, ilaçları düzgün kullanma gibi aktiviteler sekiz puan üstünden değerlendirilmektedir [8]. Kognitif fonksiyonlar, mini mental durum değerlendirmesi ile araştırıldı. Otuz puan üstünden değerlendirilen bu testte alınan düşük skorlar kognitif fonksiyonlarda bozukluğu göstermektedir [9]. Geriatrik depresyon formunun 15 soruluk kısa formu kullanıldı. Nütrisyon durumu mini nütrisyonel değerlendirme-kısa form ile araştırıldı. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan bu test 14 puan üzerinden olan bir testtir. 0-7 puan arası malnütrisyonu, 8-11 puan arası malnütrisyon riskini, 12-14 puan arası normal nütrisyonu göstermektedir [10]. Kas gücünün değerlendirilmesi için elektronik bir el dinamometresi (GRIP-D, grip strength dynamometer, produced by Takei, Made in Japan) ile ölçülen el sıkma kuvveti kullanıldı. Ölçüm kol dirsekten 90 derece fleksiyon pozisyonundayken yapıldı. Kişi dinamometrenin güç uygulanan kısmını dominant olan eliyle kavrayarak, tüm gücüyle dinamometreye güç uyguladı. Bir dakika ara ile üç kez ölçüm yapıldı. Üç ölçümün ortalaması alındı. Sonuçların birimi kilogramdır. Kadınlar için <20 kg ve erkekler için <30 kg azalmış kas gücü lehine değerlendirildi. Kas performansı ise 4 metrelik parkurda ölçülen yürüme hızı ile değerlendirildi. Kişinin iyi görebilmesi için parkurun başlangıç ve bitiş noktaları belirgin olarak işaretlendi. Yürüme zamanı elektronik bir kronometre ile ölçüldükten sonra yürüme hızı $4 \text{ m/yürüme zamanı (sn)}$ formülü ile m/sn cinsinden hesaplandı. Yürüme hızı <0,8 m/sn azalmış kas performansı lehine değerlendirildi.

İstatistiksel analiz:

İstatistiksel analizde sayısal veriler dağılımlarına göre ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum değer) olarak verildi. Nominal veriler için yüzdeler (%) kullanıldı. Gruplar arası nominal değişkenler ki-kare testi ile değerlendirildi. Gruplar arası sayısal

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

değişkenler One-Way ANOVA testi ile değerlendirildi. p değeri <0,05 istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

53 hastanın %62.3'ü (n: 33) kadın idi. Yaş ortalaması 75±5.86 idi. %52.8'i (n: 28), 5 yıldan daha az eğitilmiş idi. % 15'i (n: 8) 8 yıldan daha fazla eğitilmiş idi. Polifarmasi (≥4 ilaç kullanımı) oranı %58.4 (n: 31) idi. Hiperpolifarmasi (> 10 ilaç kullanımı) olan bir kişi vardı. 47 hasta son bir yıl içinde en az bir defa düşmüştü, diğer kişilerde düşme sayısı birden fazla idi. Düşmeye sebep olabilecek ilaç kullanımı olanlar %79.2 (n: 42) idi. Hastaların hipertansiyona eşlik eden ek komorbiditeleri Tablo-4'de ve laboratuvar verileri Tablo-5'de özetlenmiştir.

Tablo-4: Hastaların Komorbiditeleri

	% (n)
Diyabetes Mellitus	49.1 (26)
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	13.2 (7)
Kalp Yetmezliği	18.9 (10)
Kanser	7.5 (4)
Hipotiroidi	17 (9)
Kronik Böbrek Hastalığı	9.4 (5)
Depresyon	3.8 (2)
Bening Prostat Hipertrofisi	11.3 (6)
Koroner Arter Hastalığı	22.5 (12)

Tablo-5: Hastaların Laboratuvar Verileri

(Birim- Normal Aralık)	Kadın	Erkek	p değeri

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Açlık Kan Glukozu (mg/dL 74 - 100)	121 (81-218)	111 (94-157)	.869
Kreatinin (mg/dL 0,51 - 0,95)	0.93±.26	1.04±.28	.008*
Hesaplanmış Glomerüler Filtrasyon Hızı (mL/dk/1,73 m ² > 60)	64.88±17.7	70.33±17.33	.769
Sodyum (mmol/L 136 - 146),	138.22±2.8	137.38±3.04	.180
Potasyum (mmol/L 3,5 - 5,1)	4.60±.40	4.37±.24	.903
Total Protein (g/L 66 - 83)	7.35 (6.70-7.90)	7.05 (4.20-7.90)	.083
Albümin (g/L 35 - 52)	4.18±.29	4.08±.29	.275
Alanin Aminotransferaz (ALT) (U/L < 35)	17.50 (6-58)	19.83 (9-44)	.840
Aspartat Aminotransferaz (AST) (U/L < 35)	19.50 (3-68)	24.58 (8-71)	.520
Sedimantasyon (mm/saat < 30)	28 (6-62)	10.5 (4-71)	.014*
Lökosit (WBC) (x10 ⁹ /L 4,5 - 11),	7.60±2.42	8.15±1.47	.808
Hemoglobin (Hb) (g/dL 11,7 - 16,1)	12.75 (8.60-14.20)	12.95 (10.20-15)	.251

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

HbA1c (%)	6.4 (5.2-12.1)	7.2 (6.10-17)	.119
B12 Vitamini (pg/mL 126,5 - 505)	371.05±180 .58	267.25±210.22	.321
Folik Asit (ng/mL 5,90 - 24,80)	9.89 (4.62-25.80)	7.81 (1.22-17.47)	.142
TSH (µIU/mL 0,38 - 5,33)	1.80 (0.44-13.56)	0.91 (0.63-1.32)	.160
CRP (mg/L 0,0 - 5,0)	7.55 (0.66-141)	2.40 (0.5-33)	.235
25-Hidroksi Vitamin D (µg/L 10 - 60)	19.59±11.4 5	16.90±9.24	.131

Çalışmaya katılan hastaların kullandıkları antihipertansiflerin gruplandırılması Tablo- 6’da özetlenmiştir.

Tablo-6: Hastaların Kullandıkları Antihipertansiflerin Sınıflandırılması

	% (n)
ACEİ-ARB	37.7 (20)
B bloker	9.4 (5)
Kalsiyum kanal blokerü	17 (9)
Diüretik	3.8 (2)
Kombinasyon tedavisi	30.2 (16)

Hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7: Hastaların Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Sonuçları

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Kadın	erkek	p değeri
Katz	6 (3-6)	6 (4-6)	.042*
Lawton-Brody	15 (1-17)	14 (6-17)	.976
Minimental test	25 (15-30)	27 (19-29)	.288
MNA	13 (10-14)	13 (11-14)	.244
GDS	4 (0-15)	3 (0-15)	.257
Yürüme hızı	9 (15-19)	7 (5-10)	.011*

TARTIŞMA

Çalışmamızda düşme yaşayan hipertansif hastalarda düşme ile ilgili olduğu daha önce tespit edilen ilaç gruplarından ilaç kullanımının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen polifarmasi de yüksek tespit edilmiştir. Daha önce yapılan pek çok çalışma da polifarmasinin düşme ile ilgili sonuçlar verdiğini göstermiştir [11-15].

Yaşlıların hastalık sayısı arttıkça kırılabilirlik risklerinin ve düşme gibi fiziksel komplikasyonlarının arttığı daha önceki çalışmalarda tespit edilen bir durumdur [16, 17]. Çalışmamız sonucunda da ek hastalık oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiş özellikle diyabet hastalığının oranının yüksekliği dikkat çekmiştir. Bunun nöropati, diyabet tedavisinde kullanılan ajanlar ve bunlara bağlı hipoglisemi riski, görme problemleri gibi pek çok nedeni olabilir [18].

Hastaların kullandıkları antihipertansif tedaviler gruplandırılarak oranlarına bakıldığı zaman anjiyotensin konverting enzim inhibitörü (ACEİ) ve anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) tedavisi alan kişilerin yüksek olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar bizim çalışmamızdaki bu bulguyu desteklerken [19, 20], bazı çalışmalarda da düşme riski ve antihipertansif tedavi grupları arasındaki bir çalışmada da ACE-İ kullanımının düşme riskini arttırmadığı tespit edilmiştir [21]. Bazı çalışmalarda da hiç tansiyon ilacı kullanılmaması daha riskli bulunmuştur [22]. Yine kombinasyon tedavilerinin oranı da çalışmamızda yüksektir. İlaç kullanım kolaylığı sağlayan iki ya da daha fazla sayıda antihipertansif tedaviyi bir ilaç şeklinde veren kombinasyon tedavisinin yaşlılarda kullanımı pratiktir. Ancak iki antihipertansif tedavinin bir arada verilmesi yaşlılarda hipotansif epizotların yaşanmasına

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

neden olabilir. Özellikle düşme sebebi olan diğer ilaçlarla birlikte kullanılan hipertansiyon tedavileri dikkatli irdelenmelidir. Ayrıca bir kere düşme yaşamış kişilerin düşme sonrası değerlendirmesinde mutlaka antihipertansif tedavilerin yapılandırması yapılmalıdır [23]. Detaylı değerlendirme yapılmadan kesilen tansiyon tedavilerinin sonucu bazı çalışmalarda daha kötü olarak sonuçlanmıştır [24].

SONUÇ

Yaşlılarda, kişilerin ek hastalıkları ve riskleri göz önünde bulundurularak hedef tayin edilmelidir. Polifarmasiden kaçınılmalı, hastaların kullandığı ilaçlar ‘hangisini kesebilirim ‘ açısından ele alınmalıdır. Antihipertansif tedavisi kesilemeyecek, optimize edilemeyecek hastalarda, düşme sebebi olabilecek diğer grup ilaçlar mutlaka gözden geçirilmelidir. Düşme riski olan hastalara kombinasyon tedavisi mümkün olduğunca verilmemelidir. Yine bu kişilerde hipotansif semptomlara ve ortostatik hipotansiyona dikkat edilmelidir. Ancak bu yaş grubunda hipertansiyonun da düşme için önemli bir risk faktörü olduğu ve tedavisiz bırakılmaması gerektiği göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Nations., U., *Current status of the social situation, well-being, participation in development and rights of older people worldwide.*, in New York: Department of Economic and Social Affairs. 2011.
2. <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=30709>.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
4. Alsarah, A., O. Alsara, and G. Bachauwa, *Hypertension Management in the Elderly: What is the Optimal Target Blood Pressure?* Heart Views, 2019. **20**(1): p. 11-16.
5. Shaw, B.H., et al., *Relationships between orthostatic hypotension, frailty, falling and mortality in elderly care home residents.* BMC Geriatr, 2019. **19**(1): p. 80.
6. Sirkin, A.J. and N.G. Rosner, *Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls.* J Am Acad Nurse Pract, 2009. **21**(7): p. 402-8.
7. Arik, G., et al., *Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults.* Archives of gerontology and geriatrics, 2015. **61**(3): p. 344-50.
8. Lawton, M.P. and E.M. Brody, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.* The Gerontologist, 1969. **9**(3): p. 179-86.
9. Thal, L.J., M. Grundman, and R. Golden, *Alzheimer's disease: a correlational analysis of the Blessed Information-Memory-Concentration Test and the Mini-Mental State Exam.* Neurology, 1986. **36**(2): p. 262-4.
10. Guigoz, Y. and B. Vellas, *The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation.* Nestle Nutrition workshop series. Clinical & performance programme, 1999. **1**: p. 3-11; discussion 11-2.
11. Zia, A., S.B. Kamaruzzaman, and M.P. Tan, *Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk.* Postgrad Med, 2015. **127**(3): p. 330-7.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

12. Cuevas-Trisan, R., *Balance Problems and Fall Risks in the Elderly*. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2017. **28**(4): p. 727-737.
13. Dhalwani, N.N., et al., *Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England*. BMJ Open, 2017. **7**(10): p. e016358.
14. Morin, L., et al., *Polypharmacy and injurious falls in older adults: a nationwide nested case-control study*. Clin Epidemiol, 2019. **11**: p. 483-493.
15. Correa-Perez, A., et al., *Fall-risk increasing drugs and prevalence of polypharmacy in older patients discharged from an Orthogeriatric Unit after a hip fracture*. Aging Clin Exp Res, 2019. **31**(7): p. 969-975.
16. Araujo, A.H.N., et al., *Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents*. Rev Bras Enferm, 2017. **70**(4): p. 719-725.
17. Cheng, M.H. and S.F. Chang, *Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis*. J Nurs Scholarsh, 2017. **49**(5): p. 529-536.
18. Vinik, A.I., et al., *AGING, DIABETES, AND FALLS*. Endocr Pract, 2017. **23**(9): p. 1117-1139.
19. Laudisio, A., et al., *Use of ACE-inhibitors and falls in patients with Parkinson's disease*. Gait Posture, 2017. **54**: p. 39-44.
20. Butt, D.A., et al., *The risk of falls on initiation of antihypertensive drugs in the elderly*. Osteoporos Int, 2013. **24**(10): p. 2649-57.
21. Wong, A.K., et al., *Angiotensin system-blocking medications are associated with fewer falls over 12 months in community-dwelling older people*. J Am Geriatr Soc, 2013. **61**(5): p. 776-81.
22. Ang, H.T., et al., *A Systematic Review and Meta-Analyses of the Association Between Anti-Hypertensive Classes and the Risk of Falls Among Older Adults*. Drugs Aging, 2018. **35**(7): p. 625-635.
23. Omer, H., et al., *Inpatient falls in older adults: a cohort study of antihypertensive prescribing pre- and post-fall*. BMC Geriatr, 2018. **18**(1): p. 58.
24. Stegman, M.R., *Falls among elderly hypertensives--are they iatrogenic?* Gerontology, 1983. **29**(6): p. 399-406.

S-98 YAŞLI HİPERTANSİF HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND SELF-CARE AGENCY IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS

Serap PARLAR KILIÇ¹, Nermin KILIÇ², Cihat DEMİREL²

¹İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, TÜRKİYE

²İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, TÜRKİYE

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı; yaşlı hipertansiyon hastalarında sosyal destek ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Nisan-Ekim 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatan ve Kardiyoloji polikliniğe başvuran 65 yaş ve üstü 150 hipertansiyon hastası ile yapılmıştır. Çalışmada; Sosyo-demografik veriler ve hastalığa ilişkin verileri içeren toplam 20 sorudan oluşan hasta bilgi formu, Özbakım Gücü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlı hipertansif hastaların özbakım gücü ile sosyal destek arasında yapılan korelasyon analizi incelendiğinde; özbakım gücü ile aile desteği ($r=0.944$, $p<0.001$), arkadaş desteği ($r=0.380$, $p<0.001$), özel insan desteği ($r=0.386$, $p<0.001$) ve toplam destek ($r=0.406$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özbakım gücü puan ortalaması yüksek olan hastaların aile, arkadaş, özel insan ve toplam destek puan ortalamaları yüksek çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları; yaşlı hipertansif hastalarda özbakım gücü ile sosyal destek arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve sosyal desteğin özbakım gücünü arttırdığını göstermiştir. Hemşireler yaşlı hipertansif hastalara bakım verirken sosyal desteğin özbakım gücüne etkisi olduğunu değerlendirmeli ve hastalarına bu açıdan yaklaşmalıdırlar.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: sosyal destek, özbakım gücü, hipertansiyon, yaşlı, hasta.

Abstract

Objectives: The aim of this study is; the relationship between social support and self-care agency in elderly hypertension patients.

Methods: This study was conducted with 150 hypertensive patients aged 65 years and over who applied to Cardiology Clinic of Fırat University Hospital between April-October 2017. Study; Patient information form consisting of a total of 20 questions including socio-demographic data and data about the disease, Self-Care Agency Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale were used.

Results: When analyzing the correlation between the self-care agency of elderly hypertensive patients and social support; between the self-care agency and family support ($r=0.944$, $p<0.001$), friend support ($r=0.380$, $p<0.001$), special human support ($r=0.386$, $p<0.001$) and total support ($r=0.406$, $p<0.001$) found a significant positive correlation. The self-care agency score averages were high, and the average scores of family, friend, special human and total support points were high.

Conclusion: The results of this study; found that there was a significant positive correlation between self-care agency and social support in older hypertensive patients, and that self-care increased social support. While nurses care for elderly hypertensive illnesses, they should evaluate the effect of social support on self-care agency and should approach patients in this respect.

Key words: Social support, self-care agency, hypertension, elderly, patient.

GİRİŞ

Yaşın ilerlemesi ile fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik sorunların insidansında artış olmasının yanı sıra kronik hastalıkların insidansı da artış göstermektedir (Kankaya ve Karadakovan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2017). Hipertansiyon yaşlılar arasında en sık görülen kronik durumdur (Özdemir ve ark. 2016). 2013 yılında 72 ülkede yapılan anket verilerine göre; hipertansiyon morbidite ve mortalitenin artması ile ilişkili önemli bir risk faktörüdür ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı kayıplarının, engelli yaşam yıllarının ve ölümün en yaygın nedenidir (Lee & Park 2017).

Hipertansiyonlu hastalarda ölüm oranlarının düşürülmesi için hipertansiyonun tedavisi ve yönetimi önemlidir (Chang & Lee 2015). Kronik hastalıkların çoğunda olduğu gibi hipertansiyonda da hastalık, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, kontrol altına alınamadığında inme, miyokard enfarktüsü gibi birçok komplikasyonlara neden olmakta ve bu nedenle belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir (Nguyen ve ark. 2012). Bu durum hastalar için stresli bir yaşam sürdürmelerine yol açmakta ve hastaların öz bakım gücünü olumsuz etkilemektedir (Savaşan 2009).

Baş etmede büyük rolü olan sosyal destek, stres verici yaşam olaylarına ve stresin zararlı etkilerine karşı kişiyi korumaktadır. Hastalar için aileleri tarafından korunduklarını bilmek büyük önem taşır; hastaların ailelerinin ve arkadaşlarının yanında olması kendilerine cesaret verir, umudunu sürdürmesini sağlar, hastalığı ile mücadele etmelerine yardımcı olur (Karakurt ve ark. 2013; Jensen & Petersson 2003).

Sosyal desteğin varlığı hipertansiyon hastalarında; düşük sodyum ve düşük yağlı diyet, egzersiz, alkol tüketimini sınırlandırma, sigara içmeme, kilo yönetimi, düzenli doktor kontrolü, stresle başa çıkma, evde kan basıncı izlemi ve reçete edilen ilaç tedavisine uyum gibi olumlu öz bakım davranışları geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Aşıl 2015). Bu durum komplikasyonların oluşmasını engeller ve hastanın öz-bakım aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesini sağlayabilir (Karakurt ve ark. 2013; Tambağ 2013). Bu çalışmanın amacı; yaşlı hipertansiyon hastalarında sosyal destek ile öz-bakım gücü ilişkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Nisan-Ekim 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatan ve Kardiyoloji polikliniğe başvuran 65 yaş ve üstü hipertansiyon hastaları ile yapılmıştır. Hastaların araştırmaya dahil edilmesi için kriterler: (a) En az bir yıldır esansiyel hipertansiyon tanısı almak, (b) 65 yaş ve üstünde olmak, (c) Mental konfüzyonu olmamak veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmamak, (d) İşitme-görme-konuşma sorunu olmamak, (e) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında bu kuruma başvuran ve tedavi gören, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 yaşlı hipertansiyon hastası çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak hasta bilgi formu, Özbakım Gücü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmış ve uygulama süresi ortalama 25 dakika kadar sürmüştür.

Hasta Bilgi Formu: Hipertansiyon tanısı almış 65 yaş ve üzeri hastalarla ilgili benzer çalışmalar incelenerek araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan bu form (Bakoğlu ve Yetkin 2000; Chang ve Lee 2015; Karakurt ve ark. 2013), sosyo-demografik değişkenler ve hastalığa yönelik bireysel bilgileri içermektedir. Sosyo-demografik veriler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence durumunu içeren toplam 13 soru ile; hastalığa ilişkin veriler ise; hipertansiyon tanı süresi, hipertansiyon dışında kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, hipertansiyon için kullanılan ilaçları düzenli alma durumu, hipertansiyon ölçüm sıklığı, hastalığı ile ilgili olarak aldığı yaşam tarzı değişikliklerini içeren toplam 20 soru ile toplanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Özbakım Gücü Ölçeği: Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 1993 yılında Nahçıvan tarafından yapılmıştır. Bireylerin özbakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını kendilerinin değerlendirmeleri üzerine odaklanan ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır. 5’li likert tipi ölçekte “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtı “0” puan, Beni pek tanımlamıyor=1 puan, Fikrim yok=2 puan, beni biraz tanımlıyor=3 puan, beni çok tanımlıyor=4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek toplam 35 ifadeden oluşmakta ve 3, 6, 9,13, 19, 22, 25, 26 ve 31. ifadeler tersten okunmakta, negatif olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 35, en yüksek puan 140’dır. 82 puan altı düşük, 82-120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir. Öz bakım gücü ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması bireyin öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir (Nahçıvan, 1993).

531

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilen, bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirleyen bir ölçektir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile (3, 4, 8 ve 11.maddeler), arkadaş (6, 7, 9 ve 12.maddeler), özel kişi (1, 2, 5 ve 10.maddeler) desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Zimmet et al 1988, Eker et al 2001). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış olup çalışmalarında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0.80-0.95

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

arasında değişen yüksek tutarlılık düzeylerine sahip olduğunu bulmuşlardır (Eker & Arkar 1995).

Verilerin Toplanması

Hasta bilgi formu ve ölçekler; uygulama öncesi hastalara araştırma ve form hakkında kısaca bilgi verilip sözlü onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket ve ölçeklerin uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler istatistik paket (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) programında yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alpha iç tutarlılık testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 73.00 ± 6.65 olup, %55.3'ü erkek, %52.7'si evli, %26.0'si ilköğretim mezunu, %79.5'i evli, %34.0'ü ev hanımı, %49.3'ü eşiyile birlikte yaşamakta ve %75.3'ünün sağlık güvencesi vardı. Hastaların hipertansiyon tanı süreleri ortalaması 4.76 ± 2.68 yıl, sistolik kan basıncı ortalaması 155.60 ± 15.60 mmHg (min 120-max 190), diastolik kan basıncı ortalaması 90.46 ± 12.60 mmHg (min 60-max 120) olup, %62.7'sinin hipertansiyon dışında başka kronik hastalığı bulunmaktaydı. Hastaların %52.7'sinin ayda bir defa kan basıncını ölçtirdiği ve %50.7'sinin birinci derece akrabalarında hipertansiyon tanısı olduğu saptanmıştır.

Hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları genel ortalama puanları incelendiğinde; hastaların en fazla arkadaşlarından destek aldıkları görülmüştür (12.46 ± 4.08). Bunu sırasıyla özel kişi desteğinin (12.30 ± 4.20) ve aile desteğinin (7.42 ± 3.02) takip ettiği saptanmıştır. Hastaların toplam sosyal destek puan ortalamaları 37.97 ± 11.33 , özbakım gücü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması ise 65.91 ± 21.37 olarak bulunmuştur. Hastaların medeni

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

durumları ile aile sosyal destek puan ortalaması ($p<0.05$) ve özbakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmıştır ($p>0.05$). Bekar olan hastaların hem aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının hem de özbakım gücü ölçeği puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışan hastaların hem aile sosyal destek puan ortalamasının hem de özbakım gücü ölçeği puan ortalamasının en yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Gelir düzeyi kötü olan hastaların hem aile ve özel kişi sosyal destek puan ortalamasının hem de özbakım gücü ölçeği puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastalarının hipertansiyon tanı süresi ile sosyal destek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; hipertansiyon tanı süresi en fazla olan hastaların (9 yıl ve üzeri) hem sosyal destek puan ortalamalarının hem de özbakım gücü puan ortalamalarının, daha az süredir hipertansiyon tanısı alan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sadece özel kişiden alınan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalaması ile tanı süresi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının tanı süresi ile özbakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İlaçlarını düzenli kullanan hastaların hem sosyal destek puan ortalamaları hem de özbakım gücü puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

SONUÇ

Çalışmada hipertansif hastalarının özbakım gücünün düşük olduğu ve hastaların en fazla arkadaşlarından destek aldığı, bunu sırasıyla aile ve özel insan desteğinin takip ettiği saptanmıştır. Ayrıca özbakım gücü ile sosyal destek arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunduğu ve hastaların sosyal destek düzeylerinin özbakım güçleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre; hipertansif hastalarının sosyal destek kullanımı ve kendine yardım grupları oluşturma konusunda bilgilendirilmeleri ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

desteklenmelerine, ailelerin sosyal destek becerilerinin geliştirilmesi amacıyla bilgi verici ve destekleyici danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi ve destek gruplarının oluşturulmasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

- Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları. Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12(4):195-201.
- Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 21-29.
- Chang AK, Lee EJ. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. International Journal of Nursing Practice 2015; 21: 584–591.
- Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. Contemporary Nurse, 2017. 53(6):607-621.
- Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD.(2012) Managing hypertension in the elderly: A common chronic disease with increasing age. Clinical, 5(3):253-259.
- Savaşan A. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2009;1(1):13-17.
- Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A. Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14(1) : 1 – 9.
- Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient Educ Couns 2003;51(2):123-31.
- Aşilar RH. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2015; 6(11):151-159.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Tambağ H. (2013). Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu, Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg, 4 (16): 23-31.
- Bakoğlu E, Yetkin A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1):41-49.
- Kearney BY, Fleischer BJ (1979) Development of an instrument to measure exercise of selfcare agency. Res Nurs Health, 2(1):25-34.
- Nahçıvan N. (1993). Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal Of Personality Assessment 52: 30-41.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Factorial Structure, Validity, and Reliability of Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Türk Psikiyatri Dergisi. 12(1):17-25.
- Eker D, Arkar H. (1995) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikol Derg; 34:45–55.

S-99 ÜVEİT HASTALARINDA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME

PSYCHIATRIC ASSESSMENT IN UVEITE PATIENTS

Esra Porgalı Zayman¹, H.Birgül Cumurcu¹, Tongabay Cumurcu²

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD/Malatya/ Türkiye

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD/Malatya/ Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırmada üveit hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilerek depresyon, anksiyete, aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzı özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 80 üveit hastası ve kırma kusuru ile göz kliniğine başvurmuş, başka bir göz hastalığı bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzer özellikteki 80 kontrol grubu dâhil edildi. Göz kliniğinde muayenelerini takiben, psikiyatri kliniğinde yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Hastalar DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak psikiyatrik görüşmeye alındı. Sonrasında hasta ve kontrol gruplarına Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 itemli (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II), ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulandı.

Bulgular: Üveitli hasta grubunda HAM-D, HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik), TAÖ-20 (TAÖ-20 toplam, TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3), STAI-1 ve STAI-2, SCL-90-R genel belirti düzeyi ve SCL-90-R alt ölçekleri ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Yapılan klinik görüşme sonrasında hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stres ile ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5 son geçirilen üveit atağının stres ile ilişkisinin olmadığını düşündüğünü belirtti. Üveitli hasta grubunda stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekken, kontrol grubunda ise kendine güvenli yaklaşım tarzı ortalama puanları hasta grubundan anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Üveitli hastaların depresyon, anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede yüksek çıktığını, onların daha aleksitimik olduklarını ve stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi negatif başa çıkma tarzlarını kullandıklarını görmekteyiz. Üveitli hastaların değerlendirilmesi ve tedavi plânında psikiyatrik açıdan da ele alınması, onlara optimal tedavi ve bakım sağlanması açısından faydalı olacağı görüşündeyiz.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Üveit, depresyon, anksiyete, aleksitimi, stres, stresle başa çıkma tarzı.

Abstract

Objective: In this research, it is aimed to study dealing with depression, anxiety, alexithymia and stress of people who are uveitis from the aspect of psychiatry.

Method: In this study, study universe consisted of 80 people having uveitis and 80 people entering to the hospital with complaints of refractive error, having no other sight problem, being at the same age level were included as control group. Following their examination at clinic, semi-constructed sociodemographic verse form was filled in the psychiatry clinic. Patients were taken to the phychiatric interview in accordance with DSM-5 diagnosis criteria. Afterward, symptom screening list (SCL-90-R), Hamilton Rating Scale for Depression- 17 point (HAM-D), Hamilton Rating Scales for Anxiety (HAM-A), 20 point Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), State-Trait Anxiety Investigation (STAI-I, STAI-II), and Scale of Coping with Stress (SCS) were applied.

Findings: Uveitis patient group's scores of HAM-D, HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psychic, HAM-A Somatic), TAS-20 (TAS-20 Total, TAS-1, TAS-2, TAS-3), STAI-1 and STAI-2, SCL-90-R brief symptom level and SCL-90-R sub-scales mean scores were naturally higher than control group's scores ($p<0.05$). After the last clinic interview, while 72.5% of patient group were considering reason of last attack as stress, 27.5% of patients told that there was no connection between last attack of uveitis and stress. Whereas mean scores of helpless and submissive approach for coping with stress in the patient group were considerably found higher than control group, mean scores of optimistic approach in the control group were naturally higher than patient group ($p<0.05$).

Discussion and Conclusion: We have found that Uveitis patients' anxiety and alexithymia levels are considerably high, that they are more alexithymic, that they have helpless and submissive approach for coping with stress. In the examination and treatment processes, considering psychiatric aspect of uveitis patients will be more helpful for optimal treatment and care.

Keywords: Uveitis, depression, anxiety, alexithymia, stress, the ways of coping Stres

GİRİŞ

Anatomik olarak iris, siliyer cisim ve koroidden oluşan üvea, gözün pigmentli ve damarlı olan orta tabakasıdır (1). Üveit ise öncelikli olarak üveal dokuları tutan (iris, siliyer cisim ve koroid), bununla birlikte çevre dokuları da (vitreus, retina, optik sinir) etkileyebilen

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ve görmeyi tehdit eden bir göz içi enflamasyonudur (2). Enflamasyonun göz dokularında meydana getirdiği bir dizi değişimler görmeyi etkileyerek, görme düzeyinin kalıcı olarak azalmasına neden olabilir (2). Enfeksiyöz ve otoimmün mekanizmalar dışında günümüzde halen hastalığın patogenezi ile ilgili bilgiler sınırlıdır.

Yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdüren birey sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir ve bu yeni rol fiziksel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumunu etkilemektedir. Hastalarda birçok etkinlikte başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını kaybedebileceği korkusu, ayrılık ve gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi değişik duygular hastalığın basit ya da yaşamı tehdit eder nitelikte olmasından bağımsız olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak hastalarda depresyon, anksiyete, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi, yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir (3,4).

Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin stresle başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır (5). Kişinin sağlığını yitirmesi ve hastalığının getirdiği sınırlılıklara katlanmak zorunda olması, bir stres unsuru olarak, kronik rahatsızlığı olan kişilerde giderek depresyona yol açabilmektedir (6).

Anksiyete ve depresyon fiziksel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır. Bu psikiyatrik bozuklukların hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp, hastalığın gidişini, tedaviye cevabını, komplikasyonlarını, seyrini ve hastanın yaşam süresini de etkilediği bilinmektedir (3,7).

Hastalara uygulanan psikolojik tedaviler hastanın güven duygusunu, hastalığa ve tedavi programına uyumunu ve yaşam kalitesini artırırken, hastalığın semptomlarının şiddetini, nüksünü ve komplikasyonlarını azaltmaktadır (3,7).

Bizim bu çalışmada amacımız kişilerin bu hastalıkla karşılaşması ile ortaya çıkabilecek psikiyatrik hastalıkların aydınlatılması ve bu hastalıklarla ilgili olarak kullanılan baş etme mekanizmalarının anlaşılabilmesidir.

YÖNTEM

Çalışma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Üvea Polikliniğinde 09.10.2013 - 09.01.2014 tarihleri arasında inaktif dönemdeki üveit tanısı ile izlenen, araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası 80 (46 kadın, 34 erkek) hasta ve kontrol grubu olarak sadece gözlük muayenesi için gelen, başka bir göz rahatsızlığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna uygun 80 (48 kadın, 32 erkek) katılımcı dahil edilerek yapılmıştır. Kronik nörolojik hastalığı olan ya da beyin cerrahi operasyonu geçiren, zeka geriliği olan, okuma yazması olmayan psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi gören son 6 ay içerisinde göz ameliyatı geçiren ya da başka bir göz hastalığı nedeniyle son 2 aydır ilaç kullanan, sistemik ya da topikal B-blokör kullanan katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır.

Katılımcıların öncelikle göz uzmanı tarafından (görme keskinliği, biyomikroskopik muayene, gonyoskopi, göz tansiyonu ölçümü, fundoskopi) ayrıntılı göz muayeneleri yapılmıştır. Hasta ve kontrol grubunun göz muayenesi sonrasında psikiyatri polikliniğinde psikiyatri uzmanı tarafından DSM-V tanı kriterleri temel alınarak yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmış olup, sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur. Katılımcılara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), yirmi maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ- 20), Durumluluk (STAI-I) ve Süreklilik (STAI-II) Kaygı Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (30 madde) uygulanmıştır. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüş ve Yerel Etik Kurul tarafından onaylanmıştır. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygun veriler için parametrik testler kullanılmıştır. İki grup arasındaki fark 't testi', normal dağılıma uygun olmayan iki grup değişkeni karşılaştırmak için ise 'Mann Whitney U' testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile 'spearman korelasyon' analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, niteliksel değişkenlerin karşılaştırmalarında 'ki-kare' testi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir

SONUÇLAR

Çalışmaya 80 üveit hastası ile 80 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 160 kişi alındı. Hasta grubunun yaş ortalaması 37.84 ± 12.43 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 37.58 ± 13.17 'ydi. Hasta grubun öğrenim yılı ortalaması 7.96 ± 4.03 yıl, kontrol grubunun öğrenim yılı ortalaması 8.70 ± 3.36 'ydi. Hasta ve kontrol grubu sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum ve sosyoekonomik seviye) açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı (sırasıyla $p=0.89$, $p=0.74$, $p=0.49$, $p=0.056$, $p=0.06$).

Hasta grubun hastalık özelliklerine baktığımızda, ilk ataktan sonra geçen süre ortalaması (minimum-maksimum) 48.05 ay (1-252), son ataktan sonra geçen süre ortalaması (minimum-maksimum) 6.54 (1-49) aydı. Çalışma kapsamına alınan hastaların 26'sında (%16.3) sağ göz, 25'inde (%15.6) sol göz, 29'unda ise (%18.1) her iki göz etkilenmişti.

Hastaların %77.5'i DSM-5 tanısı alırken, kontrol grubundaysa %18.8'inde DSM-5 tanısı bulunmaktaydı. DSM-5 tanılarına ayrı ayrı incelendiğinde, hasta grubun major depresyon bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, uyum bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu olanların yüzdesi kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.029$, $p=0.029$, $p=0.01$).

Hasta grubunda kontrol grubuna göre HAM-D, HAM-A ve HAM-Aalt ölçekleri, TAÖ toplam ve TAÖ alt ölçekleri, STAI-1 ve STAI-2, SCL-90-R genel belirti düzeyi ve alt ölçekleri (anksiyete, obsesif kompulsif, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, fobik anksiyete) puanları ortalaması istatistiksel açıdan daha yüksekti ($p<0.05$).

Hasta grubunun %73.8'i hastalığın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken %26.2'si ise hastalığın stresle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5'i son geçirilen üveit atağının stresle ilişkisi olmadığını düşündüğünü belirtmiştir.

Stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım tarzları ortalama puanları kontrol grubunda daha yüksek bulunurken ($p=0.023$), çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım tarzları ortalama puanları hasta grubunda daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$). Diğer alt ölçekler olan iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarında istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla; $p=0.581$, $p=0.742$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hasta grubunda stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puanlarının DSM-5 tanısı varlığına göre karşılaştırıldığında, DSM-5 tanısı almayan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha yüksekti ($p=0.03$)

Hasta grupta stresle başa çıkma tarzı alt ölçekleri medeni durum ve sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışma İnönü Üniversitesi Göz Hastalıkları Üvea Polikliniğinde takip ve tedavi edilen 80 hasta ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan 80 sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda hastalarımızın yaş ortalaması 37.84 ± 12.43 olup, 52 kişi 18-40 yaş arasında (% 65), 23 kişi 40-60 yaş arasında (% 28.75) ve 60 yaşından büyük 5 kişi (% 6.25) olduğu görülmüştür. Bu sonuçların literatürle uyumlu olduğu görülmüştür (8). Sonuç olarak üveitin genç ve üretken yaş grubunu daha çok etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmada DSM-5'e uygun olarak yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında 80 kişi olan hasta grubundan 20 kişi (%25) major depresyon tanısı almıştır, bu da genel popülasyonda ki %10'luk orana göre oldukça yüksek bir orandır (9).

Çalışmamızdaki hasta grubunda HAM-D ortalama puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kronik hastalıklarla ilgili yapılan bazı çalışmalarda, kronik hastalıklarla depresyonun birlikteliğinin normal popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (10-12). Hasta grubumuzu oluşturan üveit hastalığı da kronik bir hastalık olması nedeniyle depresyon skorlarının anlamlı derecede yüksek çıkması, kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemlidir (13-15). Mevcut depresyon, kişilerin kronik fiziksel bir rahatsızlığına bağlı gelişebileceği gibi görme kaybının kişinin günlük yaşamını kısıtlamasının bir sonucu olarak ta görülebilmektedir (16).

HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik, STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinin puan ortalaması hasta grupta kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksekti. 2003 yılında Tanrıverdi ve arkadaşlarının göz tutulumu olan Behçet hastalarında yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde anksiyete ve depresyon puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur (17). Literatürde kronik bir göz hastalığı olan glokom ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer şekilde hasta grubunda anksiyete puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (18,19). Yine glokom ile ilgili yapılan bir

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çalışmada, kendi çalışmamıza benzer şekilde çalışma grubunun durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta grubun kontrol grubuna göre daha aleksitimik olduğu görülmektedir. Üveitli hatalarda SCL-90-R alt ölçeklerinden somatizasyon, ankisyete, obsesyon, depesyon, kişiler arası duyarlılık, psikotik, fobik alt ölçekleri ve genel semptom puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti. Paranoid ve öfke alt ölçek puan ortalamaları açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan herhangi bir farklılık bulunmamaktaydı.

Yapılan çalışmalarda behçet hastalığı, MS gibi diğer otoimmün hastalıklarda agreve edici bir faktör olan stresli yaşam olayları, hastalığın akut alevlenme dönemleri için artmış bir risk olarak değerlendirilmiştir (15,20).

Bizim çalışmamızda, hasta grubuyla yapılan görüşme esnasında hastalara üveit hastalığının ve geçirilen atakların stresle ilişkisi olup olmadığı da soruldu. Hasta grubunun %73.8'i hastalığın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken %26.2'si ise hastalığın stresle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5'i son geçirilen üveit atağının stresle ilişkisi olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Modifiye yaşam envanteri kullanılan bir çalışmanın sonucunda elde edilen verilere göre semptomların başlamasından önceki 6 ay içinde üveit rekürrensi ve stresli epizod arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (21). Mulholand tarafından 2001 yılında, 35 akut anterior üveitli hasta ve 29 kontrol hastası arasında yapılan prospektif bir çalışmanın sonucunda ise stres ve akut anterior uveit relapsı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (22). Görüldüğü gibi hastalarda stres ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları oldukça karışıktır. Ancak yapılan bu çalışmalarda standart bir test kullanılmadığı da göz ardı edilmemelidir.

Stres, başa çıkılması gereken bir durumdur ancak başa çıkma stratejileri başarısız olursa, psikolojik sağlıkta bozulma ve bununla birlikte psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması da kaçınılmaz bir durum olduğu söylenmektedir (23). Franke ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan üveitin çeşitli formları bulunan 51 üveit hastasının araştırıldığı bir çalışmada üveit hastalarının daha zayıf baş etme mekanizmalarını kullandığı görülmüştür (24).

Çalışmamızda, üveitli hastalar stresle baş etme tarzları ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Hasta grubu duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanırken, kontrol grubunun ise probleme yönelik etkili yaklaşımlardan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

(kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma) biri olan kendine güvenli tarzı kullanması dikkat çekici bir sonuçtur.

Sonuç olarak üveit hastalarının takip ve tedavi sürecinde psikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilmesi ve desteklenmesinin, hastaların yaşam kalitesi ve prognozunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Schlagel JR TF. Complications of uveitis and their management. Clinical Ophthalmology Harper-Row Pub. 1983; 224-35
2. Smith R, Baarsma GS, de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital. Int Ophthalmol. 1993; 17:71-75
3. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete,depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 52-61
4. Özkan S. Genel tıpta psikiyatrik morbidite. İstanbul: Roche 1994; p:17-70
5. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 113-120
6. Mete H. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008; 11: 3-18
7. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 147-153
8. Kazokoglu H, Onal S, Tugal-Tutkun I, et al Demographic and clinical features of uveitis in tertiary centers in Turkey. Ophthalmic Epidemiol. 2008; 15: 285-293
9. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Cryer PE. Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control.
10. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren fi, Zeynep B, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaflam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12: 89-98
11. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. Br J Cancer. 2006; 94: 372-390
12. Müftüoğlu MN, Herken H, Demirci H, Virit O, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 254: 182-186
- 13 Mc Gwin G Jr, Li J, McNeal S, Owsley C. The impact of cataract surgery on depression among older adults. Ophthalmic Epidemiol. 2003; 10: 303-313

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

14. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, Smith AR, Lau PW, Dolank D. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2001; 108: 1893-1900
15. Karlidag R, Unal S, Evreklioglu C, Sipahi B, Er H, Yologlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanism in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003; 17: 670-675
16. Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2101-2107
17. Tanriverdi N, Taskintuna, Duru C, Ozdal P, Ortac S, Firat E. Health-related quality of life in Behcet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol*. 2003; 47: 85-92
18. Erb C, Batra A, Brömer A, Bayer AU, Muller-Schaaf B, Thiel HJ. Psychiatric manifestations in patients with primary open-angle glaucoma. *Ophthalmologie* 1993; 90: 635-639.
19. Erb C, Batra A, Lietz A, Bayer AU, Flammer J, Thiel HJ. Psychological characteristics of patients with normal-tension glaucoma. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol*. 1999; 237: 753-757
20. Mohr DC, Hart SL, Julian L, et al. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ*. 2004; 328: 731
21. Kumar A, Nena HV & Thakur V. Stress and uveitis. *Ann Ophthalmol*. 1981; 13:1077-1080
22. Mulholland B, Marks M & Lightman SL. Anterior uveitis and its relation to stress. *Br J Ophthalmol*. 2001; 84: 1121-1124
23. Aysan F. Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doymu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri; İzmir İli Örnekleme, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya
24. Franke GH, Schutte E, Heiligenhaus A. Rehabilitation e psychological aspects of uveitis. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2005; 55: 65-71

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-101 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “PALYATİF BAKIM” HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI
INFORMATION AND ATTITUDES OF HEALTH EMPLOYEES ABOUT
PALYATIVE CARE

¹Filiz Taş ²Dilek Soylu ³Ayşe Soylu

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kahramanmaraş.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Hastanesi Kahramanmaraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Kahramanmaraş.

Özet

Giriş: Palyatif bakım, ölüme kadar hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olan bütüncül bir yaklaşım sağlar ve farklı hastalık gruplarında multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu nedenle, sağlık personelinin konuyla ilgili bilgi ve yaklaşımları önemlidir. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının palyatif bakım hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmamız gerekli izinler alındıktan sonra, kamu hastanesinde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 253 çalışan ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, tanıtım bilgi formuyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında, sayı, yüzde ve parametrik testlerle değerlendirilmiş, $p < 0.05$ düzeyi istatistiki açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık personelinin %64’ü kadın, %57’si 20-29 yaş aralığında, %64’ü bekâr, %54’ü lisans eğitim düzeyindedir. %38’i 5-10 yıldır çalıştığını, %89’u hemşire, %44’ü servislerde çalıştığını belirtmiştir. %68’i palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olduğunu, %41’i palyatif bakım gereken hastaya hiç bakım vermediğini belirtmiştir. %83’ü terminal dönem hastalarına palyatif bakım verilmesi gerektiğini belirtmiştir. %43’ü “terminal dönem hasta bakımı” konusunda eğitim alınması gerektiğini belirtmiştir. Palyatif bakımı; %40’ı rahatlatıcı tedavi, %55.3’ü Hastalık ile baş etmeyi kolaylaştırıcı, %67’si son dönem hasta bakımı olarak tanımlamıştır. Katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma süresi, cinsiyeti ile palyatif bakım bilgi düzeyi arasındaki karşılaştırmalarda fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Sağlık çalışanlarının palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalıkları ortalamanın üzerindedir. Ancak onlar bu konuda daha fazla bilgi edinmek ve kendini geliştirmek istemektedir. Sertifika programları ve hizmet içi eğitimlerle personelin bilgi düzeyinin artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler; Sağlık Çalışanları, Palyatif bakım, Bilgi düzeyleri

Abstract

Introduction: Palliative care provides a holistic approach that helps improve patient quality of life up to death. Palliative care requires a multidisciplinary approach to different disease groups. Therefore, the knowledge and approach of health personnel on the subject is important. In this study, it was aimed to determine the level of knowledge of health care workers about palliative care.

Materials and Methods: After obtaining the necessary permits, our study was conducted with 253 people working in public hospitals who agreed to participate in the study. The data of the study was collected with the introduction information form. The data obtained were evaluated by SPSS program. $p < 0.05$ was considered significant by using number, percentage and parametric tests.

Results: 64% of the health personnel who participated in the research were female, 57% were in the 20-29 age range, 64% were single and 54% were at undergraduate level. 38% of them have been working for 5-10 years, 89% of them are nurses and 44% of them work in clinic. 68% had knowledge about palliative care, 41% did not give any care to the patient who needed palliative care, 83% reported that palliative care should be given to terminal patients. 43% stated that they should receive training on terminal patient care. Palliative care defined 40% as relieving treatment, 55% as relieving disease, and 67% as end-patient care. There was no difference between the participants' age, educational level, working time, gender and palliative care knowledge level ($p > 0.05$).

Conclusion: Health care worker's knowledge and awareness of palliative care is above average. However, they want to learn more about this and educate themselves. It is recommended to increase the knowledge level of the personnel through certificate programs and in-service trainings.

Key Words: Health care workers, Palliative care, Knowledge levels.

GİRİŞ

Ülkemizde son yıllarda bahsedilmeye başlanılan palyatif bakım “hospis bakımı”, “yaşam sonu bakım” ve “destek bakım” gibi çeşitli terimlerle ifade edilmekte ve ağrıyı huzursuzluğu kontrol altına alma ile eşdeğer tutulmaktadır (1-3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakımı yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kalitesini, fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyen, değerlendiren ve tedavi eden hastalık prognozuna değil hastanın ihtiyaçlarına dayanan bir yaklaşım olarak belirtmektedir (1,2). Palyatif bakım insanların direkt olarak hayat kalitelerine etki etmekte, her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı olduğu kabul görmekte ve günümüzde insan hakları değerleri arasında sayılmaktadır (4). Palyatif bakım hizmetleri saygılı, açık ve duyarlı bir yaklaşımla hastalık potansiyeli olanlarda bütüncül bir yaklaşımla (4), yasaların yanı sıra bireyin kişiliğine, kültürel ve dini değerlerine, inanış ve uygulamalarına duyarlı bir şekilde sunulmalıdır (5,6). 2016 yılı verilerine göre 68 ilimizde 168 adet palyatif bakım ünitesi bulunduğu bildirilmektedir (7). Ayrıca hastanelere ait ağrı merkezleri ve bu merkezlerde ağrıyı dindirmeye yönelik palyatif bakım hizmetleri yer almaktadır. Palyatif bakım yıllardır, yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülmüştür. Ancak günümüzde kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerde acının hafifletilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek; olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir (6,8). Palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar özellikle hastaların yaşama gücünü kaybettiği ailesi veya sağlık çalışanlarının bakımına gereksinim duyduğu; kanser, son evre Demans hastaları, Alzheimer hastaları, Kalp hastaları, Karaciğer ve Böbrek Yetmezliği olan hastalar, Spinal Kord yaralanmaları vb. olan hastalar olarak belirtilmektedir (2,4,9). Hastanenin farklı bölümlerinde çalışan hemşirelerin bu hastalarla karşılaşması kaçınılmazdır. Multidisipliner bir yaklaşımla sunulması gereken bir bakım olan palyatif bakım hizmetleri sadece yaşam kalitesini yükseltmez aynı zamanda da hastaların sıkça acil servislere başvurusunu, hastanede kalma süresini ve invaziv işlemleri azalttığı için hastane ve ülke ekonomileri için son derece etkindir (4). Bu nedenlerle sağlık personellerinin bu konu ile ilgili bilgi ve yaklaşımları önem arz etmektedir.

Amaç: Multidisipliner bir yaklaşımla sunulması gereken palyatif bakım hizmetleri için sağlık çalışanlarının palyatif bakım ile ilgili bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi, durumun tespiti, gereksinim duyulan ihtiyaçlarının belirlenmesi, gereksinimlere yönelik eğitim programlarının hazırlanması açısından önemlidir. Ülkemizde bu konuda yapılmış fazla çalışma olmaması nedeniyle çalışma literatüre katkı sağlayarak palyatif bakım ile ilgili yapılacak planlamalarda yol gösterici olacaktır. Bu çalışmanın amacı; kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının palyatif bakım hakkında bilgi tutum ve davranışlarını belirlemektir.

YÖNTEM

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık ve Araştırma hastanesinde görev yapmakta olan 706 sağlık personeli, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 253 çalışan oluşturmuştur. Araştırmaya iş yoğunluğu nedeniyle hekimler katılmak istemedikleri için dahil edilmemiştir. Araştırmanın verilerini toplamak için araştırmacılar tarafından Yıldız ve Oğur'un (2018), araştırma makalesi soruları örnek alınarak hazırlanan Sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 7 soru ile palyatif bakım bilgi düzeyine yönelik 17 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde ve ortalama, istatistiksel testte veriler normal dağılım gösterdiği için independent Samples t testi, varyans analizi ve pearson Chi Square testleri kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu:

Araştırmanın yapılabilmesi için Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Dışı Uygulamalar Etik Kurulu'ndan kurul onayı (karar no: 2019/11) ve araştırma için kurum izni alınmıştır. Sağlık çalışanlarına çalışmanın amacı anlatılarak sözel onayları alınmış ve anket soruları uygulanmıştır.

BULGULAR

Tablo 1: Sağlık Personellerinin Sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n	%	
Yaş	20-29	144	56.9
	30 ve üzeri	109	43.1
Cinsiyet	Kadın	163	64.4
	Erkek	90	35.6
Medeni Durum	Evli	92	36.4
	Bekar	161	63.6
Eğitim durumu	Lise	54	21.3
	Ön lisans	38	15.0
	Lisans	136	53.8
	Lisansüstü	25	9.9
Çalışma süresi	<1 yıl	19	7.5
	1-5 yıl	60	23.7

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	5-10 yıl	98	38.7
	>10 yıl	76	30.0
Görevi	Hemşire	226	89.3
	Ebe	3	1.2
	Laborant	9	3.6
	Tekniker	15	6.0
	Yoğun bakım	80	31.6
Çalıştığı birim	Servis	112	44.3
	Ameliyathane	42	16.6
	Poliklinik	19	7.1
	Evet	148	58.5
Palyatif bakım gereken hastaya bakma durumu	Hayır	105	41.5

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo demografik dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %56.9’u 20-29 yaş, %43.1’i 30 yaş ve üstünde, %64.4’ü kadın, %35.6’sı erkek, %63.6’sı bekâr, %53.8’i lisans eğitim düzeyindedir. %38.7’si 5-10 yıldır çalıştığını, %89.3’ü hemşire, %44.3’ü servislerde çalıştığını, %58.5’i palyatif bakım gerektiren hastaya baktığını belirtmişti.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım İle İlgili Bilgi Durumları

		n	%
Palyatif bakımı bilme	Evet, biliyorum	172	68.0
	Biliyorum, tam değil	73	28.9
	Duydum, bilmiyorum	7	1.8
	Hiç duymadım	1	0.4
*Palyatif tanımlama bakımı	Rahatlatıcı tedavi	100	39.5
	Semptomatik tedavi	80	31.6
	Hastalık ile baş etmeyi kolaylaştırma	140	55.3
	Ağrı tedavisi	101	39.9
	Psikolojik bakım	115	45.5
	Son dönem hasta bakımı	169	66.8
	Sprütüel bakım	41	16.2
	Hasta yakınlarına verilen destek	67	26.5

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Hiçbir fikrim yok	8	3.2
	Kanser hastası	155	61.3
*Palyatif Bakım Verilmesi Gereken Hastalar	Terminal dönem	209	82.6
	Çok yaşlı hasta	160	63.2
	Diyabetik hasta	49	19.4
	Çocuk hasta	43	17.0
	Felçli hasta	131	51.8
	Fikrim yok	7	2.8
Eğitim döneminde palyatif bakımla ilgili ders alma	Ayrı bir ders olarak alan	59	23.3
	Diğer dersler içinde alan	133	52.6
	Hiç eğitim almayan	61	24.1

*birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2’de Sağlık çalışanlarının palyatif bakım ile ilgili bilgi durumları görülmektedir. Katılımcıların %68.0’ı palyatif bakımı bildiğini, %28.9’u tam olarak bilmediğini, %1.8.’i duyduğunu ancak bilmediğini belirtmiştir. %66.8’i son dönem hasta bakımı, %55.3’ü Hastalık ile baş etmeyi kolaylaştırma, %45.5’i psikolojik bakım, %39.5’i rahatlatıcı tedavi, %31.6’sı semptomatik tedavi, %26.5’i hasta yakınlarına verilen destek, %16.2’si spiritüel bakım olarak tanımlamıştır. Palyatif bakımın %82.6’sı terminal dönem hastalarına, %63.2’si çok yaşlı, %61.3’ü kanser hastasına, %51.8’i felçli hastalara verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %52.6’sı eğitim döneminde palyatif bakımla ilgili bilgi aldığını, %24.1’i hiç eğitim almadığını belirtmiştir.

550

Tablo 3: Bazı özelliklere göre Palyatif Bakım bilgi durumlarının değerlendirilmesi

	“Palyatif bakım” ile ilgili bilgi durumu				P= $\chi^2 = 0$
	Evet, biliyorum n	Biliyorum, tam değil n	Duydum, bilmiyorum n	Hiç duymadım n	
Cinsiyet					
Kadın	114	45	3	1	
Erkek	58	28	0	1	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

					,479
Medeni durum					
Evli	68	22	2	0	p= 2.726 X ² = 0 ,436
Bekâr	104	51	5	1	
Çalışma Süresi					
<1 yıl	12	7	0	0	p= 4.959 X ² = 0,838
1-5 yıl	45	16	1	0	
5-10 yıl	69	26	3	0	
>10 yıl	48	24	3	1	
Palyatif bakım gereken hastaya bakım verme					
Evet	114	31	3	0	p= 14.133 X ² =0.003
Hayır	58	42	4	1	
Palyatif bakımı duyma					
Eğitim sırasında	84	25	0	0	p= 56.565 X ² =0.000
Çalışırken	73	41	5	0	
Çevreden	9	4	2	0	
Medyadan	3	1	0	0	
Kurum eğitimlerinden	3	2	0	1	

Yapılan istatistiksel analizde sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresinin palyatif bakım ile ilgili bilgi durumunda anlamlı olmadığı ($p>0.05$), palyatif bakım gereksinimi olan hastaya bakım verme ve palyatif bakımı duyduğunu belirten sağlık çalışanları ile palyatif bakım ile ilgili bilgi durumu arasında anlamlılık olduğu belirlendi ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının palyatif bakım ile ilgili bilgi tutum ve davranışları ile etkileyen faktörler belirlenmiştir. Ülkemizde özelleşmiş palyatif bakım merkezleri yaygın olarak bulunmamakta, ağrı ve semptom kontrolü genellikle hastanın durumuna göre yattığı servislerde gerçekleştirilmektedir (1). Teknolojideki gelişmeler, kronik hastalıkların çeşit ve şeklinin artması, beklenen yaşam süresinin uzaması sağlık hedeflerini büyük ölçüde değiştirmiştir (10). Hasta ve ailesine bütüncül yaklaşım, semptomları iyi değerlendirme ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimleri karşılama, acı çekmenin önlenmesine

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yönelik uygulamalar yapma, yaşam kalitesini geliştirme için sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre yapılan istatistiksel analizde sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresi ile palyatif bakım ile ilgili bilgi durumu arasındaki farkın anlamlı olmadığı (Tablo 3; $p>0.05$) belirlenmiştir. Katılımcıların yaklaşık %30'u 5 yıldan daha az, %38.7'si 5-10 yıl, %30.0'ı 10 yıldan fazla çalıştığını belirtmiştir (Tablo 1). Yıldız ve Oğur'un (2018) sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada da sosyo demografik özellikler ile palyatif bakımı bilme arasında anlamlılık bulunmamıştır(1). Bu bulgu çalışmamız bulguları ile paralellik göstermektedir. Palyatif bakımı bilme de önemli bir bulgu olarak düşünülen tecrübenin bilgi düzeyini etkilememesi bu gereksinimi olan hastaya karşılaşmaktan ve bakım vermemekten kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada palyatif bakım gereksinimi olan hastaya bakım verme ve palyatif bakımı duyma arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiş (Tablo 3, $p<0.05$), katılımcıların %24.1'i palyatif bakımla ilgili hiçbir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Yapılan birçok çalışmada sağlık personelinin palyatif bakım becerileri konusunda eğitim ve bilgi eksikliği olduğu belirtilmektedir (11,12). Sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumlarda palyatif bakım gereksinimi olan hastalara ihtiyacı olan bakımı verebilmeleri iletişim kurabilmeleri ve semptom kontrolünü sağlayabilmeleri için aldıkları eğitimleri sırasında müfredatta palyatif bakımla ilgili dersler bulunması palyatif bakımının önemi ve prensiplerinin anlatılması temel ihtiyaçlardan biri haline gelmiştir. Palyatif bakım hem bir halk sağlığı sorunu hem de bir insan hakkıdır. Sadece terminal dönem hastaları için değil kronik hastalığı olan ve uzun süreli bakım gerektiren her hastaya palyatif bakım verilmesi sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumlarda hasta ve ailesine eşit ve kültürel farklılıklar açısından güvenli yaklaşarak onları desteklemeleri gereklidir (13).

Çalışmada sağlık çalışanlarının yaklaşık %68.0'ı palyatif bakımı bildiğini, %28.9'u palyatif bakımı tam olarak bilmediklerini belirtmişlerdir. Konu ile ilgili literatür tarandığında yapılan çalışmalarda palyatif bakımı bildiğini belirten sağlık çalışanları ve sağlık çalışanı olmaya aday katılımcıların oranının %30 ile %60 arasında değiştiği belirlenmiştir (1,5). Çalışma bulgularına göre kurum çalışanlarının bilgi düzeyi daha yüksektir. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %89.3'ü hemşire olduğunu ve servislerde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar için bakım verme ve gereksinimlerini karşılama açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmaya katılan katılımcılar palyatif bakım ile ilgili tanımlamada %66.8'i son dönem hasta bakımı, %55.3'ü hastalık ile baş etmeyi kolaylaştırma, %45.5'i psikolojik bakım, %39.5'i rahatlatıcı tedavi, %31.6'sı semptomatik tedavi, % 26.5'i hasta yakınlarına verilen destek, %16.2'si spiritüel bakım olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamada hastayı ve ailesini birlikte ele alma noktasında sağlık çalışanlarının eksik bilgilerinin olduğu desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde palyatif bakımla ilgili eğitimlerin eksik olduğu görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün yapmış olduğu bir çalışmada 53 ülkeden sadece 13'ünde palyatif bakımın tıp eğitiminin içinde olduğu tıp fakültelerinde verildiği saptanmıştır (14).

Palyatif bakım sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini de içermelidir. Kabullenme, bilgilenme ve yas ile mücadele palyatif bakımın önemli parçalarındandır. Öte yandan, palyatif bakım hizmetleri hasta ve yakınlarının tüm sorunlarını toplu olarak değerlendirir ve çözüme kavuşturmayı hedefler. Bu nedenle, sadece semptomlara yönelik değil aynı zamanda iletişim, kabullenme ekonomik destek, psikososyal yardım hizmetleri ile hasta ve ailesinin var olan kaygıları ile mücadele etmek ve çözüme kavuşturarak yaşam kalitesini yükseltmektir (4,15).

Çalışmada katılımcılar palyatif bakımın terminal dönem hastalarına(%82.6), çok yaşlı hastalara (%63.2), kanser hastalarına (%61.3), felçli hastalara(%51.8) verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Literatür tarandığında palyatif bakım hizmeti için başvuran hastaların %90'nın kanserli hastalar olduğu ancak Alzeheimer hastalarının, felçli hastaların ve diyabetik hastalarında palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyabildiği belirtilmektedir (16,17). Yıldız ve Oğur'un (2018), Sağlık personelleri ile yapmış oldukları çalışmada da katılımcıların çoğunluğu palyatif bakımı son dönem hasta bakımı olarak belirtmiştir (1). Çalışma bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. Sağlık çalışanları kronik hastalığı olan ve son dönem hastalarının palyatif bakım gereksinimi olduğu noktasında doğru bilgiye sahiptir denilebilir.

Hastanelerde palyatif bakıma yönelik hazırlanmış yeterli ve donanımlı servislerin olmaması, yaşam kalitesine yönelik yeterli bakım ve hizmetlerin verilememesine bu konuda ülkemizde yasal ve etik düzenlemelerin tam olmamasına rağmen palyatif bakım hizmetlerinin bilinmesi ve hastalar için uygulanması umut verici bir gelişmedir (18).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakımdan ve öneminden bahsedildiği ve geliştirilmesi gerektiği aşamada sağlık profesyonellerinin palyatif bakım ile ilgili lisans ve uzmanlık eğitimi içinde palyatif bakım ve palyatif bakım etiği ile ilgili dersler vermek uygun olacaktır. Meslek içi eğitimlerde sağlık çalışanlarının yaşamın son döneminde verilen hizmete ait bilgiler kadar; bu süreçte bireysel olarak düşünme ve sağlık personeli, hasta ve hasta yakını ile ortak karar verme konusunda eğitim alması da önemlidir. Eğitim, her bir sağlık çalışanının, giderek artan zor vakalarla nasıl baş edeceğini, klinik uygulamada ortaya çıkan etik sorunları nasıl çözümleneceğini de kapsamalıdır. İster bireysel düzlemde olsun, isterse hizmet içi eğitim özelliğinde olsun, takım çalışması kapsamında, ortak tartışma ve karar alma yönteminden yararlanılmalıdır (19, 20). Sonuç olarak; Sosyo demografik özelliklerin palyatif bakımı vermede etkisinin olmadığı, palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeyinin etkili olduğu belirlenmiştir. Günümüzde önemi gittikçe artan palyatif bakım için tüm sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin artırılması, bu konuda hizmeti içi eğitimlerin, sertifika programlarının düzenlenmesi önerilir. Ayrıca hemşirelik lisans eğitimi alan öğrencilerin bu konu hakkında bilgi, istek ve tutumlarını belirlemek amacıyla çalışmalar yapılması öneriler.

KAYNAKLAR

- 1- Yıldizer ÖF, Oğur S. (2018). Knowledge and Attitudes of Health Personnel on Palliative Care: Sample of Bitlis Province
- 2- Baxter S. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Edited by: Stephen R. Connor, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo Senior Fellow to the Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). World Health Organization.
- 3- Horowitz R, Gramling R, Quill T. (2014). Palliative Care Education in U.S. Medical Schools. Medical Education, 48: 59-66.
- 4- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Turk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1: 1-6.
- 5- Çıtıl R, Okan İ, Önder Y, et al. (2018). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. Bezmialem Science, 6: 100-107.
- 6- Çolak D, Özyılkan Ö. (2006). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2(10): 1-9.
- 7- Akçakaya A. (2018). Palyatif Bakım. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 48, 36-37. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1135/Palyatif-bakim.aspx>.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 8- Bahçecioğlu TG, Türben Polat, H, Mankan T. (2017). İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 6 (2): 54-60.
- 9- Durmaz Akyol A. (2013). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi; 2(1):31-41
- 10- Benini F, Orzalesi M, Anna de Santi, et al. (2016). Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy. Ann Ist Super Sanità | Vol. 52, No. 4: 558-564. DOI: 10.4415/ANN_16_04_16
- 11- Paice JA, Ferrell BR, Coyle N, Coyne P, Callaway M. (2008). Global Efforts to Improve Palliative Care: The International End-of-Life Nursing Education Consortium Training Programme. Journal of Advanced Nursing, 61(2): 173-180.
- 12- Harstade CW, Andershed B. (2004). Good Palliative Care: How and Where? The Patients' Opinions. Journal of Hospice And Palliative Nursing, 6(1): 27-35.
- 13- Clark D, Graham F, Centeno C. (2015). Changes in the world of palliative care. Medicine 43: 12 DOI: 10.1016/j.mpmed.2015.09.012
- 14- Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, et al. Palliative care medical education in European Universities: A descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. J Pain Symptom Manage 2015; 12 (4): 1-11. 12 (4)
- 15- Centeno C, Clark D, Lynch T, et al. (2007). EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. Palliat Med. 21(6):463-71.
- 16- Gómez-Batiste, Paz S, Porta-Sales J, Espinosa J, Trelis J, Esperalba J. (2009). Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services. The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes,
- 17- Kaasa S, Hjerstad MJ, Loge JH. (2006). Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? Palliat Med. Dec;20(8):727-34. Review.
- 18- Kabalak AA, Ozturk H, Çağıl H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 11: 56-70.
- 19- Demir M. (2016). Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi.; 7:62-66.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

20- İnci F, Öz F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10:253-60.

S-103 YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN EVDE BAKIM HİZMETLERİ TUTUMUNA ETKİSİ

THE EFFECT OF DAILY LIVING ACTIVITIES OF ELDERLY INDIVIDUALS ON ATTITUDE OF HOME CARE SERVICES

Ebru GÜL¹, Behice ERCİ², Dilan TUNA³

¹Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

²Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

³Öğrenci, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Yaşlılıkta görülen değişimler yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını kaybetmelerine sebep olmaktadır. Buda yaşlıların bakım sorunlarını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlılar evlerinde bakım almayı istediklerini belirtmiştir. Bu çalışma yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin evde bakım hizmetleri tutumuna etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Veriler, Malatya Merkezde bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan, gönüllü 65 yaş ve üzeri 111 bireyden, Tanıtıcı Form, Katz (GYA), Brady, Lawton'un Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA), Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeğiyle (EBHTÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, Kruskal-Wallis kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yaşlıların yaş ortalamasının 71.7, %73.9'unun sağlığını orta düzey değerlendirdiği, %70.3'ünün eşiyle yaşadığı, %41.4'ünün evde yardıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Bireylerin EBHTÖ ile GYA ve EGYA toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin GYA ve EGYA toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin yaşlıların evde bakım hizmetlerinde aktifleştirilmesi ve geniş örneklemelerde benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşlılık, Hemşirelik

Abstract

Introduction and purpose: Changes in old age cause the elderly to lose their independence in daily life activities. In this case, it constitutes the care problems of the elderly. In the studies, the elderly stated that they want to receive care in their homes. This study was conducted to determine the effect of daily living activities of elderly individuals on the attitude of home care services.

Method: Datas were collected from 111 volunteers aged 65 years and older, living in a family health center in Malatya Center, using the Introductory Form, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), Lawton - Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), and Attitude Scale for Home Care. Descriptive statistics, t test, correlation, Kruskal-Wallis were used in the analysis of the data.

Results: In the study, it was found that the mean age of the elderly was 71.7, 73.9% of them evaluated their health as moderate, 70.3% lived with their spouse and 41.4% needed help at home. There was a significant positive correlation between Attitude Scale for Home Care with ADL and IADL total scores of individuals ($p < 0.05$). There was a significant positive correlation between the total scores of the ADL and IADL ($p < 0.001$).

558

Conclusion and Suggestions: It is recommended that nurses should be activated in the home care services of the elderly and similar studies should be conducted in large sample groups.

Keywords: Home Care, Daily Life Activities, Elderly, Nursing

GİRİŞ

Türkiye, dünyadaki birçok ülkenin demografik gelişmelerine benzer bir süreçten geçmekte olup, yıllar içinde beklenen yaşam süresi artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması, sağlık sektöründe bu grup için yeni yaklaşımlar getirmeyi gerektirmiştir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Yaşlanan bireylerin en önemli istekleri yürüme, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yardıma ihtiyaç duymadan yapabilmektir. Fakat yaşlanma ile kardiyovasküler, kas iskelet ve nöromusküler sistemlerde görülen değişiklikler bu fonksiyonları güç duruma getirmekte, yaşlıların GYA'leri azalmakta veya engellenmekte bunun sonucunda da bağımsızlıklarını kaybetmeye başlamaktadırlar (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Yaşlanma ile günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmekte zorluk yaşayan bireyler çevrelerine bağımlı hale gelmektedir (Tel, Güler ve Tel, 2011).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla yaşlı nüfusunda ve beraberinde kronik hastalıklarda oluşan artış, kaliteli uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğine sebep olmuştur (Işık, Kandemir, Erişen ve ark., 2016). Yörük ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlıların bakım nedenleri arasında ilk sırada %23.3 ile kardiyovasküler hastalıklar ve hemipleji tanısının yer aldığı saptanmıştır (Yörük, Çalışkan, Gündoğdu, 2012). Bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerinin (beslenme, kişisel bakım, sosyal hayata uyum sağlanması) desteklenmesi, transferi ve engele elverişli ev içi düzenlemeler evde bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Işık, Kandemir, Erişen ve ark., 2016). Evde bakım hizmetinin (EBH), temel sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlayan önemli bir model olduğu belirtilmektedir. EBH; yaşlı, fiziksel ve zihinsel engelli, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyen, sosyal yaşama uyum sağlayıp yaşamlarını mutlu ve huzurlu şekilde sürmesini sağlayarak, bakıma gereksinim duyan bireyin, aile üyeleri üzerindeki yükünü azaltmak amacıyla birey ve aileye sunulan psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir (Önder, Anuk, Kahramanca ve ark., 2015).

AMAÇ

Yaşlılıkta görülen değişimler yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını kaybetmelerine sebep olmaktadır. Bu durumda çoğu zaman yaşlıların bakım sorunlarını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlıların evlerinde bakım almayı istedikleri belirtilmiştir. Bu nedenle bu araştırma yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin evde bakım hizmetleri tutumuna etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, 15 Nisan – 30 Haziran 2019 tarihleri arasında gönüllü, 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşadığı 1 Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) bulunduğu bölgede yaşayan 111 yaşlı ile gerçekleştirilmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bulunan 1 ASM'nin hizmet verdiği bölgedeki yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşmaya çalışılmış olup 111 birey ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 65 yaş ve üzeri olmak,
- İletişim kurmada sorun yaşamamak,

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Anket Formu, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA), Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA) ve Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılacak yaşlı bireylere, araştırmanın verilerini toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırma için kullanılacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onayları alınmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu anket formu yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerini belirleyen 15 sorudan oluşmaktadır.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)

GYA ölçeği Katz ve ark. tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir (Katz, Ford, Maskowitz et al., 1963). Türkçe tercümesi Yardımcı tarafından 1995 yılında yapılmıştır (Yardımcı, 1995). Ölçek; banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket, kontinans ve beslenme aktivitelerinden oluşmaktadır. Her bir aktivite "bağımlı, yarı bağımlı, bağımsız" olarak değerlendirilip, bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yarı bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilmektedir. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bağımsız şeklinde değerlendirilmektedir (Katz, Ford, Maskowitz et al., 1963; Yardımcı, 1995). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuştur.

Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe tercümesi Yardımcı tarafından yapılmıştır (Yardımcı, 1995). Ölçek; telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işi yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para idaresi yapabilme gibi aktiviteleri içermektedir. Her bir aktivite için bağımsızsa 3 puan, yarı bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir, 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Lawton and Brody, 1969; Yardımcı, 1995). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur.

Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeği (EBHTÖ)

Duru ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilen bu ölçek 5'li Likert tipinde, 3 alt ölçek içinde yer alan 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek min. puan 29, maks. puan 145'dir. Ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Duru, Örsal ve Karadağ, 2016). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Evde bakım hizmetleri tutumu

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri
- Günlük yaşam aktiviteleri

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, standart sapma, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, Kruskal-Wallis kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach α güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Araştırmamızda sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılgi düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular tablolarla sunulmuştur.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=111)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (S)	%
Cinsiyet		
Kadın	50	45.0
Erkek	61	55.0
Medeni Durum		
Evli	88	79.3
Bekar	23	20.7
Eğitim Düzeyi		
Okuma-yazma bilmiyor	5	4.5
Okuryazar	24	21.6
İlkokul mezunu	33	29.7
Ortaokul mezunu	18	16.2
Lise mezunu	11	9.9
Önlisans mezunu	7	6.3
Lisans mezunu	13	11.7
Sosyal Güvence		
Var	109	98.2
Yok	2	1.8
Çalışma Durumu		
Evet	17	15.3
Hayır	94	84.7
Meslek		
Ev Hanımı	44	39.6
İşçi	4	3.6
Memur	5	4.5
Öğretmen	15	13.5
Esnaf	3	2.7
Emekli	40	36.0
Gelir Düzeyi		
İyi	36	32.4
Orta	75	67.6
Kötü	-	-
Kronik Hastalık Olma Durumu		
Evet	88	31.6
Hayır	23	68.4
Hastalık		
Diyabet	24	21.6
Tiroid	13	11.7
Kalp Hastalığı	19	17.1
Hipertansiyon	33	29.7
Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu		
İyi	29	26.1
Orta	82	73.9
Beraber Yaşanan Kişiler		
Yalnız	9	8.1
Eşi ile	78	70.3

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Çocuklar ile kendi evlerinde	10	9.0
Çocuklarının yanında	14	12.6
Yardıma İhtiyaç Duyulan Durum Varlığı		
Evet	46	41.4
Hayır	65	58.6
Ailede Bakıma Muhtaç Başka Birey Varlığı		
Evet	12	10.8
Hayır	99	89.2
	Min - Max	X±SD
Yaş	65 - 92	71.7±6.94

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmada yaşlı bireylerin yaş ortalamasının 71.7, %55’inin erkek, %79.3’ünün evli, %29.7’sinin ilköğretim mezunu, %98.2’sinin sosyal güvencesi olduğu, %84.7’sinin çalışmadığı, %39.6’sının ev hanımı, %67.6’sının gelirini orta düzeyde algıladığı, %79.3’ünün kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %29.7’sinin hipertansiyonu olduğu, %73.9’unun sağlığını orta düzey olarak değerlendirdiği, %70.3’ünün eşile birlikte yaşadığı, %41.4’ünün evde yardıma ihtiyaç duyduğu durumlar olduğu, %89.2’sinin ailesinde bakıma muhtaç birey olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri İndekslerinin Aktivitelerine Göre Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

ÖLÇME ARACI	Bağımsız (13-18 puan)		Yarı Bağımlı (7-12 puan)		Bağımlı (0-6 puan)	
	S	%	S	%	S	%
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi						
Banyo	97	87.4	12	10.8	2	1.8
Giyinme	103	92.8	6	5.4	2	1.8
Tuvalet	106	95.5	3	2.7	2	1.8
Hareket	88	79.3	20	18.0	3	2.7
Kontinans	103	92.8	6	5.4	2	1.8
Beslenme	104	93.7	6	5.4	1	0.9
Lawton ve Brody’nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi						
	Bağımsız 17-24 puan		Yarı Bağımlı 9-16 puan		Tam Bağımlı 0-8 puan	
	S	%	S	%	S	%
Telefon edebilme durumu	74	66.7	34	30.6	3	2.7
Alışveriş yapabilme durumu	58	52.3	38	34.2	15	13.5
Yemek hazırlama	60	54.1	30	27.0	21	18.9
Ev işi yapabilme durumu	52	46.8	35	31.5	24	21.6
Çamaşır yıkama durumu	57	51.4	32	28.8	22	19.8
Ulaşım araçlarına binebilme	75	67.6	28	25.2	8	7.2
İlaç içme durumu	103	92.8	6	5.4	2	1.8
Parayı idare edebilme durumu	90	81.1	16	14.4	5	4.5

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Yaşlı bireylerin %95.4'ünün günlük yaşam aktivitelerinde (banyo yapma, giyinme, tuvalet, hareket, kontinans, beslenme) bağımsız oldukları bulunmuştur. Ayrıca %82.8'inin günlük yaşam aktivitelerinde (telefon edebilme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işlerini yapabilme, çamaşır yıkayabilme, ulaşım araçlarına binebilme, ilacını içebilme, parayı idare edebilme) bağımsız oldukları bulunmuştur.

Tablo 3. Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeğinin Puan Ortalamasının Dağılımı

Ölçek	Min	Max	X±SD
Evde Bakım Hizmetleri Tutum toplam ölçek	84.0	145.0	126.90±12.61
Evde bakım ekibi ile hasta arasındaki kişilerarası ilişkilere yönelik tutumlar	30.0	50.0	44.43±4.47
Evde bakımda yaşanan desteğe yönelik tutumlar	22.0	45.0	38.65±5.21
Hastane ile evde bakımı kıyaslayan tutumlar	27.0	50.0	43.81±4.65

Yaşlı bireylerin EBHTÖ puan ortalaması 126.9±12.6 olup, iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksleri ve Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Özellikler	S	X±SS	İstatiksel Anlamlılık	Test ve
GYA	Medeni Durum				
	Evli	88	17.67±1.14	t: 4.192 p: 0.000**	
	Bekar	23	15.91±3.27		
EGYA	Medeni Durum				
	Evli	88	21.01±2.98	t: 4.447 p: 0.000**	
	Bekar	23	17.21±5.51		
EBHTÖ	Evli	88	128.36 ± 12.1	t= 2.427 p= 0.017*	
	Bekar	23	121.34 ±13.0		
GYA	Eğitim Düzeyi				
	Okuna yazma bilmiyor	5	15.40±4.77	KW= 20.359 p= 0.002*	
	Okuryazar	24	16.45±2.62		
	İlkokul Mezunu	33	17.63±1.11		
	Ortaokul Mezunu	18	17.61±1.41		
	Lise Mezunu	11	17.36±1.80		
	Önlisans Mezunu	7	17.85±0.37		
	Lisans Mezunu	13	18.00±0.00		
EGYA	Eğitim Düzeyi				
	Okuna yazma bilmiyor	5	16.4 0± 6.42	KW= 32.777 p= 0.000**	
	Okuryazar	24	17.00 ±4.51		
	İlkokul Mezunu	33	20.21±2.70		
	Ortaokul Mezunu	18	22.50±2.47		

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Lise Mezunu	11	20.90±3.98	
Önlisans Mezunu	7	22.71±1.60	
Lisans Mezunu	13	22.61±1.44	
<hr/>			
EBHTÖ	Eğitim Düzeyi		
	Okuna yazma bilmiyor	5	126.80±7.25
	Okuryazar	24	125.29±13.6
	İlkokul Mezunu	33	128.12±10.2
	Ortaokul Mezunu	18	130.66±8.92
	Lise Mezunu	11	130.00±14.0
	Önlisans Mezunu	7	124.57±11.2
	Lisans Mezunu	13	120.30±19.4
<hr/>			
GYA	Berber Yaşanan Kişiler		
	Yalnız	9	17.88±0.33
	Eşi ile	78	17.62± 1.20
	Çocuklar ile kendi evlerinde	10	17.90± 0.31
	Çocuklarının yanında	14	14.71± 3.75
<hr/>			
EGYA	Berber Yaşanan Kişiler		
	Yalnız	9	23.11±1.45
	Eşi ile	78	20.92 ±3.09
	Çocuklar ile kendi evlerinde	10	21.40±2.50
	Çocuklarının yanında	14	13.6 4± 3.54
<hr/>			
EBHTÖ	Berber Yaşanan Kişiler		
	Yalnız	9	126.44±13.9
	Eşi ile	78	129.05±12.2
	Çocuklar ile kendi evlerinde	10	123.90±10.0
	Çocuklarının yanında	14	117.42±11.5

*p<0.05, **p<0.001

Yaşlı bireylerin medeni durumları ve beraber yaşadığı kişi durumları ile GYA, EGYA ve EBHTÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p<0.05, p<0.001). Yaşlı bireylerin eğitim durumları ile GYA ve EGYA toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş (p<0.05, p<0.001), EBHTÖ ile anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5. Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeği İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksleri Arasındaki İlişki

	EBHTÖ	
	r	p
GYA	.244*	.010
EGYA	.208*	.028

*p<0.05

Yaşlı bireylerin EBHTÖ toplam puanları ile GYA ve EGYA toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

SONUÇ

Sonuç olarak günlük yaşam aktivitelerinin evde bakım hizmetleri tutumunu etkilediği belirlenmiştir. Yaşlıların evde bakım hizmetlerine gereksinim duydukları dikkat edilmesi gereken bir konudur. Bu konuda hemşirelerin yaşlıların evde bakım hizmetlerinde aktifleştirilmesi ve geniş örneklemelerde benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Duru P, Örsal Ö, Karadağ E. Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeği. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics* 2016; 2(3): 81-91.

Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2016; 19(2): 171-86.

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(4): 21-9.

Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.

Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım A. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2015; 42(3): 342-45.

Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 2: 59-67.

Yardımcı E. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.

Yazıcı SÖ, Kalaycı İ. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 2015; 3(3): 385-90.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(1): 12-15.

S-104 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PALYATİF BAKIMDA MANEVİYAT İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF NURSING STUDENTS' VIEWS ON SPIRITUALITY IN PALLIATIVE CARE

Abdurrezzak Gültekin, Aysel Özdemir,

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda maneviyat ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın verileri Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesi yaz okulu öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.69 ± 1.73 , % 71.7'si kadın, % 82.1'i çekirdek aileye sahip, % 63.1'inin geliri orta düzeyde, % 48.8'inin annesi ve % 40.5'inin babası ilkokul mezunu, %94'ünün palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, %81'inin klinik staj uygulamasında palyatif bakım hastasına bakım vermek istediği, % 86.9'unun palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 95.2'sinin palyatif bakımda manevi bakımın gerekli olduğu, % 94'ünün manevi bakımın hasta iyileşmesinde etkili olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Araştırmada sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda hastalara manevi bakımı gerekli buldukları ve palyatif bakımda manevi bakımın özellikle hastalıklarda duygusal ve ruhsal destek sağlamak için önemli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Manevi Bakım, Maneviyat, Palyatif Bakım

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the views of nursing students about spirituality in palliative care.

Material and Method: The data of this descriptive study was collected between June and July 2019. The universe of the study was composed of nursing faculty summer school

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

students. All students who accepted the study without selecting a sample were included in the study.

Results: The mean age of the students studying in the faculty of nursing was 22.69 ± 1.73 , 71.7% were female, 82.1% had nuclear family, 63.1% had moderate income, 48.8% had a mother and 40.5% had primary 94% think that palliative care is necessary in patient care, 81% believe that palliative care wants to care for the patient during clinical internship, 86.9% believe that palliative care should be provided in private palliative care centers, 95.2% of them think that spiritual care is necessary in palliative care, 94% think that spiritual care is effective in patient healing.

Conclusion: It was determined that nursing students found that spiritual care was necessary in palliative care and that spiritual care was important in palliative care to provide emotional and mental support especially in diseases.

Keywords: Nursing, Spiritual Care, Spirituality, Palliative Care

GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici kronik hastalıklarla ilgili problemlerle karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik bir bakımdır. Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımla mümkün olmaktadır. Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (1-5). Palyatif bakım açıkça sağlık hakkı altında tanınmaktadır. Bireylerin özel ihtiyaçlarına ve tercihlerine özel önem veren kişi merkezli ve entegre sağlık hizmetleri ile sağlanmalıdır. Ağrı, palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların yaşadığı en sık ve ciddi belirtilerden sadece bir tanesidir (6-10).

Ülkemiz için palyatif bakım kavramı oldukça yenidir ve daha çok kanser hastalarını kapsayan bir hizmet olarak başlamıştır. Öyle ki 2010 yılında başlatılan Palya-Türk projesi ile kanser hastaları için palyatif bakım hizmetleri ön plana çıkartılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan kanser dışı hastaların oranı % 66’dır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre de palyatif bakıma ihtiyaç duyan kanser dışı hasta oranı % 61,6 ve %56,1

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olarak belirlenmiştir. 2019 Ocak ayı itibarı ile 81 ilde 4.704 yatak ile 355 sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti verilmektedir Palyatif bakım hizmetleri hakkında yönerge 7 Temmuz 2015 tarihinde yürürlüğe girmiş ve yönerge ile ikinci ve üçüncü basamak merkezlerde “yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak”, standartlarını, sorumluluklarını, denetimini düzenlemek amaçlanmıştır. Bu merkezlerde çalışacak personel değerlendirildiğinde merkezlerde palyatif bakım sunumunda yer alması önerilen çok disiplinli alanlardan yalnızca sorumlu hekim, hemşirenin yer aldığı psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen gibi alanların tam zamanlı olmadığı ve ihtiyaç halinde hastane içinden ve dışından karşılanacağı belirtilmiştir. Yönergede birçok eksik kısım bulunmaktadır. Öyle ki palyatif bakım merkezlerinde yaşam sonu hizmet alan hastalara ne tür hizmetlerin verileceği ve bu hizmetlerin kapsamı ve içerikleri ile ilgili net bir tanım bulunmamaktadır. (11-15).

Maneviyat umut, güç, dayanma gücü, hayatın anlamı, başkalarına inanç, sevgi ve hayata bağlılığın ve bireyi mutlu eden her şeyin tümü olarak ele alınabilir. Palyatif bakımda hastanın kendini mutlu hissetmesi önemlidir. Hastaya manevi bakım verilmesi hastanın daha konforlu ve huzurlu olmasını sağlamaktadır. Palyatif bakımda hastanın kendini mutlu ve huzurlu hissetmesinde maneviyat ve manevi bakım önemli yer tutar. Kronik hastalıklarda özellikle ölümcül olan hastalık durumlarında manevi inancı zayıf olan veya inancı olmayan olan insanlarda bile manevi gereksinimlerin ortaya çıktığı ve bu manevi gereksinim sayesinde mutlu olmaktadır(16,17).

Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda maneviyat ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda maneviyat ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın verileri Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın verileri

Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesi yaz okulu öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. **Çalışmaya Alınma**

Kriterleri

- Palyatif bakımla ilgili eğitim ya da ders almış olma
- Klinik alan uygulamasına çıkmış olma

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu; hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini ve palyatif bakımla ilgili görüşlerini içeren toplam 12 sorudan ve 17 maddelik manevi bakım ve manevi bakımı algılama ölçeğinden oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından fakülte yönetiminin izin verdiği saatlerde sınıflarda toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan “Anket Formu ve Manevi Bakım ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği” kullanılmıştır.

571

Verilerin Toplanması

Anket formunu ve manevi bakım ve manevi bakımı algılama ölçeği öğrenciler kendileri doldurmuş, öğrencilerin anlamadığı sorular açıklanmıştır. Öğrenciler her bir anketi yaklaşık olarak 15-20 dk doldurmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, ortalama, Ki-Kare, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.69±1.73, % 71.7’si kadın, % 82.1’i çekirdek aileye sahip, % 63.1’inin geliri orta düzeyde, % 48.8’inin annesi ve % 40.5’inin babası ilköğretim mezunu, %94’ünün palyatif bakımın hasta

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, %81'inin klinik staj uygulamasında palyatif bakım hastasına bakım vermek istediği, % 86.9'unun palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 95.2'sinin palyatif bakımda manevi bakımın gerekli olduğu, % 94'ünün manevi bakımın hasta iyileşmesinde etkili olduğunu düşünmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamaları ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından dinselilik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Öğrencilerin palyatif bakım gerekli mi sorusuna verdikleri cevap ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda maneviyat ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.69 ± 1.73 , % 71.7'si kadın, % 82.1'i çekirdek aileye sahip, % 63.1'inin geliri orta düzeyde, % 48.8'inin annesi ve % 40.5'inin babası ilköğretim mezunu, %94'ünün palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, %81'inin klinik staj uygulamasında palyatif bakım hastasına bakım vermek istediği, % 86.9'unun palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 95.2'sinin palyatif bakımda manevi bakımın gerekli olduğu, % 94'ünün manevi bakımın hasta iyileşmesinde etkili olduğunu düşünmektedir. Palyatif bakımda hastanın kendini mutlu ve huzurlu hissetmesinde maneviyat ve manevi bakım önemli yer tutar. Kronik hastalıklarda özellikle ölümcül olan hastalık durumlarında manevi inancı zayıf olan veya inancı olmayan olan insanlarda bile manevi gereksinimlerin ortaya çıktığı ve bu manevi gereksinim sayesinde mutlu olmaktadır(16,17).

Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamaları ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından dinselilik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). manevi olarak kendini gülü hisseden hastaların daha dayanıklı olduğu söylenebilir. Öğrencilerin palyatif bakım gerekli mi sorusuna verdikleri cevap ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Palyatif bakımda hastaya birebir ilgilenildiğinden ve hastaya hastalık dönemine göre mutlu bir yaşam geçirilmesi için çalışılmasından dolayı maneviyat ve manevi bakım hastalar için önemli olduğu söylenebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ

Araştırmada sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda hastalara manevi bakımı gerekli buldukları ve palyatif bakımda manevi bakımın özellikle hastalıklarda duygusal ve ruhsal destek sağlamak için önemli olduğu belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

51. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:253-260.
52. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(2):178-87.
53. World Health Organisation, (2018). Palliative Care. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Erişim Tarihi: 08/08/2019.
54. Dinçer M. Palyatif bakım hastalarına resüsitasyon uygulayan sağlık çalışanlarının deneyimleri. *Ankara Med J*, 2019;(1):21-31.
55. Heller A, Wegleitner K. Dying and death in societal transformation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2017;60(1):11-7
56. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), World Health Organization. 2014.
57. Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*. 2017;10(3):240-4.
58. Akyol A. Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010;26:59-72.
59. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *J Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(1):74-80.
60. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012; 54(4):329-334.
61. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı. Palyatif Bakım Ünitesi Görüş 13.09.2012 Tarih ve B.10.THK.0.11.00.00-45.02 Sayılı Yazı.
62. Sağlık Bakanlığı; 09.10.2014 Tarih ve 640 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2014.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

63. Sağlık Bakanlığı; 07.07.2015 Tarih ve 253 Sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 2015.
64. Sağlık Bakanlığı; Palyatif Bakım Merkezlerinin ve Yatakların Sayısı, Ocak 2019.
65. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O & Boston P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. BMC Nurs, 10(1):2. doi:10.1186/1472-6955-10-2.
66. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O & Boston P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. BMC Nurs, 10(1):2. doi:10.1186/1472-6955-10-2.
67. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O & Boston P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. BMC Nurs, 10(1):2. doi:10.1186/1472-6955-10-2.

S-106 DÜNYA VE TÜRKİYE'DE SPİRİTÜEL BAKIMA YAKLAŞIMLARI

APPROACH TO SPIRITUAL CARE IN THE WORLD AND TURKEY

¹Filiz POLAT ²Fatma KARASU

¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman, Türkiye

²Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis/Türkiye

Özet

Psikososyal bakımın önemli bir parçası olan spiritüel bakım, hemşirenin bireylerin kendilerini daha iyi hissetmeleri için manevi ihtiyaçlarını tanıyarak uygun girişimlerde bulunmasıdır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden birisidir ve terapötik dokunma, aktif dinleme ile mizah içermektedir. Spiritualite 17. yy da Fransa'da ilk kez modern anlamda kullanılmış, 1960'lı yıllarda bütüncül bakım kavramının önem kazanması ve ile gündeme gelmiş, hemşire teorisyenler de bu yıllardan itibaren spiritüaliteye ve spiritüel bakıma yönelik uygulamalara yer vermişlerdir. Türkiye'de spiritüel bakım bütüncül bakım kapsamında insan gereksinimi olarak yer almakta, sağlık hizmetlerinde manevî bakıma olan ilgi her geçen gün artmaktadır. Geçmiş yıllarda, manevi bakım hastaların ölümüne yakın dönemlerde bahsedilirken, günümüzde tedaviyi desteklemek amacıyla hastalığın tüm aşamalarında bir kanıt olarak algılanmaktadır. Hemşirelik eğitiminde ise; bazı okullarda ayrı bir ders olarak verilmeye başlanmıştır. Hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin hastaların spiritual durumlarının farkında olması ve spiritual bakım vermeleri onların yaşamı ve sağlığı üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri bireyin tedavi ve bakımı için veri toplarken bütüncül bakımı benimsemeli, fiziksel sorunlarına ilaveten psikolojik, sosyal ve spiritüel ihtiyaçları konusunda da bilgi toplamalıdır.

Abstract

Spiritual care, which is an important part of psychosocial care, is that the nurse takes appropriate steps by identifying the spiritual needs of individuals to make them feel better. It is one of the complementary and alternative medicine methods and includes therapeutic touch, active listening and humor. Spirituality was used for the first time in France in the modern sense in the 17th century, and the concept of holistic care gained importance in the 1960s, and nursing theorists have included practices towards spirituality and spiritual care since these years. Spiritual care in Turkey within the scope of holistic care as a human needs to take

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

place, interest in spiritual care in health services is increasing with each passing day. In the past years, spiritual care has been mentioned in the near term of death of patients, but nowadays it is perceived as evidence in all stages of the disease in order to support treatment. In nursing education; in some schools. Nurse and other health team members 'awareness of patients' spiritual status and spiritual care have a positive effect on their life and health. Health professionals should adopt holistic care when collecting data for the treatment and care of the individual and collectin formation about their psychological, social and spiritual needs in addition to their physical problems.

GİRİŞ

Yaşamı tehdit eden bir hastalığın varlığında hasta, ailesi ve bakım veren kişiler dini uygulamalar, konuşma, ilişkiler giderek daha çok umut, başkalarını sevme, sevilme, iç güven gücü, uyumlu ilişkiler gibi spiritüel kaynaklara gereksinim duymaktadırlar (1). Hasta olan kişiler, hastalıkları esnasında bir umut ve manevi destek ararlar. Bu nedenle manevi duygularının desteklenmesi ve rahatlama için manevi bakımın asla ihmal edilmemesi gerekir (2). Yapılan çalışmalarda spiritüel ihtiyaçların daha çok yaşamı tehdit eden ağır hastalık ve ölümün yaklaştığı zamanlarda evrensel bir kavram olduğu ileri sürülmüştür (1).

576

Spiritüel ve Spiritüel bakım

Spiritüel, hayatın amacını oluşturan, birey için anlamlı olan unsurları barındıran kişinin evrendeki yerini, kendisi ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, hayatın anlamını anlama ve kabul etme çabası olup bu güne kadar kazanılmış olan bilgilerin sonucudur (3, 4). Spiritüel sağlık hizmetlerinde kritik öneme sahiptir ve acı ile kesin olarak bağlantılıdır (4), dinin ilk bileşeni olarak kabul edilebilir ancak dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır (3, 4, 5).

Spiritüel değer ve inançlar bir güce veya varlığa inancın ötesinde bir kavram olup ve hastalık, ölüm, sağlık, günah, ölümden sonraki yaşam ve başkalarına karşı olan sorumluluklar konusundaki inançları kapsamaktadır (3).

Kişilerin spiritüel boyutu hastalık ve iyileşme süreci ile etkileşim halinde olduğu için bu boyutunun güçlendirilmesi umutlarını artırıp, tedaviye katılımını sağlayarak iyileşme ihtimalini artırmaktadır. Kanser, AIDS, kalp hastalıkları, multiple skleroz, cerrahi girişimler sadece önemli psikolojik değişikliklere neden olmaz ayrıca ölüm ve hastalık olasılığının neden olduğu manevi sıkıntılarla da başetmeyi gerektirir (6). Son yıllarda yapılan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

çalışmalarda spiritüel hastaların kanser hastalığı esnasında ruh sağlığına olumlu etkisi olduğu hastaların % 93'ünün manevi yönden başatma yöntemleri neticesinde umutlarının devam ettirdikleri belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda spiritüel yönden iyi olan kanser hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük, yaşam kalitelerinin, umutlarının, sağlık alışkanlıklarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (7).

Spiritüel hastalığın, yaşamın, sağlığın ve ölümün anlamının bulunmasında kişilere yardımcı olur. Kişinin tepkisini olumlu yönde etkileyerek hastalıkla başatmada önemli bir parçası haline gelir, yaşamın anlamı ve yaşamla sürdürülebilir bir bağ kurması için yollar gösterir (8). Bütüncül hemşirelik bakımının temel unsurlarından biri olduğu için (9, 10), hemşireler hastalara bütüncül yaklaşım doğrultusunda bakım verirken hastaların spiritüel ihtiyaçlarını bakımlarına eklemeli ve bu konudaki yetkinliklerini de geliştirilmelidir (2, 4).

Spiritüel hemşirelik bakımının soyut bir yanını oluşturduğu, vicdani ve dini boyutu etkilediği ve göreceli bir kavram olarak görüldüğü için spiritüel bakımda hemşireler için henüz belli bir standardizasyon geliştirilememiştir. Türk hemşireleri ile yapılan bir çalışmada; hemşirelerin spiritüel bakım algılarının yetersiz ve kararsız olduğu, hemşirelerin çalışma süresinin uzunluğu, eğitim düzeyi, istihdam edildikleri bölümün spiritüel ve spiritüel bakım algıları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır (1).

Spiritüel bakım hastanın kişisel inançları, dini uygulamaları, değerlerini destekleyen tüm bakımları kapsamaktadır (1). Kişinin duygusal ihtiyaçları, ruhsal ve fiziksel olarak yaşamış olduğu sıkıntılarla baş etmesi için inançları (her zaman tanrı ile ilişkilendirilmeyen) kendini gerçekleştirme ve bireysel öğrenme yaklaşımlarıyla birlikte tedaviye dahil edilir (5).

Spiritüel bakım, tıbbi tedavi gören hastalara kendilerine telkin etmek, manevi ve psikolojik destek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir ve hastaların yaşam enerjilerini destekler ancak hastanelerde gördükleri tıbbi tedavide kesinti olmaz (11).

Sınırlı eğitim hazırlığı, hemşirelerin rolleri konusundaki kafa karışıklıkları, yetersizlik algıları ve manevi meselelerden kaçınma, maneviyatla ilgili olumsuz tutumlar spiritüel bakımın pratikte ihmal edilmesine neden olmaktadır (12).

Spiritüel Bakım ve Hemşirelik

Hemşire spiritüel bakımda kişinin spiritüel ihtiyaçlarını tanıyarak, uygun girişimlerle bu ihtiyaçları karşılar ve destekler (9, 10, 13). Spiritüel ihtiyaçlar bireyin manevi eksikliğini azaltan, manevi gücünü destekleyen gereksinimlerdir (9, 10), fiziksel ihtiyaçlara göre daha

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

soyut, karmaşık ve ölçümü güç olduğu için gözden kaçabilmekte, fiziksel gereksinimler ise kolaylıkla ölçülebildiği ve daha belirgin olduğu için öncelikle ele alınmaktadır (7).

Hemşirelersağlık sisteminin 24 saat hizmet veren bir üyesi olduğu için spiritüel gereksinimler konusunda bilgi, beceri sahibi olmanın yanısıra yaklaşımlarının da profesyonel düzeyde olması gerekir (13,14). Spiritüalitenin hastalıklarla baş etme ve iyileşme süreci üzerindeki olumlu etkisi olduğu için hemşireler kişilerin hastalıklarla spiritüel açıdan baş etme stratejilerini değerlendirmeyi ve kullanmayı bilmelidirler (13). Bakım verdiği hastayı spiritüel açıdan değerlendirebilmesi ve ihtiyaçları doğru saptayabilmesi, hemşirenin uygun olan müdahaleleri planlayabilmesi açısından önemlidir (14). Hemşirenin iyi bir planlama yapıp kişiye yardım edebilmesi için kendi değer ve inançlarının bilincinde olarak bunları hastaninkilerden ayırabilmesi gerekir. Bunun için de kendisinin ve kişinin spiritüaliteyi nasıl algıladığının yanısıra kişinin spiritüel değerleri ilgili bazı sorulara cevap aramalıdır (15).

Hemşireler her yaştan ve farklı geçmişe sahip insanların, yaşamın değerini ve anlamını sorguladıkları olay veya kriz durumları ile karşı karşıya kalırlar. Yaşanan bu olayların nasıl algılanacağı hemşirenin ve hastanın manevi değerlerinden, inançlarından ve kültüründen etkilenir. Bu sebeple hemşirelerin spiritüel bakım verebilmeleri için kendi spiritüel bakış açısının farkında olması ve profesyonel düzeyde donanımlı olması gerekir (16).

Hemşirenin spiritüel bakım uygulamalarıyla kişinin ölüm korkusu, büyük üzüntü, duygusal stres, kederlenme, büyük kayıp ve ciddi hastalık ve ölüm korkusu gibi yaşadığı kaygı verici durumlarla başetme gücü desteklenmektedir. Hemşirelerin bu bakım konusundaki bilgi eksiklikleri ve daha az zaman ayırmaları, kendilerini yetersiz bulmaları, iş yüklerinin fazla olması kişilerin spiritüel yönünü değerlendirmede zorlanmalarına neden olmaktadır (17).

Hemşirelerin spiritüel bakım vermesinde etkili olan pek çok etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerden özellikle hemşirenin spiritüel ihtiyaç ve bakımı algılaması, kişisel düşünce sistemi, konuya duyarlılığı hemşirenin etnik kökeni, dini bağlılık, eğitim düzeyi ve klinik deneyim gibi, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü hemşirelik bakımında etkili olmaktadır. Bunlara ilaveten hemşirenin çalışma koşulları, çalıştığı ortam, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla olan iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi pek çok faktör de spiritüel bakımı etkilemektedir (1, 18, 19, 20). Ayrıca, hemşireliğin farklı uzmanlık alanları farklı maneviyat ve manevi bakım anlayışlarına sahiptir. Pek çok çalışma, bakımevi ve pediatri bölümlerinde çalışan ebeler ile palyatif bakım, pediatri veya psikiyatri bölümlerinde çalışan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hemşirelerin diğer hemşirelere göre daha fazla maneviyat ve manevi bakım algısı olduğunu ortaya koymuştur (20).

Hastaların ve ailelerinin spiritüel ihtiyaçlarını karşılamak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak amacıyla spiritüel bakım hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin önemli bir kısmıdır (18, 19). Bazı araştırmaların bulguları, hemşirelerin bu yönü hemşirelik bakımının hayati bir parçası olarak gördüklerini doğrulamıştır. Spiritüel bakım, hemşirelik rolünün hayati ve temel bir gereksinimi olmasına rağmen, birçok hemşire, hastalarına manevi bakım sağlarken daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir (20).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin spiritüel boyutu giderek daha fazla önem kazanmakta ve spiritüel bakımın hasta bakımının temel yönleri olduğu iyi bilinmektedir. Hemşireler, hastaların spiritüel ihtiyaçlarını karşılamada aktif rol almalıdır (18). Ebe ve hemşirelere spiritüeliteye ilişkin bilgi ve uygulamalarını mezuniyet öncesi ve sonrası hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve konu hakkındaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik kurs, seminer ile geliştirilmesi gerekir (21, 22).

Dünya’da Spiritüel Bakım

Spiritüel kavramı ilk kez modern anlamda 17. yy da Fransa’da kullanılmış (23), Florence Nightingale’den itibaren spiritüel bakım hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline gelmiştir (3). Spiritüel sağlık konusu, 1960’lı yıllarda hemşirelikte bütüncül bakımın önem kazanması ve Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinde, moral ve manevi değerlerin en üst basamakta yer alması ile gündeme gelmiş, 1960’lı yıllardan başlayarak hemşire teorisyenler çalışmalarında spiritüeliteye ve spiritüel bakıma yönelik olarak uygulamalara yer vermişlerdir (24, 25).

1980’lerin sonlarından bu yana, hemşirelikte ruhsal boyutun artan bir ilgisi ve araştırması olmuştur. Maneviyatı ele alan araştırma ve literatür, hemşirelik uygulamalarında geçerli bir alan olduğunu kabul etmiştir (26).

Hastaların dini ve spiritüel hizmet alması, Dünya Sağlık Örgütü’nün Evrensel Hasta Hakları Bildirgesi, Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, Dünya Tabipler Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesi, Amsterdam Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (1994) ve Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesi (1995) gibi uluslararası hukuki metinler garanti altına alınmıştır (27).

Almanya’da hristiyan olan hastalara yönelik olarak verilen spiritüel desteklerin geçmişi uzun yıllara dayanmakla birlikte, profesyonel anlamda 1970’den sonra başlamış olup,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

müslüman hastalara yönelik olan uygulamaların geçmişi ise 20 yıl öncesine uzanmaktadır. Konu ile ilgili olarak sertifika veren eğitim enstitüleri kurulmuş, ilgili eserler telif edilmiştir (28).

Amerika Birleşik Devletleri'nde spiritüel bakım 1789'da başlamıştır. ABD'de sağlık tesislerinde hastalara yönelik verilen spiritüel bakım 'chaplaincy', görevli uzmanlar ise chaplain (Hastane din görevlisi) olarak adlandırılmakta ve profesyonel bir şekilde yürütülmektedir (29).

Hollanda'da 1987 yılında Hollanda Hastaneler Birliği tarafından sağlık tesislerinde isteyenlere spiritüel bakımın verilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Hollanda'da hapisanelerde, bakım evleri ve askeriyede bakım görevlileri bulunmakta, bu görevlilerden bir bölümü Müslümanlardan oluşmaktadır (30).

Belçika'da hastanelerde spiritüel bakım görevini yerine getirecek personelin seçiminde çok hassas davranılmaktadır. Hastanın kendisi, din görevlisini seçmekte ve spiritüel bakım görevlisi hastayı sürekli ziyaret ederek bakım verebilmektedir (27).

Türkiye'de Spiritüel Bakım

Ülkemizde ilk kez 1994 yılında sağlık tesislerinde spiritüel bakıma yönelik din ve moral hizmetleri gündeme gelmiş, hastanelerde spiritüel destek 1995'de Türkiye'de resmen uygulanmaya başlanmış ancak 1996'da çeşitli sebeplerden yürürlükten kaldırılmıştır (28). Türkiye'de Spiritüel Destek Hizmeti 01.08.1998 yılı 23420 sayılı resmî gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin 38. Maddesinde "Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır" denilmektedir (27).

2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokol ile 6 ilde bulunan 12 sağlık tesisinde pilot uygulama başlamıştır. 2015 yılı sonuna kadar bu konuda görevlendirilen din görevlileri, 6 bin 45 hasta ve hasta yakınına ulaşarak spiritüel destek vermiştir. 2016 yılının Aralık ayından itibaren de Manevi Destek ve Rehberlik Hizmeti halen 14 ilde uygulamaya başlanmıştır. Bunlar: İstanbul, Adana, İzmir, Afyonkarahisar, Çorum, Ankara, Erzurum, Bursa, Kayseri, Ordu, Kahramanmaraş, Samsun, Konya ve Sakarya'dır (27).

Spiritüel ve spiritüel bakım kavramları hemşirelik alanında henüz yeni kavramlar olup (9), Türkiye'de yakın zamanda alternatif tıp ve hemşirelik alanlarında tartışılmaya başlamıştır. Kavram birkaç yıldır öğretilmiş olmasına rağmen, Türkiye'de, bazı okullarda ayrı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bir kurs olarak verilmiş, bu kavramların uygulanmasına ilişkin alandaki değişiklikler yetersiz kalmıştır ancak son zamanlarda spiritüel bakım alanında araştırmalar artmıştır (31).

Sağlık bilimleri ve din bilimleri alanındaki araştırmacıların spiritüel bakıma yönelmeleri Türkiye’de sağlık hizmetlerinde spiritüel bakıma olan ilginin gün geçtikçe arttığını göstermektedir. Geçtiğimiz yıllarda spiritüel bakımdan hastaların ölümlerine yakın dönemlerinde bahsedilirken günümüzde ise hastalığın bütün aşamalarında, tedaviyi destekleyici bir kanıt olarak algılanmaktadır. Bu nedenle bütün hasta ve hasta yakınları, sağlık eğitimi veren eğitimciler, sağlık eğitimi alan tüm öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının bu sürece dahil olması gerekir (10).

KAYNAKLAR

- 1.Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21(2): 45-53.
- 2.Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. Spiritual care and nursing. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(3): 184-190.
- 3.Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 8(1) : 47-50.
- 4.Caldeira S, Romeiro J, Martins H, Casaleiro T. The therapeutic dimension of research about spirituality: Particularities of cancer, mental health and infertility. Nurs Forum. 2019; 1-4.
- 5.Kaçal Z, Demirsoy N. Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. Sakarya Tıp Dergisi 2018; 8(2): 170-5.
- 6.Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(1): 48-53.
- 7.Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1): 73-8.
- 8.Uğurlu ES, Başbakkal Z. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2013; 11: 17-24.
- 9.Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 2010: 218-225.
- 10.Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. GMJ 2018; 29: 17-22.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 11.Kavas E, Kavas N. ‘‘Hastalarda manevî bakım ihtiyacı’’ konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevî destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2015; 10(14): 449-60.
- 12.Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. Nurse Education Today 2013; 33: 574–579.
- 13.İnce SÇ, Akhan LU. Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13(3): 202-8.
- 14.Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(1): 48-53.
- 15.Uğurlu ES. Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014, 5(3): 187-191.
- 16.Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 3: 41-52.
- 17.Midilli TS, Kalkım A, Dağhan Ş. Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. Journal of Human Sciences 2017; 14(1): 666-677.
- 18.Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. International Nursing Review 2008; 55: 333– 340.
- 19.Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 1–12.
- 20.Melhem GA, Zeilani RS, Zaqqout OA, Aljwad AI, Shawagfeh MQ, Al- Rahim MA. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. Indian J Palliat Care 2016; 22: 42-9.
- 21.Göneç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(3): 34-38.
- 22.Esendir Nİ, Kaplan H. sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. Ekev Akademi Dergisi 2018; 73: 317-332.
- 23.Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 61-70.
- 24.Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren 2017; 3(1): 37-42

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 25.Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. J Contemp Med 2018; 8(2): 159-164.
- 26.McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses'perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011; 20: 1757-67.
- 27.Akay M, Şahin Z. Türkiye’de ve dünyada hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım. Türkiye ve Dünya’da Hastane Hizmetleri; 1-9.
- 28.Aydin, G. Manevi Destek Bağlamında Hz. Peygamberin Hastalara Yaklaşımı. Bilimname 2016; 30(2): 249-274.
- 29.Mollaoğlu, H. Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chapla-incy. Örneği”. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara: 2013.
- 30.Karagül, A. Manevî Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği); Dini Araştırmalar 2012; 14(40): 5-27.
- 31.Yılmaz M, Gürler H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. Nursing Ethics 2014; 21(8): 929–945.

S-107 DELİRYUMLU HASTAYA YAKLAŞIM

APPROACH TO DELIRIUM PATIENT

¹Filiz POLAT ²Fatma KARASU

¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman, Türkiye

²Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis/Türkiye

Özet

Deliryum bilincin azalması ve bilişsel fonksiyonların bozulması ile karakterize geriye dönüşümlü geçici bir psikososyal bozukluktur. İleri bir yaş hastalığı olan deliryumani başlar, hızlı ilerler ve kısmen önlenbilir. Herhangi bir nedenle hastanede yatan her hastada görülebildiği gibi cerrahi sonrası dönemde, çoğunlukla yaşlılarda, yoğun bakımlarda ya da bakımevlerinde sık karşılaşılan bir hastalıktır. Deliryum gelişimi hastanın sıklıkla bağımsızlığını kaybetmesine neden olur, mortalite ve morbidite artar. Hastanın hastaneye yatış süresi uzadığından bakımın maliyeti ve hemşirenin iş yükü de artar. Deliryumun olumsuz sonuçlarını engellemek için erken dönemde tanınmalı, nedenleri, tanılama yöntemleri ve sonuçları bütün tedavi ekibince iyi bilinmeli ve değerlendirilmelidir. Deliryum için ölçekler geliştirilmeli, yoğun bakım çalışanları bu konuda eğitilmelidir. Hastanın 24 saat yanında bulunan ve bire bir bakım sağlayan hemşirelerin hastayı değerlendirirken deliryum konusunda uygun değerlendirme kriterlerini bilmesi, tanının konulmasını ve erken tedbir alınmasını kolaylaştırabilmektedir. Hemşirelik girişimleri de hastalığın oluşumunu önleme ve yönetiminde önemli olduğu için hemşirelere de bu konuda önemli bir rol düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, hemşirelik, hemşirelik bakımı

Abstrcat

Delirium transient psychosocial disorder characterized by decreased consciousness and mpaired cognitive function. Delirium with an advanced age disease starts suddenly, progresses rapidly and can be partially prevented. It can be seen in every hospitalized patient for any reason, and is a common disease in the post-surgical period, mostly in theelderly, in intensive care, or in nursing homes. Delirium development often causes the patient to lose independence, and mortality and morbidity increase. As the length of hospitalization of the patient is prolonged, the cost of care and the work load of the nurse also increase. In order to

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

prevent the negative consequences of delirium, it should be diagnosed at an early stage and its causes, diagnostic methods and results should be well known and evaluated by the whole treatment team. Scales should be developed for delirium and intensive care workers should be trained. The nurses who have a 24-hour follow-up and one-to-one care can make the patient aware of the appropriate evaluation criteria for delirium when evaluating the patient it can facilitate diagnosis and early prevention. Nursing interventions also play an important role in the prevention and management of the disease.

Keywords: Delirium, nursing, nursingcare.

GİRİŞ

Deliryum; bilinç değişikliğine, algı, bellek, dikkat eksikliği, düzensiz düşünceler, duygu-durum değişiklikleri, devinim ve uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının eşlik ettiği ciddi yan etkilere sebep olabilen organik beyin sendromudur. Akut hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ani bir akut beyin yetmezliği durumu olduğu için başlı başına bir hastalık değil, geri dönüşümlü olarak gelişen bir klinik durumdur (1, 2, 3).

Sağlık hizmetlerinde yaygın olan ani bir akut zihinsel değişim olan deliryum (2), yaşlı yetişkinler için hayati tehlike arz eden bir hastalık ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur (4). Hastanede yatan hasta bakımında en sık görülen komplikasyon olarak kabul edilen bu rahatsızlıkta belirtiler fiziksel etkenlerden kaynaklansa da, çevresel faktörler belirtilerin daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (5).

Yaşlı cerrahi hastalarda en sık görülen nörolojik komplikasyon olan deliryum fonksiyonel iyileşmede gecikmeye neden olmaktadır (6). Tanı koymadaki yetersizlik morbidite ve mortaliteyi arttırmakta, hastanede kalma süresinin uzaması ile birlikte sağlık harcamalarının artmasıyla topluma maliyetini artırmaktadır (6, 7, 8). Deliryum tanısı konulmuş hastaların hastane mortalitelerinin yaklaşık olarak 22 kat arttığı bildirilmiştir (8). Ayrıca uzun vadeli bilişsel sorunlara yol açmakta ve uzun vadeli yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (9).

Deliryum hem hastayı ve hastaya bakım veren sağlık profesyonellerini hem de hastanın aile üyelerini negatif yönde etkilemekte, sağlık profesyonellerinin deliryumlu hastalara bakım verirken korku ve huzursuzluk, hasta yakınlarının da sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır. Hastanede ortamında ortaya çıkan deliryum taburcu olduktan sonrada

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kişinin sağlığını etkilemekte demans gelişimi, mortalite, kognitif bozulma, fonksiyonel yetmezlik ve kurum bakımına muhtaç olma daha fazla olmaktadır (10).

Delirium riski taşıyan hastaların erken teşhisi önemlidir, çünkü yeterli ve zamanında yapılan iyi müdahaleler, deliryumun ve buna bağlı zararlı sonuçların ortaya çıkmasını önleyebilir (11). Hasta ve aileleri hastalığın etiyolojisi, gidişatı, geçici bir rahatsızlık olduğu, tıbbi durumun bir sonucu geliştiği ve oluşabilecek risk faktörleri konusunda bilgilendirmek gerekir (7).

Deliryum İnsidansı

Deliryum insidansı ve prevalansı incelenen popülasyona bağlıdır yoğun bakım ortamlarında daha da yüksek oranda görülmektedir (12). Hastanede yatan yaşlıların yaklaşık % 30-50'unda görülmekte olup bu da hastanede yatan tüm hastaların % 10'una denk gelmektedir (7).

Yaşlı hastalarda cerrahiden sonra %73 oranında rastlanılan ve postoperatif bir komplikasyon olan deliryuma bakımevlerinde de sık rastlanmaktadır. Toplam geriatric popülasyonda risk %20 iken, demansı olan hastalarda bu oran çok daha yüksek olup %41'e ulaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastanede yatan 65 yaş üzeri hastalarda yaklaşık %20 oranında deliryum geliştiği bildirilmiştir (13).

Nonkardiyak cerrahi operasyon sonrası 65 yaş üstü 333 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, operasyon geçirenlerin %46'sında postoperatif deliryuma rastlanırken, 75 yaş üzeri hastalarda büyük abdominal cerrahi sonrası deliryum insidansı %24 olarak bulunmuştur. Kanser hastalarında görülme oranı %10-40 iken, terminal dönemdeki kanser hastalarında bu oran %85'lere kadar çıkabilmektedir (14).

Etyoloji

Deliryum için risk faktörleri hasta özellikleri, kronik patoloji, akut hastalık ve çevresel faktörler olmak üzere dört alana bölünmüştür (15). Yaş en önemli risk faktörü olmakla birlikte, demansta yüksek risk oluşturmakta, fark edilmemiş idrar yolu infeksiyonu gibi hastalıklarda deliryuma sebep olabilmektedir (7). Hastane kaynaklı stresörler bu rahatsızlığı tetiklediği gibi kronik hastalığa sahip yaşlı hastalar deliryum açısından daha fazla risk altındadırlar (10).

Deliryumun enfeksiyon, bunama, ameliyatlar, kafa travması, metabolik anomaliler, madde intoksikasyonu ve çekilmesi, endokrinopatiler gibi birden fazla etiyolojisi vardır. Farklı birçok tıbbi durumla bağlantılı olsa da, altta yatan en sık nedenler

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

metabolik bozukluklar, santral sinir sistemi, sistemik hastalıklar, kardiyopulmoner sistem bozukluklarıdır (16). Ayrıca postoperatif deliryumda kan nakilleri ve anestezi iyileşme sırasında artan sedasyon deliryum için önemli risk faktörleri arasındadır (17).

Quimet ve arkadaşları 820 genel yoğun bakım hastası üzerinde yapmış oldukları çalışmada sedatif ve analjezik kullanımının, hipertansiyon, hastalığın ciddiyeti, alkolizmin deliryum olasılığını arttırdığını bulmuşlardır. Dubois ve arkadaşları 216 genel yoğun bakım ünitesinde yatan 216 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da hipertansiyonun deliryumda risk faktörü olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca sigara ve hiperbilirubinemi de risk faktörü olarak bulunmuştur (18).

Klinik Özellikler

Deliryumunda bazı temel belirti ve bulgular benzerlik gösterse de hastaya ve altta yatan patolojiye göre klinik belirtiler değişiklik göstermektedir. Ancak en karakteristik özelliği semptomların hızlı gelişmesidir. Hasta sürekli uyuklama halinden bir süre sonra normal uyanıklığa geçebilir ve daha sonra dakikalar içinde tekrar kötüleşip ajitasyon gösterebilir (16).

Deliryumda semptomlar ani başlar ve dalgalı bir seyir gösterir. Dikkat, diğer bilişsel süreçlerde ve farkındalık düzeyinde gün içerisinde artma ve azalmalar görülür (8, 16). Deliryumunda bilişsel fonksiyonda ani bozulma, uyarılma seviyesindeki bir değişiklik, deorganize konuşma ve sözcük bulmada güçlükler, sanrılar ve halüsinasyonlar, şaşkınlık, anlamsız hareketler, huzursuzluk, uyarılara aşırı tepki, hafıza ve oryantasyon bozukluğu görülür (19, 20). Oryantasyon bozukluğu genellikle zaman (sabah yerine gece yarısı diyebilir) ya da yer (hastane yerine ev diyebilir) bazende kişi (tanıdığı insanı tanımayabilir) algılamasında ortaya çıkar. Yakın hafıza genellikle uzun dönem hafızadan daha fazla etkilenir. Algısal bozukluklar yanlış yorumlama görülür (20).

Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler, spesifik semptomları tanıma ve risk altındaki kişilerde erken deliryum belirtilerini yakından gözleme konusunda kilit konumdadırlar (21). Deliryumlu hastalar için en iyi uygulamaları gerçekleştirmek, büyük ölçüde hemşirelerin bilgisine ve yeteneklerine ve ekip arkadaşlarıyla etkin bir şekilde iletişim ve koordinasyon kurma yeteneklerine bağlıdır (22). Başlangıç döneminde deliryumu tespit etmek için hemşirelerle

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

deliryum tanısı konmuş hastalar arasında ilişkinin sağlanması önemlidir ve uzman iletişim becerileri gerektirmektedir (23).

Hemşireler, deliryumu yönetmek, deliryum hastalarının gerekli bakımını sağlamak ve algılama oranlarını iyileştirmek için ideal konumdadırlar. Güçlü bir terapötik ilişkinin varlığında iyi gözlem becerileri, hemşirelerin özellikle yaşlılarda, deliryumun en belirgin belirtileri olan dikkat veya bilinçteki akut değişiklikleri belirlemelerine olanak sağlayacaktır. Hemşireler deliryum riski taşıyan hastaları kapsamlı değerlendirmeli, hastanın konsantrasyon veya hafızada zorluk çekmesi durumunda aileden gelen bilgilerle de kapsamlı bir sağlık öyküsü oluşturmaları gerekir (24).

Hemşirelik girişimleri deliryum oluşumunu önleme ve yönetiminde önemli olup, bu konuda hemşireler önemli bir rol üstlenmektedir. Hastaya birebir bakım sağlayan ve 24 saat yanında bulunan hemşirelerin deliryum tablosunun özelliklerini, oluşumunu kolaylaştıran ve başlatan faktörler hakkında bilgi sahibi olması, hasta değerlendirme kriterlerini bilmesi, tanının konulup, erkenden tedbir alınmasını kolaylaştırabilmektedir (18, 25, 26). Böylece başka hastalıklar ile karıştırılmadan erken dönemde tedavi planlanabilirse hastaların yaşam kalitesi artırılmış ve deliryuma girmeleri engellenmiş olacaktır (26).

588

Hemşireler hastalara diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda olmaları sebebiyle ek sorumluluklar yüklenmektedirler. Hastanın bütüncül olarak değerlendirilip gereksinimlerinin saptanması, hastanın tanısında yardımcı olabilecek bilgilerin toplanması ve tedavide gerekli olan hasta ile işbirliğinin sağlanması hemşirenin görevleri arasındadır (27, 28) ve bu görevlerini de yerine getirebilmeleri için hemşirelik bakım standartları geliştirilmelidir (27).

Hemşireler bakım alan tüm hastaların mental durumunu, oryantasyon ve bilinci düzeyindeki değişimlerini deliryum yönünden değerlendirmeli, elde ettiği veriler doğrultusunda hastanın deliryum açısından riskli olduğunu düşünüyorsa belirli aralıklarda tanılama araçlarıyla deliryum açısından değerlendirmelidir (29, 30). Ancak yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, hastaları deliryum varlığı ve riski açısından tanılamada yetersiz kaldığını göstermektedir. Ülkemizde 17 yoğun bakım ünitesinde çalışan 301 hemşireyle yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve hizmet içi programlarda konuya yer verme oranının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (29).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yapılan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre ise; hemşirelerin bilişsel durumunda gerileme meydana gelen hastalara karşı olumlu ve hasta merkezli davranış geliştirdiği, ancak bilgi ve bilişsel bozuklukları anlamada eksikliklerinin var olduğunu göstermektedir (27).

Deliryumunda tanılama araçlarının dışında, gözlem, görüşme ve fizik muayene yöntemleriyle veriler toplanarak tanılama yapılmalı, tanılama sürecine ailenin de katılımı sağlanmalıdır. Hemşire bakım planında hasta ve ailesinin gereksinimlerini dikkate almalı, aile ve tedavi ekibiyle beraber çalışmalıdır. Hastanın bilişsel, fiziksel ve psikolojik ve çevresel, durumuna yönelik girişimlerin uygulanması, semptomların yönetilmesini, güvenli bir çevre yaratmayı ve hastanın özbakım gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlar. Bakım planını uyguladıktan sonra durumu değerlendirilmeli, hastanın gereksinimleri doğrultusunda yeni planlamalar yapılmalıdır (30). Yoğun bakımda olan yaşlı hastalar değerlendirilirken mevcut hastalıklar, altta yatan sorunlar, yaşlılığa bağlı olan fizyolojik değişiklikler bütün olarak ele alınmalı ve kişiye özel hemşirelik bakımı planlanmalıdır (31).

Deliryumun yönetiminde hastanın sevdiği bir ya da iki yakınının sürece dahil edilip, hastanın yanında bulunması veya elinden tutması, hastalık tablosunu pozitif yönde etkileyebilmektedir. Hasta yakınları yapılan tüm girişimler ve süreçle ilgili bilgilendirilmelidir. Hemşire bakım verirken deliryumun çeşidine göre uygulamalarını planlamalıdır (32).

Hemşire-hasta iletişimi deliryumdaki hastaların oryante olmaları, önlenmesinde ve tedavisinde en önemli unsurlardan biridir ve bunun içinde hemşirelere deliryumlu hasta ile iletişim konusunda eğitim verilmesi gerekir (18, 27, 33). Yoğun bakımda bulunan hastalarla iletişim zor olduğu için deliryumun fark edilmesi ve tanısının konulması oldukça güçtür (25, 26). Bu ünitelerde bulunan hastaları yakından gözlemleyen ve birebir iletişimde olan hemşireler deliryumu erken tanıma ve deliryumdaki hastalarla iletişim konusunda eğitilmelidirler (27, 33).

Deliryum tanısı almış hastalarda oryantasyonu korumak amacıyla üniteye saat, takvim, televizyon, radyo gibi cihazların bulundurulması, hasta yakınlarının resimlerinin asılması yararlı olmaktadır. Aile bireylerinin ziyaretine izin verilmesi ve ancak tedaviyi aksatmayacak şekilde ziyaret saatinin uzatılmaması gerekir (33). Hastaları uyku saatlerinde gereksiz yere rahatsız edecek işlemlerden özellikle kaçınmalı, gürültüyü artıran girişimlerde bulunmamalı, gece ışıkların hafif açık bırakılmasına özen göstermeli, gerekirse cihazların alarm sesleri kısılarak gürültü oranı azaltılmalıdır. Yaşlı hastalara fazlasıyla rahatsızlık veren

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

deliryum gelişmesini etkileyen ağrı, bulantı, konstipasyon gibi semptomlar sık aralıklarla sorgulanmalı ve gerekli olan hemşirelik girişimleri uygulamalıdır (34). Deliryum tanısı alan hastalarda uygun hemşirelik girişimlerinin deliryum tedavisinde farmakolojik yöntemlerden daha etkili olduğu belirlenmiştir (35).

Inouye ve ark. yaşlı hastada bilişsel bozukluğa, hareketsizliğe, görme ve duyma bozukluklarına yönelik yapılan uygulamaların ve dehidratasyona yönelik müdahalelerin deliryum sıklığını ve süresini azalttığını bildirmişlerdir (31).

Hemşirelerin deliryumu değerlendirebilecekleri ölçeklerin kullanımı konusunda eğitilmesi, hastaların güvenliği ve bakım kalitesinin artırılması açısından önemlidir (27). Hemşirelerin deliryumdatanı yönetimi en önemli sorumlulukları arasında olduğu için kanıt değeri yüksek psikiyatri eğitimi almayan sağlık personelinin kullanıma uygun bir ölçüm aracı hemşireler tarafından kliniklerde kullanılmalıdır (35). Hemşire hastadaki risk faktörleri ve deliryum gelişimini sağlayan çevresel faktörleri birlikte göz önünde bulundurmalı, zihinsel işlevlerini sürdürmesi için uygun bir ortamı sağlamalıdır (31, 35).

Hemşireler hastada deliryum gelişmesini fark etmede, hemşirelik girişimlerini uygulamada bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir. Hastada oryantasyon bozukluğu sebebiyle hastayla iletişim kurmada zorlanma, hastayı yeterince bilgilendirememesi ve hastanın bakımına katılımını sağlamada zorlanma gibi sorunlar yaşamaktadır (25). Ancak deliryuma daha fazla dikkat gösterdiklerinde ve elindeki mevcut bilgiler doğrultusunda hareket ettikleri sürece bu rahatsızlığın ölüme kadar gidebilen olumsuz sonuçları en aza indirgenmiş olacaktır (26, 28, 33, 36).

KAYNAKLAR

1. Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S. Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım. Deliryum: causes and clinical approach: review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27: 718-724.
2. Meagher DJ, Morandi A, Inouye SK, Ely W, Adamis D, MacLulich AJ, Rudolph JL, Neufeld K, Leonard M, Bellelli G, et al. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98. BMC Med. 2014; 12: 164.
3. Kavasoglu T, Vural Ç, Turan S, Acar HV, Kavasoglu K, Erdemli MÖ. Delirium after open heart surgery. Türk Göğüs Kalp Damar 2015; 23(4): 658-664.
4. Hanes E, Colancecco E. a pilot study of nonpharmacologic management of delirium. Nursing 2018; 48(8):66-67.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5. Weir E, O'Brien AJ. Don't go there – It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019; 28: 582–591.
6. Aydoğmuş M, Tükenmez B. Spinal anestezi altında yapılan açık prostatektomi sonrası gelişen postoperatif deliryum: Olgu sunumu. *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17: 57-59.
7. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013; 29:70-74.
8. Çınar MA, Balıkçı A, Sertoğlu E, Ak M, Serdar MA, Özmenler KN. Deliryum patofizyolojisinde CRP, TNF- α ve IGF-1'in rolü Role of CRP, TNF-a, and IGF-1 in delirium pathophysiology. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2014; 51: 376-382.
9. Wassenaar A, Rood P, Schoonhoven L, Teerenstra S, Zegers M, Pickkers P, Van Den Boogaard M. The impact of nursing delirium preventive interventions in the intensive care unit (UNDERPIN-ICU): A study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2017; 68: 1-8.
10. Bölüktaş RP. Yoğun bakım Ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2015; 19(2): 68-79.
11. Raats JW, Van Eijdsen WA, Crolla RMPH, Steyerberg EW, Van Der Laan L. Risk factors and outcomes for postoperative delirium after major surgery in elderly patients. *Plos One* 2015; 10(8): 1-12.
12. Çınar MA, Özmenler KN, Özşahin A, Trzepacz PT. Reliability and validity of the Turkish translation of the delirium rating scale revised-98. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27: 186-193
13. Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur A, Poçan AG, Özşahin AK, Aksöyek A, Altıntaş E. Awareness and management delirium in primary care. *birinci basamakta deliryumu tanımak ve yönetmek. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2015; 9 (2):59-64.
14. Bilge EÜ, Kaya M, Şenel GÖ, Ünver S. Erişkin hastalarda postoperatif yoğun bakım ünitesinde deliryum insidansı. *Turk J Anaesth Reanim* 2015; 43: 232-9.
15. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Critcare* 2009; 13(3): 1-12.
16. Yılmaz N. Yoğun bakımda deliryum ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2016; 9(2): 87-90.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

17. Huang J, Sprung J, Weingarten TN. Delirium following total joint replacement surgery. *Bosn J Basic Med Sci.* 2019; 19(1): 81-85.
18. Özturan DD, Güz HÖ. Yoğun Bakımda Deliryum ve tedavisi. Doğanay Z, editör. Yoğun Bakımda Sedasyon ve Analjezi. Ankara: Türkiye Klinikleri 2018: 29-36.
19. Haley MN, Casey P, Kane RY, Darzins P, Lawler K. Delirium management: Let's get physical? A systematic review and meta-analysis. *Australas J Ageing.* 2019;1-11.
20. Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Bakım Sanatı Çam Olcay, Engin E. İstanbul Medikal Yayıncılık.1. Baskı 2014. İstanbul 779-781.
21. Yue P, Wang L, Liu C, Wu Y. A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas. *International Journal of Nursing Sciences* 2, 2015: 2-8.
22. Le Blanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 44, 2018: 92-98.
23. Kristiansen S, Konradsen H, Beck M. Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *J Clin Nurs* 2019; 28: 920-930.
24. Faught DD. Delirium: The nurse's role in prevention, diagnosis, and treatment. *Official Journal of The Academy of Medical-Surgical Nurses* 2014; 23 (5): 301-306.
25. Çevik B, Akyüz E, Uğurlu Z, Ersayın A, Doğan N. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda farkındalıklarının belirlenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(1): 32-46.
26. Topuz Ş, Doğan N. bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. *KTU Tıp Fak Derg* 2012; 14(3): 21-26.
27. Karamanoğlu AY, Gök F, Korkmaz FD. Kalp cerrahisi hastalarında deliryum ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 31 (2) :113-129.
28. Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012; 20(2): 265-274.
29. Özsaban A, Acaroğlu R. Yoğun Bakım hastalarında deliryum ve yaşam modeli doğrultusunda bakımı. *F.N. Hem. Derg* 2015; 23(2): 146-51.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 30.Çıtak EA. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda deliryum ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2017; 3(2): 119-23.
- 31.Dilek F, Bitek DE, Erol Ö. Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı hastalarda sık görülen sorunlar ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015; 19(1): 29-35.
- 32.Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 90-8.
- 33.Küçük L, Kaya H.Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: Deliryum ne kadar tanıyoruz? Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 161-166.
- 34.Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: Deliryum. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(1): 37-46.
- 35.Karakaş SA, Okanlı A. Deliryum ve hemşirelik bakımı.Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2016; 2(1): 21-6.
- 36.Topuz Ş, Doğan N. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. KÜ Tıp Fak Derg 2012; 14(3): 21-26.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-108 YAŞLI OPERE SUBDURAL HEMATOMLU HASTADA PALYATİF BAKIM

PALIATIVE CARE İN A PATIENT WITH ELDERLY OPERATED SUBDURAL HEMATOMA

Ramazan Paşahan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Özet

Günümüzde, yeni tedaviler ve yaşam koşullarının artması , kronik-multiple hastalıkların birlikteliğini arttırmış bununla beraber yaşam süresi uzamıştır. Kronik subdural hematom; morbiditesi yüksek olan intraserebral kanamalardan biridir. 65 yaş üstü sıklığı ve mortalitesi artmaktadır. Bunun nedeni ek kronik hastalıklardır. Bu tür hastaların bir kısmında palyatif tedavi ihtiyacı doğar. Norveç'te yapılan bir çalışmada palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların %85'inin ölüm öncesi, son üç ayda hastaneye yatırıldıkları, %24'ünün evde öldüğü gösterilmiştir. Bu da palyatif tedavinin önemini göstermektedir. Bu yazıda, terminal dönemdeki 88 yaş opere subdural efüzyonlu hastanın bakımı, hasta yakını ve hekimle ilgili yönleri, palyatif bakımın önemi , gözden geçirilerek yaşam sonu bakım ile ilgili farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif, Subdural, Terminal dönem

Abstract

Nowadays, new therapies and increasing living conditions have increased the co-existence of chronic-multiple diseases, but life expectancy has been prolonged. Chronic subdural hematoma; It is one of the intracerebral hemorrhages with high morbidity. The incidence and mortality of children over 65 years are increasing. This is due to additional chronic diseases. Some of these patients require palliative treatment. A Norwegian study showed that 85% of patients in need of palliative care were hospitalized before death, and that 24% died at home. This shows the importance of palliative treatment. In this article, we aimed to raise awareness of end-of-life care by reviewing the care of the 88-year-old operated subdural effusion patient in the terminal period, aspects of the patient's family and physician, the importance of palliative care.

Keywords: Palliative, Subdural, Terminal period

GİRİŞ

Kronik subdural hematom morbiditesi yüksek olan intraserebral kanamalardan biridir (1). Sıklığı yaşlılıkta artış gösterir. İnsidansı 65 yaş öncesi 3.4/100000 , 65 yaş sonrası 8-58/100000 oranındadır (2). Hastaların çoğunda geçirilmiş kafa travması anemnezi vardır. Tanıda bilgisayarlı tomografi genelde yeterli olur. Twist-drill kraniostomi, tek veya iki burr-hole ile kraniostomi ve kraniotomi en sık kullanılan cerrahi tekniklerdir . Burr-hole drenaj daha az invaziv olup, yaşlı ve yüksek riskli hastalarda dahi yüksek başarı (tedavi) oranına sahiptir (1). Bununla beraber, cerrahi sonrasında % 3.7-30 oranında rekürrens görülebilmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

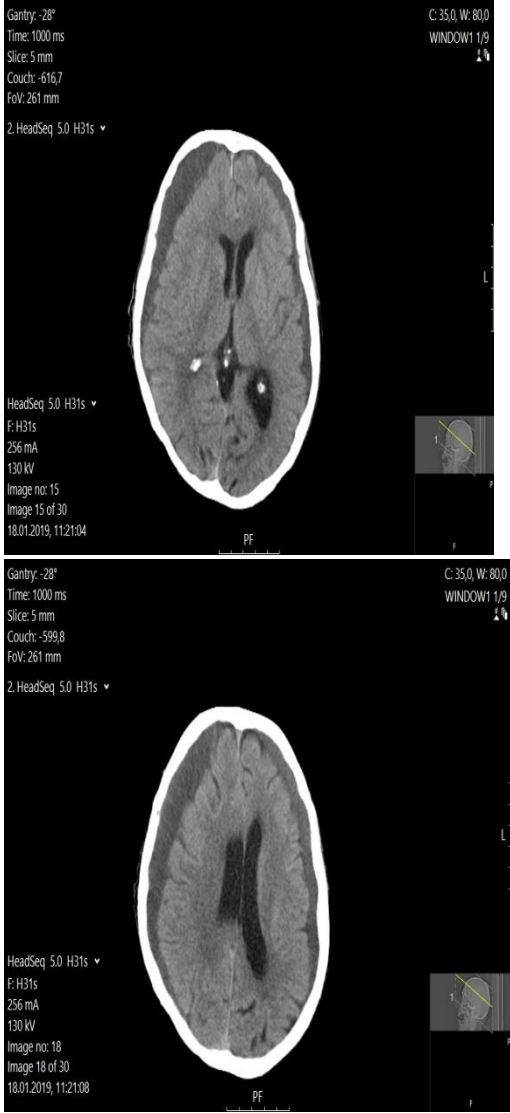
Günümüzde, yeni tedaviler ve yaşam koşullarının artması sonucu, kronik-multiple hastalıklarla yaşam süresi giderek artmaktadır. Bundan dolayı birden çok birliktelik gösteren hastalık sıklığı artmakta ve bu hastalara tedavi hizmeti verme süreleri de uzamaktadır (3). Hem hasta , hem ailesi hem de sağlık ekibi açısından psikolojik ve bedensel olarak yıpratıcı bir durumdur (4).

Norveç'te yapılan bir çalışmada palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların %85'inin ölüm öncesi, son üç ayda hastaneye yatırıldıkları, %24'ünün evde öldüğü gösterilmiştir (5). Bu da palyatif tedavinin önemini göstermektedir. Bu yazıda, terminal dönemdeki opere subdural efüzyonlu hastanın bakımı, hasta yakını ve hekimle ilgili yönleri palyatif bakımın önemi gözden geçirilerek yaşam sonu bakım ile ilgili farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Olgu:

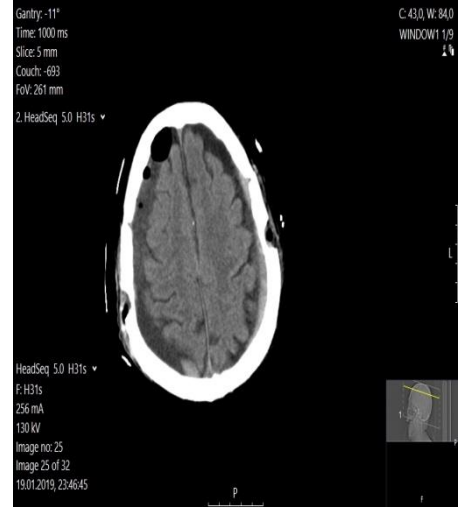
88 yaş erkek hasta düşme sonrası travmatik SAK nedeniyle devlet hastanesi yoğun bakımda takip ediliyor. Genel durumu toparayan hasta taburcu ediliyor. 2 hafta sonra bilinç bulanıklığı olması üzerine acil servise getirilen hastanın öz geçmişinde; hipertansiyon , koroner arter hastalığı, benign prostat hipertrofisi mevcut, muayenesinde GKS: 9 ve beyin tomografilerinde cerrahi gerektiren bileteral kr subdural efüzyon olması üzerine hasta acil cerrahiye alındı (Resim 1). Bilateral 2'şer adet burrhole ile efüzyon boşaltıldı (Resim 2). Post op GKS 13 seviyesine kadar yükseldi. Takiplerinde atrial fibrilasyon ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme oldu. Hasta postop ilgili bölümlere konsülte edildi. GKS değişmemesi üzerine hasta yakınları ile hastanın bakım hastası olduğu terminal döneme girdiği ve bu süreç içerisinde palyatif bakım ünitesinde destek tedavisi almasının daha uygun olacağı anlatıldı. Hasta Devlet Hastanesi palyatif bölümü ile kordine edilerek detaylı epikriz raporu ile birlikte transportu sağlandı. Bir hafta süre sonra hastanın GKS düşmesi üzerine hasta tekrar kliniğimiz yoğun bakımda takibe alındı. Kontrol tomografisinde özellik olmayan hastanın böbrek fonksiyonlarının bozuk olduğu görüldü ve nefroloji konsülte edildi (Resim3).Hasta stabilleşmesi üzerine hasta yakınlarına hastanın son döneme girdiği destek tedavisi haricinde bir şey yapılamıyacağı anlatıldı ve tekrar Devlet Hastanesi palyatif bölümüne yönlendirildi.

RESİM 1 Preop Beyin tomografisi

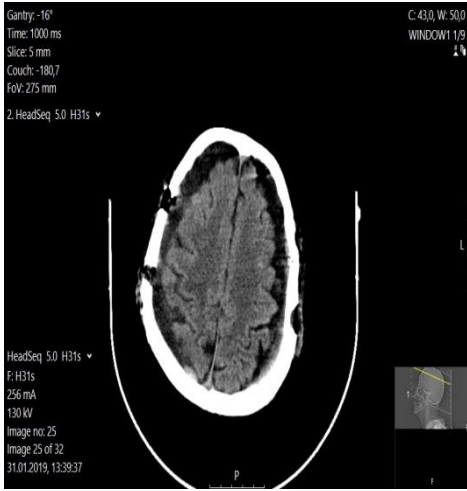
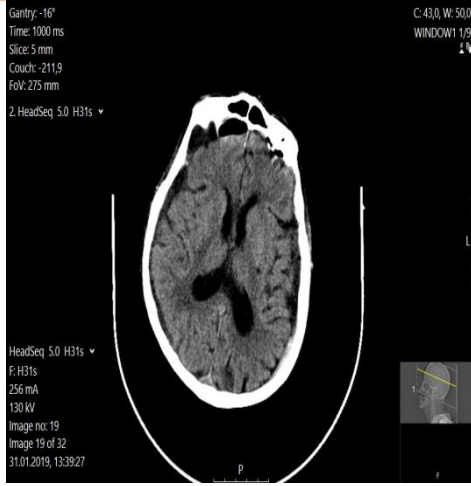


PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

RESİM 2 Postop Beyin tomografisi



RESİM 3 Geç Postop Beyin tomografisi



TARTIŞMA

65 yaş üstü subdural efüzyonu olan hastalar cerrahi teknik basit olmasına karşın ek hastalıkların olmasından dolayı mortalitesi yüksektir (1). Bizim olgumuzda literatür ile paralellik göstermektedir. Palyatif bakımın amacı, hastanın ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Bu hastalarda cerrahi ile birlikte kronik hastalıklarla mücadele, hastanın destek tedavisi, hemşire eğitimi ve hasta yakınlarının sürece hazırlanması hayati öneme sahiptir. Palyatif bakım; önceleri tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımken, günümüzde yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren tedavi edici yaklaşımlarla birlikte ek olarak gündeme gelmesi gerektiği görüşü hakimdir (6). Olgumuzda destekler niteliktedir.

SONUÇ

Sağlık biliminde gelişmeler tüm hastalıklarda yaşam sürelerinde artışa yol açmıştır. Ancak ileri yaş multiple problemler nedeniyle hastaların palyatif bakım gereksinimi artmıştır. Palyatif bakımda konforunun artırılması önemlidir. Bu nedenle palyatif bakıma gönderilecek hastanın kronik hastalıklarının tanısı, tedavi ön planı detaylı epikriz ve hasta yakınlarının

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

uygun şekilde bilgilendirilmesi hayati önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak palyatif bakım, terminal dönem hastalar için yaşam kalitesini arttıran ve maliyetli yaklaşımdır. Amerika'da ve Avrupa'da oldukça yaygın olan terminal dönem bakım, İngiltere'de palyatif bakım uzmanlığı, Amerika'da hospis ve palyatif tıp ihtisas dalı olarak onaylanmıştır. Ülkemizde de bu tür uzmanlık dalları desteklenmeli , buna ek olarak hemşireler ve hasta bakıcılar eğitilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1-ko BS, lee Jk, Seo Br, Moon SJ, kim JH, kim SH. Clinical analysis of risk factors related to recurrent chronic subdural hematoma. J Korean Neurosurg Soc 2008;43:11-5.
2. Ducruet aF, Grobelny BT, zacharia BE, Hickman zl, Derosa Pl, anderson K, et al. The surgical management of chronic subdural hematoma. Neurosurg Rev 2012;35:155-69.
- 3.Zısook S, Zısook SA. Ölüm, ölmek ve yas: In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007: 2367- 2392.
- 4.Peykerli, G. Ölümçül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4 Özel ek): 62-65.
- 5.Nieder C, Tollâli T, Norum J, Pawinski A, Bremnes RM. A population-based study of the pattern of terminal care and hospital death in patients with non-small cell lung cancer. Anticancer Res 2012; 32 (1): 189-94.
6. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim tarihi; 27.09.2013)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-111 AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERİN GERİATRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

GERIATRIC EVALUATION OF ELDERLY INDIVIDUALS APPLIED TO THE FAMILY HEALTH CENTER

Mehtap SÖNMEZ¹, Kevser IŞIK¹

1. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş/Türkiye

Özet

Amaç: Araştırma Aile Sağlığı merkezine kayıtlı olan 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin geriatrik değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan araştırmaya 155 yaşlı birey dahil edildi. Veri toplama aracı olarak sistem değerlendirmesi, Visual analog skala, Braden skalası ve Glaskow koma skalası kullanıldı. Veriler SPSS 25.0 paket programında değerlendirildi ve analizde sayı, yüzde, ortalama kullanıldı.

Bulgular: Araştırma katılan yaşlı bireylerin çoğunluğunun kadın, boy ortalaması 157.65±2.52, kilo ortalamalarının ise 76.18±1.23 olduğu belirlendi. Katılımcıların çoğunluğunun genel vücut değerlendirmesinde problemler yaşadığı, basınç ülseri riskinin düşük olduğu ve bilinç düzeyinin iyi olduğu saptandı. Yaşlıların %35.5'inin orta derecede ağrı hissettiği saptandı.

Sonuç ve Öneri: Araştırmaya katılanların çoğunluğunun sistemsel sorunlar yaşadığı, ağrı düzeyinin orta şiddette olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin geriatrik değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sayede var olan sorunlara multidisipliner yaklaşımla bütüncül bakım sağlanabilmektedir. Aile sağlığı merkezine gelen her yaşlının geriatrik değerlendirilmesi neticesinde yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, yaşlı, geriatrik değerlendirme

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate geriatric patients older than 65 years old who were registered to Family Health Center.

Methods: A cross-sectional descriptive study included 155 elderly individuals. System evaluation, Visual analog scale, Braden scale and Glaskow coma scale were used as data

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

collection tools. Data were evaluated in SPSS 25.0 package program and number, percentage, average were used in the analysis.

Results: The majority of the participants were female, mean height was 157.65 ± 2.52 and weight average was 76.18 ± 1.23 . It was found that the majority of the participants had problems in general body evaluation, low risk of pressure ulcer and good consciousness. 35.5% of the elderly experienced moderate pain.

Conclusion and Recommendation: It was found that the majority of the participants had systemic problems and the pain level was moderate. Geriatric evaluation of elderly individuals is of great importance. In this way, multidisciplinary approach to existing problems can be provided holistic care. It is thought that the quality of life will increase as a result of geriatric evaluation of every elderly person coming to the family health center.

Key Word: Family health center, elderly, geriatric evaluation

GİRİŞ

Yaşlanma bireyin değişen sosyal çevreye uyum sağlama gücünü azaltan, sosyo-psikolojik faktörlerin fiziksel değişimleri hızlandırıp yavaşlatabildiği, her insanda farklı oranda meydana gelen kronolojik, biyolojik ve fonksiyonel bir süreçtir (1,2). Dünya’da ve ülkemizde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler demografik değişimlerinde oluşumuna neden olmuştur. Hastalıkların erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, doğurganlık hızının ve bebek ölümlerinin azalması sonucu yaşlı nüfus oranı artış göstermiştir (3). Dünya Bankası verilerine göre; 2017 yılında dünya nüfusunun % 8,9’unu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Nüfusun yaş yapısının önemli bir göstergesi de ortanca yaştır. Ülkemizde 2018 yılında 32 olan ortanca yaşın, 2023’te 33.5, 2040’da 38.5, 2080 yılında ise 45 olması beklenmektedir. 65 yaş ve üstü nüfus oranı ise 2018 yılında %8,7 iken bu oranın 2023’te %10,2, 2040’da %16,3, 2080’de %25,6 olacağı öngörülmektedir (1, 4).

Yaşlı bireyin değerlendirilmesi farklı bakış açısı gerektirmektedir. Kapsamlı geriatric değerlendirme ile yaşlının uygun ve doğru değerlendirilmesi, problemlerin tanımlanması, koruyucu ve tedavi edici rehabilitasyon uygulamaları mümkün olmaktadır (2). Geriatric değerlendirme bileşenlerini; medikal değerlendirme (hastalıklar, ilaçlar, belenme, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans), zihinsel değerlendirme, fiziksel değerlendirme (fonksiyonel durum, denge ve yürüyüş, düşme), çevresel değerlendirmeyi kapsar (5).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Araştırma Aile Sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı olan 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin geriatrik değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini Kahramanmaraş il merkezinde bulunan 34 Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş üzeri bireyler oluşturdu. Örneklemi ise araştırmanın yapıldığı Mart 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 155 yaşlı birey oluşturdu. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanmış yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini ve genel sağlık durumlarını içeren bilgi formları aracılığıyla toplandı. Genel sağlık durumları için; Sistem değerlendirmesi, Ağrı düzeyini değerlendirmede Vizuel analog skala, Basınç ülseri riskini değerlendirmek için Braden skalası, Bilinç düzeyi değerlendirmesi için Glasgow koma skalası kullanıldı.

Sistem değerlendirmesi: Yaşlıların deri ve baş, göz, kulak, ağız ve boğaz, solunum sistemi, kalp damar sistemi, genital sistem vs. genel vücut değerlendirmesini içeren toplamda 12 sorudan oluşmaktadır.

Vizuel Analog Skala (VAS): Hastaların ağrı düzeyini değerlendirmek için kullanılan skala 0 ile 10 arasında değişen rakamsal ifadelerden oluşmaktadır. Sıfır (0) ağrının olmadığını, 10 ise şiddetli ağrıyı ifade etmektedir (Ağrı skalası)..

Braden Skalası: Braden ve Bergstorm tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Uyarının algılanması, nem, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme-yırtılma olmak üzere 6 alt boyut içermektedir. Ölçek toplam puanı 6-23 arasındadır. Ölçekten alınan puanlar azaldıkça basınç yarası gelişme riski artmaktadır (Braden ölçeği).

Glasgow Koma Skalası (GKS): Hastanın bilinç durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır. Göz açma, sözel ve motor yanıt olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Puanlar 3 ile 15 arasında değişmektedir. 3 puan koma halini, 15 puan ise bilinçli durumu ifade etmektedir (Glaskow ölçeği).

Veriler SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı yüzde, ortalama kullanıldı.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların %60' ı kadındır. Boy ortalaması 157.65±2.52, kilo ortalamaları ise 76.18±1.23' tür.

Yaşlıların genel vücut değerlendirmeleri tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Yaşlıların Genel Vücut Değerlendirmelerinin Dağılımı

Değerlendirilen Bölgeler	Sorun Var		Sorun Yok	
	n	%	n	%
Deri ve Baş	11 5	74. 2	40 8	25.
Gözler	12 8	82. 6	27 4	17.
Kulaklar	84	54. 2	71 8	45.
Burun	41	26. 5	11 4	73. 5
Ağız ve boğaz	14 9	96. 1	5	3.2
Solunum sistemi	90	58. 1	65 9	41.
Kalp-damar sistemi	63	40. 6	92 4	59.
Gastrointestinal sistem	87	56. 1	68 9	43.
Üriner sistem	49	31. 6	10 6	68. 4
Genital sistem*	24	15. 5	26 8	16.
Kas-iskelet Sistemi	11 5	74. 2	40 8	25.
Nörolojik sistem	63	40. 6	92 4	59.

*Muayene olmayan ve değerlendirilemeyenler vardır.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Ağrı Düzeylerinin Dağılımı

Ağrı Değerlendirme	n	%
Yok	5 2	33.5
Hafif	4 1	26.5
Orta derece	5 5	35.5
Şiddetli	7	4.5

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Toplam	1	100.0
	55	

Araştırmaya katılan yaşlıların ağrı değerlendirmeleri tablo 2’ de gösterilmiştir. Yaşlıların 33.5’ inde ağrının olmadığı, %35.5’ inde ise orta şiddette ağrı olduğu saptandı.

Tablo 3. Yaşlıların Basınç Ülseri Riskinin Braden Skalası ile Değerlendirilmesi

Braden Skalası	n	%
Duyu		
Çok sınırlı	6	3.9
Hafif sınırlı	52	33.5
Bozulma Yok	97	62.6
Nem		
Sürekli nemli	2	1.3
Çok nemli	8	5.2
Ara sıra nemli	77	49.7
Nadiren nemli	68	43.9
Aktivite		
Sandalye	2	1.3
Ara sıra yürüyor	76	49.0
Sıkı sık yürüyor	77	49.7
Hareketlilik		
İmmobil	2	1.3
Çok sınırlı	6	3.9
Hafif sınırlı	64	41.3
Sınırlama yok	83	53.5
Beslenme		
Yetersiz	15	9.7
Yeterli	109	70.3
Çok iyi	31	20.0
Sürtünme		
Problem var	3	1.9
Olası problem	22	14.2
Problem yok	130	83.9
Toplam	155	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların basınç ülseri riski değerlendirmeleri Braden skalası ile yapılmış veriler Tablo 3’ te gösterilmiştir. Yaşlıların basınç ülseri risk değerlendirmelerine bakıldığında %62.9’ un da duyu da bozulma yok iken cilt nemliliği değerlendirmesinde 10 kişinin sürekli ve çok nemli olduğu, %49’ unun ara sıra yürüdüğü, %41.3’ ünün aktivitelerde hafif sınırlı olduğu %9.7’ sinin beslenmesinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. İlaveten %83.9’ unda basınç ülseri riski teşkil edecek sürtünmenin olmadığı belirlenmiş, yaşlıların 1.9’ unda

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

ise sürtünmenin problem olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Skala toplam puan değerlendirmelerine bakıldığında orta riskli olan iki kişi varken diğerlerinde risk düzeyi düşük olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen yaşlıların Braden skala ölçeği toplam puan ortalamaları 19.82 ± 1.8 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Yaşlıların Bilinç Düzeylerinin Glaskow Koma Skalası ile Değerlendirilmesi

Glasgow Skalası	n	%
Göz Açma		
Konuşmaya yanıt olarak	6	3.9
Kendiliğinden	149	96.1
Motor Yanıt		
Geri çekme	2	1.3
Lokalize edici	6	3.9
İstemli	146	94.8
Sözel Yanıt		
Uygun olmayan yanıt	2	1.4
Dağınık konfüze yanıt	17	11.0
Oryante yanıt	135	87.6

Araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin bilinç düzeyi değerlendirmeleri tablo 4'te gösterilmiştir. Bilinç düzeylerine göre yaşlıların %3.9' u uyarılara karşı göz açma tepkisini verirken, motor yanıt düzeyinde %94.8' inin istemli olduğu saptandı. %87.6' ının sözel olarak oryante oldukları, %11' inin dağınık konfüze ve %1.4' ünün ise uygun olmayan yanıt verdiği, Glaskow koma skalası toplam puan ortalamasının ise 14.79 ± 0.72 olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların sistem değerlendirmesinde deri ve baş, göz, kulak, ağız ve boğaz, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, kas iskelet sistemi yönünden problemlerin olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yaşlılıkla birlikte görme keskinliğinde azalma, işitme kaybı, kemik ve kas kütlesinde azalma, kemik yoğunluğunda azalma, kalbin boyutlarında küçülme, sol ventrikül duvarı ve kalp kapakçıklarında kalınlaşma, kardiyak out-putta azalma, tüm organlara kan akımında azalma, etkin solunum yapabilme yeteneğinde bozulmalar yaşanmaktadır (6). Bu nedenle yaşlı bireylerin kapsamlı geriatrik değerlendirmesi büyük önem taşımaktadır.

Yaşlı bireylerin %35.5'inde orta derecede ağrı olduğu bulundu (Tablo 2). Çetin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin ağrılarının olduğu ve en fazla alt ekstremitte ağrısı (%47.1) ve bel ağrısı (%46.1) yaşadıkları saptanmıştır (7).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Araştırmada yaşlıların basınç ülseri riskinin düşük olduğu ve duyuda %62.6'sında bozulma olmadığı, %49.7'sinin ara sıra nemli, %49'unun ara sıra yürüdüğü, %53.5'inin hareketinde sınırlama olmadığı, %70.3'inin beslenmesinin yeterli olduğu, %83.9'unun sürtünmede problem olmadığı saptandı (Tablo 3). Esin Gencer ve Özkan tarafından yapılan basınç ülserleri sürveyans raporunda 65 yaş üstü bireylerde %43,6 oranında basınç ülseri görüldüğü belirlenmiştir (8). Araştırmada yaşlı bireylerin bilinç durumlarının iyi olduğu saptandı (Tablo 4).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda yaşlıların çoğunluğunun kadın olduğu, sistem değerlendirmesinde birçok sisteme özgü problemler yaşadığı, ağrı düzeylerinin orta derecede, basınç ülseri risklerinin düşük ve bilinç düzeylerinin iyi olduğu belirlendi. Bu veriler ışığında yaşlı bireylerin kapsamlı geriatrik değerlendirmelerinin yapılmasının önemli olduğu, yaşlıların daha sağlıklı olmaları ve yaşam kalitelerinin yükselmesi için gerekli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Buz S, Koçak YE, Gözen Ö. Türkiye'de Yaşlılara Sunulan Hizmetlerin Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi: Ankara Örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 2018; 6: 388-410
2. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı; 1. Baskı, Türkiye, Akademisyen Kitapevi 2014.
3. Kumtepe H. Yaşlı Nüfusunun (65 +) İl Ve Bölge Yerleşim Yerlerinin Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (Adnks) Verilerine Göre Dağılımları Ve Oranları İle Demografik Değerlendirilmesi. Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı 2018.
4. [Http://Www.Tuik.Gov.Tr](http://www.tuik.gov.tr), Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080
5. Savaş S, Akççek F. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010;49: 19-30.
6. Savcı A., Bilik Ö. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2014; 7: 156-163.
7. Çetin Y, Yağcı N, Şahin NY. Kronik Kas-İskelet Ağrısı Olan Yaşlılarda Kognitif Düzeyin Ağrı Algısına Etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 8: 71-78.
8. Gencer ZE, Özkan Ö. Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2015;13: 26-30.

S-113 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NURSES' ATTITUDES RELATED TO PRINCIPLES ABOUT DYING WITH DIGNITY AND AFFECTING FACTORS

Hakime Aslan¹ Mehmet Dünder²

1 Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

2 Yüksek Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

Özet

Amaç: Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırma, Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşireleri ile yürütüldü. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini yoğun bakımda çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 172 hemşire örnekleme dahil edildi. Veriler Bilgi Formu ve “Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 23.0 paket programında yüzdeler, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.0±5.3'tür. Hemşirelerin %54.7'si kadın, %59.3'ü evli, %84.3'ü lisans eğitim düzeyinde, %48.8'inin meslekte çalışma deneyimi 5-10 yıl arasında değişmekte ve %21.5'i dahili yoğun bakımda çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.9'unun yoğun bakım dışında bir serviste çalışmak istedikleri, %58.7'sinin hasta bakımında gönüllü olmadıkları, %95'inin çalışma süresinde ölüm ile karşılaştığı ve %40.7'si ölüm ile hastalarının acılarının son bulunduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %35.5'inin hasta ölümü karşısında başarısızlık hissettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden 44.7±6.9 puan aldıkları saptanmıştır. Yaş ile saygın ölüm ilkeleri ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışılan birim, yoğun bakım dışında çalışmak isteme, bakımda gönüllülük gibi değişkenler ile saygın ölüm ilkeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.05) saptanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve çeşitli demografik değişkenlerin saygın ölüm ilkeleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Yoğun bakım, Saygın Ölüm,

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the attitudes of nurses towards respectable principles of death and the factors affecting them.

Methods: The research was conducted between June and July 2019 with intensive care nurses working at Inonu University Turgut Ozal Medical Center Hospital. Nurses working in intensive care created the universe. There was no selection of samples, and 172 nurses who agreed to participate in the study and met the research criteria were included in the sampling. The data were obtained by using the Information Form and “Assessment Scale of Attitudes towards Principles about Dying with Dignity”. Data were analyzed using SPSS 23.0 software, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U and Kruskal-Wallis H tests.

Results: The average age of the nurses surveyed was 31.0 ± 5.3 . 54.7% of nurses were women, 59.3% were married, 84.3% were on undergraduate education level, 48.8% had work experience in the profession ranging from 5-10 years, and 21.5% worked in internal intensive care. 66.9% of nurses involved in the study wanted to work in a service other than intensive care, 58.7% did not volunteer in patient care, 95% of patients faced death during the study period and 40.7% of patients suffered with death expressed an end. It was found that 35.5% of nurses felt failure in the face of patient death. The nurses received a score of 44.7 ± 6.9 from the Assessment Scale for their attitudes to respectable principles of death. It has been found that there is a negatively significant relationship between age and the respectable scale of death principles. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) between various variables such as gender, education level, unit studied, desire to work outside of intensive care, volunteering in care and respectable death principles.

Conclusion: It was determined that nurses' attitudes towards principles about dying with dignity, were middle and various demographic variables had an effect on respectable death principles.

Key words: Nursing, Intensive Care, Dying with dignity

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (1). Hemşireler, yoğun bakım ünitelerinde yaşamı tehdit altında olan hastalara bakım sağlamak ve ölüm olgusu ile sık sık karşılaşabilmektedirler. Hekim ve hemşireler yoğun bakım ünitelerinde uygulanan yaşam sonu bakım ile hastalara saygıdeğer bir ölüm ortamı ve kaliteli bir ölüm sağlayabilirler (2). Saygın ölüm; temel bir insan hakkı, öznel bir deneyim, başkaları tarafından etkilenen bir değer ve hastalığın seyri üzerinde değişen dinamik bir kavramdır şeklinde tanımlanmaktadır (3). Saygın ölümü sağlamada semptomların, invaziv işlemlerin azaltılması, özgürlüğü ve otonomiye koruma, saygı görme, mahremiyeti koruma, aile isteklerini dikkate alma, değer verilen kişilerle anlamlı bir iletişimi sürdürme, güvenli bir ortamda, kültürel ve etik standartlara uygun, huzurlu ve saygın bir bakım alma özelliklerini içinde barındırır (3, 4). Saygın ölümden amaç kişinin gereksiz stres yaşamamasını engellemek, ağrılarını ve acılarını azaltmak, travmatik tedavi müdahalelerine maruz bırakmamak kendini değerli hissetmesini sağlamaktır. Yaşamın son anlarında sevdikleri ile birlikte olabilmesi, onlarla vedalaşma fırsatı bulabilmesidir (5). Bu şekilde kişinin yaşam sonundaki ölümünün daha saygın onurlu, ağrısız, acısız ve huzurlu olması hedeflenmektedir(6). Ancak hemşirelerin saygın ölümü sağlamada zaman kısıtlılığı, hemşire sayısının yetersizliği, hasta ailelerin gerçekçi olmayan beklentileri ve iletişim engelleri gibi nedenlerden dolayı zorluklar yaşayabilmektedirler (7). Ülkemizde saygın ölüm kavramı literatüre yeni yeni girmeye başlamış bu alanda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Yapılan araştırmalarda sağlık profesyonellerinin ölüm, ötenazi, yaşam sonu bakım ve ölüm kaygısı gibi kavramların incelendiği çalışmalar bulunsa da, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları üzerine yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışma ile yoğun bakım hemşirelerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın örneklemini Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, araştırmanın yapıldığı süre içinde izinli veya raporlu olan (35),

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler örneklem dışında bırakılmıştır. Araştırma kapsamına, en az 3 aydır yoğun bakımda çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 172 hemşire alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış hemşirelere ait kişisel bilgi formu ve “Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı yoğun bakımlara giderek, hemşire odasında araştırma hakkında gerekli açıklamayı yaptıktan sonra anketleri hemşirelere dağıtmış ve cevaplamaları için gerekli süreyi vermiştir.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Duyan tarafından 2014 yılında geliştirilmiş beşli likert tipte bir ölçektir ve ölçekten alınan puanlar 12-60 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek, düşük puanlar da ilkeleri benimseme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır (8).

Veriler SPSS 23.0 paket programında yüzdeler, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak değerlendirildi

610

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.0 ± 5.3 'tür. Hemşirelerin %54.7'si kadın, %59.3'ü evli, %84.3'ü lisans eğitim düzeyinde, %48.8'inin meslekte çalışma deneyimi 5-10 yıl arasında değişmekte ve %21.5'i dahili yoğun bakımda çalışmaktadır. Yaş ile saygın ölüm ilkeleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde Saygın Ölüm İlkelerini İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir fark görülmezken; cinsiyet ve eğitim, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birim değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (S=172)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	Yüzde	X±SD	Test ve Anlamlılık
Yaş	X±SD	31.0±5.3		r: -.160* p<0.05
Cinsiyet				

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Kadın	94	54,7	45.5±4.5	t=-1.125
Erkek	78	45,3	48.2±3.8	p=0.001*
Medeni durum				
Evli	102	59,3	47.4±7.1	t=.259
Bekar	70	40,7	46.7±5.5	p=0.312
Eğitim seviyesi				
Meslek Lisesi	9	6,5	46.8±6.3	
Ön lisans	18	10,2	49.1±5.6	KW=2.162
Lisans ve üzeri	145	84,3	52.5±4.3	p=0.021*
Meslekte çalışma süresi				
0-5 yıl	35	20,1	47.8±7.4	
5-10 yıl	84	48,8	48.1±5.9	KW:4.444
11-17 yıl	32	19,1	49.9±5.4	p=0.041*
18 yıl ve üzeri	21	12,0	52.7±6.0	
Çalışılan birim				
Dahili yoğun bakım	37	21,5	49.0±5.8	
Cerrahi yoğun bakım	68	39,5	46.7±5.8	KW:19.19
Çocuk yoğun bakım	46	26,8	44.0±7.5	p=0.001*
Reanimasyon yoğun bakım	21	12,2	40.6±4.4	

Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.9'unun yoğun bakım dışında bir serviste çalışmak istedikleri, %58.7'sinin hasta bakımında gönüllü olmadıkları, %95'inin çalışma süresinde ölüm ile karşılaştığı ve %40.7'si ölüm ile hastalarının acılarının son bulduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %52,3'ünün hasta ölümü karşısında en çok öfke hissettikleri saptanmıştır. Saygın ölüm kavramı hakkında bilgi sahibi olanların oranının düşük (%29,4) olduğu görülmüştür. Yoğun bakımda çalışmayı isteme, bakımda gönüllük, saygın ölüm kavramı hakkında bilgi sahibi olma değişkenleri ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma ile ilgili özellikleri (S:172)

Değişkenler	Sayı	Yüzde	X±SD	Test ve Anlamlılık
Yoğun bakımda çalışmayı isteme durumu				
Evet istiyorum	57	33,1	49.1±5.9	t=-2.447
Hayır başka serviste çalışmak istiyorum	115	66,9	46.0±6.2	p=0.016*
Yoğun bakımdaki hastanın bakımında gönüllük				
Evet	47	27,3	50.1±3.8	KW=9.233

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hayır	101	58,7	45.1±6.7	p=0.014*
Kararsızım	24	14,0	48.1±6.1	
Bakım verilen hastanın ölümü ile karşılaşma durumu				
Evet	163	95,0	49.2±4.3	t=-.426
Hayır	9	5,0	47.9±3.9	p=0.063
Saygın ölüm kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu				
	51	29.4	49.9±6.7	t=-.754
	121	70.6	47.8±5.5	p=0.032*
Hastanızın ölümü karşısında hissedilen duygu				
Doğal karşıladım ve yaşamın bir gerçeği olduğunu düşündüm	64	37,2	48.8±5.6	KW=3.924 p=0.329
Acıların sona erdiğini düşündüm	70	40,7	47.2±6.9	
Ağladım ve çok üzüldüm	13	7,6	46.8±5.1	
Korktum	15	8,7	47.8±6.2	
Hiçbir şey hissetmedim	10	5,8	42.8±5.1	
Hastanın ölümü karşısında hissedilen duygular*				
Suçluluk	50	29,3		
Başarısızlık	61	35,5		
Öfke	89	52,3		
Anksiyete	30	17,2		
Çaresizlik	38	22,2		
Keder/üzüntü	33	19,2		
Korku	26	15,2		

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeğinden 44.7±6.9 puan aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin Saygın ölüm ilkelerinden en yüksek puanı “Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek isterim.” ilkesinden aldığı, en düşük puanı ise “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve beni neyin beklediğini anlamak isterim.” ilkesinden aldığı görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin saygın ölüm ilkelerine ilişki tutumları değerlendirilmiş, çeşitli değişkenler ile saygın ölüm ilkeleri arasındaki farka bakılmıştır. Araştırma sonucuna göre yaş ile saygın ölüm ilkeleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Dağ ve Badır yaptıkları araştırmada hemşirelerin yaş grupları ile saygın ölüm ilkeleri arasında anlamlı bir fark bulamamış, ancak hekimlerde yaşın anlamlı bir farklılık yarattığını yaş arttıkça saygın ölüm ilkeleri değerlendirme ölçeğinden alınan puanın arttığı saptanmıştır (9). Bu araştırmada yaş ile saygın ölüm ilkeleri arasındaki negatif ilişkinin yeni

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

mezun, yaşam sonu bakım konusunda bilgi sahibi olmaları nedeniyle artabileceği düşünülmektedir. Araştırmada cinsiyet ile saygın ölüm ilkeleri arasındaki farkın anlamlı olduğu ve erkeklerin ölçekten daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Eğitim seviyesi ile saygın ölüm ilkeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça alınan puanın yükseldiği görülmüştür. Ancak Dağ ve Badır'ın yaptıkları araştırmada hemşirelerin, farklı eğitim seviyeleri arasında saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (9). Lisans eğitimi sırasında hemşirelere verilen yaşam sonu bakım, terminal dönemde hastaya yaklaşım ve uygulamalar gibi konulara ağırlık verilmesi bu farklılığı yaratmış olabilir. Literatürde hemşirelerin çeşitli demografik özellikleri ile saygın ölüm ilkelerini karşılaştıran farklı çalışmaya rastlanmamıştır.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonucunda saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi üzerinde; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, mesleki deneyim, çalışılan birimin önemli olduğu bulunmuştur. Ayrıca yoğun bakımda çalışmayı isteme, bakımda gönüllülük ve saygın ölüm kavramı hakkında bilgi sahibi olmanın da saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bakımın iyileştirilmesi için saygın ölüm ilkelerinin sağlık bakımı veren kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenmesi ve yaşamın son günlerinde olan hastalara saygın ölüm ilkeleri doğrultusunda bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, yaşam sonu bakım verilen birimlerde yaşam sonu bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli hekim ve hemşirelerin görevlendirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011;1:21-5.
2. Cimete G. Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
3. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end-of-life care. Palliative Medicine 2014;28:931-940.
4. Beuks B, Nijhof AC, Meertens JH, Ligtenberg J, Tulleken J, Zijlstra J. A good death. Intensive Care Med 2006;32:752-53
5. Wasserman LS. Respectful death: a model for end-of-life care. Clinical Journal of Oncology Nursing 2008;12:621-26.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

6. Eues SK. End-of-life care improving quality of life at the end of life. Professional Case Managment 2007;12:339-44.
7. Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy KE. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. Oncology Nursing Forum 2012;39:398-407.
8. Duyan, V. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care 2014; 8(1), 25-31
9. Dağ, A., Badır, A. Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi. DEUHFED 2017, 10 (4), 186-192

S-114 YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİNİN TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTAYA BAKIM VERMEYE YÖNELİK DENEYİM VE TUTUMLARI

THE EXPERIENCE AND ATTITUDES OF NURSES THAT WORK IN INTENSIVE CARE TO GIVE CARE TO THE PATIENT DURING THE TERMINAL PERIOD

Mehmet Dündar¹ Hakime Aslan²

1. Yüksek Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

2. Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

Özet

Amaç: Bu araştırma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara bakım vermeye yönelik deneyim ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Diyarbakır ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm evrene ulaşılmak hedeflenmiştir. Araştırmada toplam 156 hemşireye ulaşılmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 paket programında yapılmıştır. Veriler; frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29.06 ± 4.72 olduğu, %64.1'inin kadın, %63.5'inin lisans/lisans üstü eğitim seviyesinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %43.6'sının hasta ile iletişimde kısmen zorlandıkları, %86.5'inin hastaların duygusal destek almalarının önemli olduğunu, %50'sinin yoğun bakımda hasta ziyaretinin olması gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların ağrılarını giderme konusunda hemşirelerin %39.1'inin kendilerini kısmen yeterli gördükleri, %58.9'unun ağrıyı azaltmak için farmakolojik tedavi yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Terminal dönemdeki hastanın ölümü karşısında ne hissettiniz sorusuna hemşirelerin %51.9'u doğal karşıladım ve %28.2'sinin acılarının sona erdiğini düşündüm cevabını vermişlerdir.

Sonuç: Sonuç olarak hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara karşı tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Bu olumlu tutum hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında anahtar rol oynamaktadır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar kelimeler: Terminal dönem, yoğun bakım, hemşirelik, tutum

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the experience and attitudes of nurses working in intensive care unit to provide care to patients in terminal period.

Method: The research was descriptive. In the research, a questionnaire form which was formed by the researchers was used by scanning the literature. The population of the study consisted of nurses working in intensive care units of a university hospital in Diyarbakır. In the research, it was aimed to reach the whole universe where no sample selection was made. A total of 156 nurses were reached in the study. Data were analyzed by SPSS 23 package program. Data; frequency, percentage and mean.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 29.06 ± 4.72 , 64.1% were female and 63.5% were undergraduate / postgraduate. It was found that 43.6% of the nurses had difficulty in communicating with the patient, 86.5% stated that it was important for the patients to receive emotional support and 50% stated that they should have a patient visit in the intensive care unit. It was determined that 39.1% of the nurses considered themselves partially sufficient to relieve the pain of the patients and 58.9% of them used pharmacological treatment methods to reduce the pain. To the question of how did you feel about the terminal patient's death, 51.9% of the nurses responded naturally and 28.2% thought that their pain had ended.

Conclusion: As a result, it was determined that nurses' attitude towards patients in terminal period was positive. This positive attitude plays a key role in improving the quality of nursing care.

Key words: Terminal period, intensive care, nursing, attitude

GİRİŞ

Terminal evredeki hasta, yaşamının son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelir (1, 2). Yaşamının son anlarını geçiren hastaların bakımları esnasında fiziksel, duygusal ve spiritüel ihtiyaçlarını giderebilmek amacıyla hemşirelerin gereken bilgi, beceri ve terapötik yaklaşıma sahip olmaları gereklidir (1,3). Hemşirelerin, hasta ve ailesinin gereksinim duydukları psikososyal desteği verebilmeleri için onların duygu ve düşüncelerini anlaması ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kabul etmesi son derece önemlidir (4). Teknolojik çağ ile birlikte tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, uzayan yaşam süresi, ölüm ve ölümcül hastalıklara karşılaşma olasılığını yükseltmiştir(5). Terminal dönemdeki hastalara verilecek olan hemşirelik hizmetinin niteliğinin geliştirilmesinde, öncelikle hemşirelerin ölüme yakın olan hastalara ilişkin tutumlarının neler olduğunun değerlendirilerek, eksikliklerin giderilmesi ve bakım kalitelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Amaç: Bu araştırma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara bakım vermeye yönelik deneyim ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ve terminal dönemdeki hastalara bakım tutumlarını değerlendiren literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Diyarbakır ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm evrene ulaşılmak hedeflenmiştir. Ancak araştırmanın verilerinin toplandığı sürede izinli olan, araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırma kapsamında toplamda 156 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmada verilerin analizi SPSS 23 paket programında yapılmıştır. Veriler; frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

617

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29.06 ± 4.72 olduğu, %64.1'inin kadın, %63.5'inin lisans ve üstü eğitim seviyesinde olduğu, %57.7'sinin çalışma süresinin 5-10 yıl arasında olduğu ve %50.6'sının dahili yoğun bakımlarda çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş	29.06±4.72	
Cinsiyet		
Kadın	100	64.1
Erkek	56	35.9
Eğitim seviyesi		
Lise	22	14.1
Ön lisans	35	22.4
Lisans ve üstü	33	63.5

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Meslekte çalışma süresi		
5 yıl altı	37	23.7
5-10 yıl arası	90	57.7
11-15 yıl arası	29	18.6
Çalışılan yoğun bakım		
Dahili yoğun bakım	79	50.6
Cerrahi yoğun bakım	47	30.1
Çocuk yoğun bakım	19	12.2
Re animasyon yoğun bakım	11	7.1

Hemşirelerin 51.9'unun terminal dönemdeki hastaya gönüllü olarak bakım verdikleri, %43.6'sının hasta ile iletişimde kısmen zorlandıkları, %59.1'inin hastaya durumları hakkında bilgi vermedikleri ancak %88.5'nin hastaların kendilerini ifade etme fırsatı verdiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %86.5'inin hastaların duygusal destek almalarının önemli olduğunu, %50'sinin yoğun bakımda hasta ziyaretinin olması gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Terminal dönemdeki hastaların ağrılarını azaltmada hemşirelerin %39.1'inin kendilerini kısmen yeterli gördükleri, %58.9'unun ağrıyı azaltmada farmakolojik tedavi yöntemlerini kullandıklarını ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinden en çok oyun oynama yaptırdıkları (%37.6) saptanmıştır.

618

Bakım verdiğiniz terminal dönemdeki hastanın ölümü karşısında ne hissettiniz sorusuna hemşirelerin %51.9'u doğal karşıladım ve %28.2'sinin acılarının sona erdiğini düşündüm cevabını vermişlerdir.

Tablo 2. Hemşirelerin terminal dönemdeki hastaya bakım vermeye yönelik tutumları

	Sayı	Yüzde
Terminal dönemdeki hastaya bakım vermeyi gönüllü olarak ister misiniz?		
Evet	81	51.9
Hayır	75	48.1
Terminal dönemdeki hasta ile iletişimde zorlanıyor musunuz?		
Evet	51	32.7
Hayır	37	23.7
Kısmen	68	43.6
Terminal dönemdeki hastaya durumlara hakkında bilgi verirken dürüst davranıyor musunuz?		
Evet	26	16.6
	38	24.3

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hayır	92	59.1
Bilgi vermiyorum		
Terminal dönemdeki hastaya kendini ifade etme fırsatı verdiğinizizi düşünüyor musunuz?		
Evet	138	88.5
Hayır	18	11.5
Terminal dönemdeki hastaların yakınlarından duygusal destek almalarının önemli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	135	86.5
Hayır	21	13.5
Yoğun bakımda sizce hasta ziyareti olmalı mıdır?		
Evet ziyaret olmalı	78	50.0
Hayır ziyaret olmamalı	52	33.3
Kararsızım	26	16.7
Terminal dönemdeki hastaların ağrılarını azaltmada kendinizi yeterli görüyor musunuz?		
Evet	51	32.7
Hayır	44	28.2
Kısmen	61	39.1
Terminal dönemdeki hastanın ağrısını azaltmada kullandığınız yöntemler nelerdir?		
Farmakolojik tedavi	92	58.9
Non-farmakolojik tedavi	14	8.9
Farmakolojik ve Non-farmakolojik tedavi	50	32.2
Kullanılan non-farmakolojik yöntemler		
Oyun oynama	24	37.6
Müzik dinletme	17	26.5
Masaj	14	21.9
Hayal kurma	9	14.0
Bakım verdiğiniz hastanın ölümü ile karşılaştığınızda neler hissettiniz?		
Doğal karşıladım ve yaşamın bir gerçeği olduğunu düşündüm	81	51.9
Acıların sona erdiğini düşündüm	44	28.2
Ağladım ve çok üzüldüm	7	4.5
Korktum	12	7.7
Hiçbir şey hissetmedim	12	7.7

TARTIŞMA

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin tutumlarının değerlendirildiği bu araştırma sonuçları mevcut literatür ile tartışılmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısının terminal

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dönemdeki hastaya gönüllü olarak bakım verdikleri saptandı. Gürkan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada hemşirelik öğrencilerinin %61.3'ünün terminal dönemdeki hastalara bakım vermeyi istedikleri görülmüştür (6). Koç ve Sağlam (2008) tarafından yapılan bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım konusunda bilgi sahibi olma oranının %73.6 olduğu ve terminal dönemdeki hastaya bakım vermek isteme oranı %94.6 olarak bildirilmiştir (7). Hemşirelerin ölümcül hastalara bakım verirken en çok, hastaya yanlış bir şey söyleyerek onları "altüst" etmekten korktuklarını ifade ettikleri saptanmıştır (8). Bu araştırma sonucunda da hemşirelerin hastalar ile iletişimde zorlandıkları, durumları hakkında bilgi vermedikleri saptanmıştır. Ufema ölüm konusunda yapılacak en uygun yaklaşımın "Ne söyleyeceğimi bilemiyorum ama sizinle birlikte olmak istiyorum" demek olabileceğini belirtmiştir(9). Hastaların çoğu sizin yanınızda olmanızı ve kaygılarını paylaşmak isterler. Araştırmada hemşirelerin çoğu hastaların duygularını ifade etme fırsatı verdikleri saptanmıştır. Bu aşamada hemşirelerin iyi birer dinleyici olmaları ve hastanın hastalığı, ailesi ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını desteklemelidir. Gürkan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik bakımında fiziksel bakıma yönelik girişimlere öncelik tanıdıkları, bunun yanı sıra iletişim ve psikolojik destek girişimlerine de önem verdikleri saptanmıştır (6). Bu araştırmada da hemşirelerin %86.5'inin hastaların yakınlarından duygusal destek almalarının önemli olduğunu, yarısının yoğun bakımlarda hasta ziyareti olması gerektiğini ifade etmişlerdir. İnsanların çoğunluğu ağrı çekerek ölmekten korkarlar. Yaşamın son günlerine doğru hasta ve ailede bu korku daha da artar. Bu korku ve endişe gerçek dışı ya da temeli olmayan bir duygu değildir. İyi bir ağrı kontrolü depresyon, anksiyete, ümitsizlik ve yetersizlik çemberini kırabilir. Bunun gerçekleşmesinde hemşirenin rolü önemlidir. Bu rol ağrıyı değerlendirmeyi, ağrı kontrol yönteminin belirlenmesinde ve uygulanmasında multidisipliner ekiple çalışmayı gerektirir (10). Bu araştırmada hemşirelerin hastaların ağrılarını azaltmada kendilerini kısmen yeterli gördükleri saptanmış, ağrı giderme yöntemlerinden çoğunlukla farmakolojik teknikleri tercih ettikleri görülmüştür. Hemşirelerin ölüm karşısında ne hissettiniz sorusuna yarısından fazlasının doğal karşıladım ve yaşamın bir gerçeği olduğunu düşündüm cevabını verdikleri saptanmıştır. Koku ve Ateş'in yaptıkları araştırmada da hemşirelerin %62.8'nin ölüm olayını doğal karşıladıkları ve yaşamın bir gerçeği olduğunu düşündükleri saptanmıştır (11).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Sonuç olarak hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara karşı tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Bu olumlu tutum hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında anahtar rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. [Care of patient in terminal care]. İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2004. s.207-11
2. Nazarko L. Palliative care. In: Nazarko L. Nursing Care Homes. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2002. p.293-308.
3. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4): Özel Ek.
4. Öz, F. (2004). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj Yayınevi, Ankara
5. İnci, F., Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10:253-260.
6. Gürkan A., Babacan Gümüş A., Dodak H. (2011). Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,1.
7. Koç Z, Sağlam Z (2008) Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1):1-10
8. Yiğit, R. (1998). Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, 2 (2).
9. Trudeu, M.E. (1991). Meeting the challenge of a dying patient. Nursing 91:4247.
10. Nazarko L. Palliative care. In: Nazarko L. Nursing Care Homes. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2002. p.293-308.

S-117 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS ABOUT RATIONAL DRUG USE

Turgay KOLAÇ¹, Gülsüm YETİŞ², Perihan GÜRBÜZ³

1 İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,
E-Posta: turgay.kolac@inonu.edu.tr

2 İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,
E-Posta: gulsum.yetis@inonu.edu.tr

3 İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,
E-Posta: perihan.gurbuz@inonu.edu.tr

Özet

İlaçların akılcı olmayan şekilde kullanımı önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorunun giderilmesi için akılcı ilaç kullanımı bilincinin geliştirilmesi gerekir. Hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumları, akılcı ilaç kullanımı bilincini oluşturacak bir meslek grubu olmaları nedeniyle önemlidir.

Amaç: Tanımlayıcı türdeki bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Yaz Okuluna kayıtlı ve aktif öğrenim gören öğrenciler oluşturdu. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi, 217 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmada; araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formu kullanıldı. Veriler Temmuz 2019- Ağustos 2019 tarihleri arasında, sınıf ortamında, ders dışı saatlerde toplandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik ve kıkare analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerin %11.1'inin ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığının olduğu, %64.7'sinin daha önce ilaçlar hakkında okul müfredatından akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edindikleri tespit edildi. Öğrencilerin %46.2'si reçetesiz ilaç kullandığını, %54.7'si ilacı doktorun önerdiği süreden önce bıraktığını, %72.9'u ilacı önerildiği saatte kullandığını, %90.1'i ilacın dozunu doktora danışmadan değiştirmedeğini, %41.1'i hastalandığında iyileşmeyi bekleyip, ilerlerse doktora gitmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Reçetesiz kullanılan ilaçların; analjezik (%66.4) ve antibiyotik (%12.9) amaçlı olarak kullanıldığı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

saptandı. Ayrıca öğrencilerin; kullandıkları ilaç ile ilgili bir yan etki veya beklenmedik bir etki ile karşılaşılırsa doktora başvurdukları (%74.4) tespit edildi. Öğrenciler; akılcı ilaç kullanımında en büyük sorumluluğun hastanın kendisine (%49.8) ait olduğunu ve bilinçsiz ilaç kullanımını önlemek için, ilaçların doğru kullanımı hakkında hasta/yakınlarının doktorlar (%77.4), eczacılar (%51.6) ve hemşireler tarafından (%37.3) bilinçlendirmesi gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç: Son yıllarda akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli çalışmalar yapılmasına rağmen; Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde reçetesiz ilaç kullanım oranının yüksek olması ve doktor tarafından reçete edilen ilaçların tavsiye edildiği şekliyle kullanılmaması akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli eksikler olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Hemşirelik, Öğrenci

Abstract

Irrational use of drugs is an important health problem. To solve this problem, awareness about the rational drug use has to be developed. The knowledge and attitudes of nursing students about rational drug use are important, as they are professional groups which will constitute awareness about rational drug use.

Aim: This descriptive study was conducted to determine the knowledge and attitudes of nursing students about rational drug use.

Method: The universe of the research is formed by the Inonu University Nursing Faculty Summer School students of 2018-2019 academic year. It was aimed to reach the whole universe, 217 students formed the sample of the study. The data form prepared by the researchers was used in the research. Data were collected during the extracurricular hours in the classroom, between July 2019 and August 2019. Statistical analysis of the obtained data were performed with descriptive statistics and chi-square analysis on computer and the results were evaluated with 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Findings: It was found that 11.1% of the students had a drug usage requiring disease, and 64.7% had previously acquired information about rational drug use from the school curriculum. Of the students; 46.2% stated that they used non-prescribed drugs, 54.7% stated that they stopped to take the drugs before the time prescribed by the doctor, 72.9% stated that they used the drugs at recommended times, 90.1% stated that they did not change the dose of the drug without consulting the doctor and 41.1% stated that they expected to recover when they were ill and preferred to go to the doctor if the disease progresses. Drugs used without

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

prescriptions were obtained to be; analgesics (66.4%) and antibiotics (12.9%). In addition, students were determined to consult doctor if they encountered any side effects or unexpected effects related to the drug they used (74.4%). Students think that; the most important responsibility for rational drug use belongs to the patient himself (49.8%) and in order to prevent unconscious drug use, the patients/relatives should be informed by doctors (77.4%), pharmacists (51.6%) and nurses (37.3%) about the correct use of drugs.

Result: Although important studies have been conducted on rational drug use in recent years, the high rate of non-prescribed drug use among the students of the Faculty of Nursing and the failure to use prescribed medications as recommended by the physician shows that there are important shortcomings about rational drug use.

Key words: Rational Drug Use, Nursing, Student

GİRİŞ

Hastalıkların teşhis, tanı ve tedavilerinde kullanılan ilaçların sayıları her geçen gün artmaktadır. Bireyler hasta olduklarında yakın çevrelerinin tavsiyesi ile onlardan ilaç alıp kullanabildikleri gibi, daha önce kullandıkları ve ellerinde bulunan mevcut ilaçları da kullanabilmektedirler. İlaçların farklı fizikokimyasal özellikleri farklı canlılarda farklı etki gösterebilmektedir. Hekim önerisi dışında ilaç kullanılırsa, ilaç hastayı tedavi etmediği gibi zarar da verebilir. Hastalığın tedavisi için kullanılan ilaç hastanın iyileşmesini sağlar. Ancak ilaçların, hastalığın tedavisi yanında zararlı yan etkileri de bulunabileceği unutulmamalıdır. İlaçlar, canlıda birçok mekanizmayı etkileyebildiğinden dolayı bir hekim tarafından gerekliliği değerlendirilerek kullanılmalıdır [1].

Akılcı ilaç kullanımını (AİK) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “hastaların ilaçlarını klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları” için uyulması gereken kurallar bütünü olarak tanımlamıştır [2]. Doğru ilacın, doğru miktarda, doğru uygulama yoluyla, doğru zamanlamayla, yeterli bilgilendirme yapılarak, maliyet uygunluğuna dikkat edilerek kullanılması AİK temel ilkeleridir [3]

DSÖ'nün tahminlerine göre ilaçların %50'sinden fazlası uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, sağlanmakta veya satılmaktadır. Hastaların yarısı da ilaçları doğru şekilde kullanmamaktadır [4]. Her yıl 2 milyondan fazla kişinin yanlış ilaç kullanımına bağlı zararlar gördüğü belirtilmektedir [5].

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

AMAÇ

Sağlık çalışanları arasında yer alan hemşirelerin de ilaçlar hakkındaki tutumları toplumun akılcı ilaç kullanımına yaklaşımını önemli ölçüde etkileyecektir. Aynı zamanda toplumun bir parçası ve geleceği olan genç üniversite öğrencileri arasında yer alan hemşirelik öğrencilerinin yaklaşımları da dikkate alınmalıdır. Bu çalışma da yaz okuluna kalan hemşirelik fakültesi öğrencilerinin AİK hakkındaki tutumlarını belirleme amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Yaz Okuluna kayıtlı ve aktif öğrenim gören öğrenciler oluşturdu. Araştırmada örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler ve araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeyenler araştırmanın kapsamı dışında kalarak, araştırma 217 kişilik örneklem grubu ile tamamlandı. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından anket uygulama tekniği kullanılarak, Temmuz 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında, sınıf ortamında, ders dışı saatlerde toplandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanıldı. Öğrencilerin formları doldurma süreleri yaklaşık 15 dakika sürdü.

Kişisel Tanıtım Formu; Kişisel tanıtım formu, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, hastalık varlığı ve ilaç kullanma durumlarını, ilaç kullanımı ile ilgili genel düşünce ve tutumlarını, akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarının sorgulandığı toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik ve kıkare analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %50.2'sinin erkek, %75.8'inin ekonomik durumu orta düzeyde olduğu, %44.6'sının dördüncü sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 22.33 ± 2.30 olduğu bulundu. Öğrencilerin %30.0'ı kalp ve damar hastalıkları olmak üzere, %11.1'inin ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığının olduğu tespit edildi. Öğrencilerin %38.8'i doktor tavsiyesi olmadan, %46.2'si reçetesiz ilaç kullandığını, %54.7'si ilacı doktorun önerdiği süreden önce bıraktığını, %72.9'u ilacı önerildiği saatte kullandığını, %90.1'i ilacın dozunu doktora danışmadan değiştirmedini ifade etmişlerdir. Ayrıca

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

öğrencilerin %41.1'i hastalandığında iyileşmeyi bekleyip, ilerlerse doktora gitmeyi tercih etmektedir.

Reçetesiz kullanılan ilaçların; aneljezik amaçlı (%66.4), soğuk algınlığı (%21.7) ve boğaz ağrısına (%16.6) yönelik ve antibiyotik (%12.9) amaçlı olarak kullanıldığı tespit edildi.

Tablo 1. İlaç kullanımında genel düşünceler

	Katılıy		Kısmen		Katılmıy	
	orum	%	katılıyorum	%	orum	%
İlaçlar reçetesiz satılmamalı	59	4.6	3	0.2	1	.2
Doktora başvurmadan ilaç kullanılmamalı	65	7.5	1	9.2		.3
Sıklıkla karşılaştığımız hastalıklarda kendi başımıza ilaç alıp kullanabiliriz	8	3.3	2	4.3	09	1.9
Bazı hastalıklar için eczacıya danışarak ilaç kullanmakta bir sakınca yoktur	5	1.6	07	1.4	6	6.9
Çevremizde tecrübeli insanlardan yardım alarak ilaç kullanılabilir	7	2.7	0	3.6	35	3.7
Kullandığım ilaçların yan etkileri hakkında mutlaka bilgi edinirim	36	5.1	1	9.2	2	.7
İlaçları kullanmadan mutlaka son kullanma tarihine bakarım	69	9.7	0	4.2	3	.1
Doktorlar yeterince zaman ayırıyor fakat ilaç hakkında bilgi alamıyorum	5	1.4	3	4.3	2	4.3
Eczaneler ilaçlar hakkında yeterli bilgilendirme yapabiliyor	9	3.1	07	0.5	6	6.4

Tablo 2. İlaç ve muayene ücretleri hakkındaki düşünceler

Size göre uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Çok uygun	Uygun	Olması gerektiği gibi	Yüksek	Çok yüksek
İlaç fiyatları	5 (%2.4)	22 (%10.5)	47 (%22.5)	87 (%41.6)	48 (%23.0)

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hastane muayene ücretleri	4 (1.9)	13 (6.2)	42 (20.1)	87 (41.6)	63 (30.1)
---------------------------	------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Tablo 3. Akılcı ilaç kullanımını sağlamak için öneriler

Bilinçsiz ilaç tüketimini önlemek için		
Televizyon programları ilaç kullanımı hakkında doğru bilgilendirme yapmalı	06	8.8
İlaçların doğru kullanımı hakkında doktorlar hastaları/ yakınlarını bilinçlendirmeli	68	7.4
İlaçların doğru kullanımı hakkında eczacılar hastaları/ yakınlarını bilinçlendirmeli	12	1.6
İlaçların doğru kullanımı hakkında hemşireler hastaları/ yakınlarını bilinçlendirmeli	1	7.3
İlaçların kullanımı hakkında internet üzerinden hastalar/ yakınları bilinçlendirmeli		.7
İlaçların fiyatları yükseltilmeli veya ilaçlar tamamen ücretli olmalı		.1
İlaçların fiyatları düşürülmeli veya tamamen ilaçlar devlet tarafından karşılanmalı	6	6.6

%64.7'sinin daha önce ilaçlar hakkında okul müfredatından (%41.6), %39.9'unun da akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edindikleri bulundu. Öğrenciler; akılcı ilaç kullanımında en büyük sorumluluğun öncelikle hastanın kendisine (%49.8), sonra sırasıyla doktorlara (%23) ve eczacılara (%11.5) ait olduğunu düşünmektedir.

Öğrencilerin; kullandıkları ilaç ile ilgili bir yan etki veya beklenmedik bir etki ile karşılaşırlarsa doktoruna başvurdukları (%74.4), kullanmadıkları veya son kullanma tarihi geçmiş ilaçları çöpe attıkları (%74.8) tespit edildi.

TARTIŞMA

Öğrencilerin %30.0'ı kalp ve damar hastalıkları olmak üzere, %11.1'inin ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığının olduğu tespit edildi. Yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerin %88.2'sinin herhangi bir kronik hastalığı yokken, kronik hastalığı olanların sinüzit, bronşit (%35.7) ve migren (%32.1) hastası olduğu saptanmıştır [6]. Öğrencilerin %41.1'i

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastalandığında iyileşmeyi bekleyip, ilerlerse doktora gitmeyi tercih etmesine rağmen benzer çalışmada hastalığın geçmesini beklediklerini (%3.8), eczaneye gittiklerini (%2.1) ve kendilerine bitkisel tedavi uyguladıklarını (%1.7) ifade etmişlerdir [6].

Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin %36.6'sının ilaçları ağrıyı gidermek için kullandığını ve %67.1'inin ilaç hakkındaki bilgiyi prospektüsten edindiği ifade edilmiştir [7]. bu çalışmada ise aneljezik amaçlı kullanılan reçetesiz ilaç oranı %66.4 ve %64.7'sinin daha önce ilaçlar hakkında okul müfredatından, %39.9'unun da akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edindikleri görülmüştür.

İlaçların saklanma koşulları değerlendiren bir çalışmada; % 87,9'u saklama koşullarına dikkat ettiklerini, % 8,7'si bazen dikkat ettiklerini, %3,4'ü ise dikkat etmediklerini belirtmişlerdir [8]. Bu çalışmada ise sadece buzdolabında saklanması gereken ilaçları buzdolabında saklayanlar %81.9, İlaçları güneş ışığından uzakta saklayanlar % 93.8 olarak bulunmuştur.

AİK kapsamında ilaçların çöpe atılmaması gerektiği konusuna değinilmediği fark edilmiştir. Bu çalışmada; kullanmadıkları veya son kullanma tarihi geçmiş ilaçları çöpe attıkları (%74.8) tespit edildi.

SONUÇ

Yapılan bu çalışmada öğrencilerin reçetesiz ilaç kullanımı ile akılcı ilaç kullanımı hakkında eğitim almama oranı yakın değerlerde çıkmıştır. Hemşirelik eğitimi sırasında akılcı ilaç kullanımı dersinin seçmeli olması ve her öğrencinin bu dersi alamadığı görülmüştür.

Ağrı kesici ilaçların reçetesiz kullanım oranları ile ilaç hakkında bilgi alınma oranlarının yakın çıkması, OTC (tezgah üstü ilaç) ilaç kapsamının eğitim ve bilinçli olmayla paralellik gösterdiğini doğrular niteliktedir.

Son on yılı aşkın bir süredir akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli çalışmalar yapılmasına rağmen; İlaçların çöpe atılma oranının çok yüksek olması, reçetesiz antibiyotik kullanımının %10'un üzerinde olması, sağlık uzmanları dışında görüş olarak ilaç kullanımlarının olması ve doktor tarafından reçete edilen ilaçların tavsiye edildiği şekliyle kullanılmaması hala akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli eksiklerin olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

[1] Aycan N. Sağlık Sosyolojisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Öğrenim Vakfı 2002; 17.

[2] Meli M. Akılcı ilaç kullanımı, Anestezi Dergisi, 2010; 18: 131-134.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- [3] Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. (ed) A. Akıcı, T.C Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın 2013; 93.
- [4] Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımı yaygınlaştırma faaliyetleri, Türkiye Klinikleri J Pharmacol- Special Topics, 2015; 1:19-26.
- [5] Soykut Gündoğar H, Kartal SE. Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkındaki Görüşleri, Bartın University Journal of Educational Research, 2017; 1: 25-34.
- [6] Demirci A, Şimşek I. Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanımına Yönelik Tutumları, Nwsa-Vocational Sciences, 2012; 4: 43-51.
- [7] Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İlaç Kullanma Durumlarının İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 8: 69-82.
- [8] Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Journal of Cukurova University Faculty of Medicine, 2012; 37: 1-8.

S-118 KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN KISITLILIK DURUMLARI

LIMITATION OF CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS

İbrahim Caner DİKİCİ, Medet KORKMAZ

1. Harran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Şanlıurfa/ Türkiye
2. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

Özet

Bu çalışma, Konjestif Kalp Yetersizliği (KKY) olan hastaların kısıtlılık durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Özel Sani Konukoğlu hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi kardiyoloji kliniği ve koroner yoğun bakım ünitelerinde Kasım 2017-Ağustos 2018 tarihleri arasında tedavi gören hastalar, örneklemini ise kabul kriterlerini karşılayan 102 hasta oluşturmuştur. Veriler, Sosyo-demoğrafik hasta tanıtıcı formu, Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptom Profili (CLASP) formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %54,90'ı erkek ve yaş ortalamalarının $54,76 \pm 13,35$ olduğu belirlendi. Hastaların; kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin orta olduğu, göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının ise ciddi düzeyde olduğu saptanmıştır. CLASP çoğu alt boyutu skorları arasında anlamlı ve orta veya güçlü şiddette olmak üzere negatif yönlü korelasyon olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarının kalp yetersizliği olan hastalarında semptom kontrolüne önem vermeleri, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kısıtlılık, Konjestif, Semptom, Kalp yetersizliği.

Abstract

This study was conducted as a descriptive study to investigate the limitation status of patients with congestive heart failure (CHF). The population of the study consisted of 102 patients who were treated between November 2017 and August 2018 in the cardiology clinic and coronary intensive care units of Private Sani Konukoğlu hospital and Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital, and the sample consisted of 102 patients. Data were collected by face-to-face interview technique using the socio-demographic patient identification form, Cardiovascular Restriction and Symptom Profile (CLASP) form. 54,90% of the patients were male and the mean age was 54.76 ± 13.35 . of patients; It was found that

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

they had normal level of restriction in their domestic activities and sexuality score specific to women and men, their anxiety levels were moderate, chest pain, respiratory failure, wrist swelling, fatigue and physical and social functions were severe. There was a significant and moderate or strong negative correlation between most of the CLASP subscale scores. It is recommended that health care workers should pay attention to symptom control in patients with heart failure, and that training programs and initiatives aimed at improving the quality of life should be planned.

Keywords: Congestive, Congestive, Symptom, Heart failure.

GİRİŞ

Kardiyovasküler sistemin ana görevi dokularda bulunan artık maddeleri kan aracılığıyla uzaklaştırmak, kalp ve vücudun istediği oksijeni dokulara ulaştırmaktır (Uzun, 2016; American Heart Association, AHA) Amerika Kalp Birliği 2013 Kalp Yetersizliği Kılavuzu'nda kalp yetersizliği, ventriküler dolum ya da kanın pompalanmasında yapısal ve fonksiyonel bozukluğa neden olan kompleks klinik bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Yancy ve ark., 2013).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan HAPPY çalışmasında (Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırması) 65 yaş üzeri bireylerin %10'unda kalp yetersizliği olduğu belirlenmiştir (Türk Kardiyoloji Derneği, Mayıs 2012.<http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmicalisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012>) (Erişim Tarihi: 18.06.2018).

Konjestif kalp yetersizliği, ciddi komplikasyonlara ve semptomlara neden olmakla birlikte ekonomik yükü arttırarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavide amaç sadece ömrü uzatmak değil aynı zamanda semptomları hafifleterek, fonksiyonel kısıtlılığı önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bakım ve tedavi sürecinde sadece fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesi de yeterli değildir. Bunun yanı sıra yaşam kalitesinin iyilik halinin sağlıkla ilişkisinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Özcanlı, 2012).

Kardiyak risklerin belirlenmesi için yürütülen 52 ülkede yürütülen INTERHEART çalışmasında düzensiz egzersiz yapmanın önemli risk faktörlerinden biri olduğu belirlenmiştir. Düzenli fiziksel aktivite ile kan basıncında düşme ve yükselme, fibrinolitik aktivitede artma, HDL kolesterol seviyesinde artma, endotele bağlı vazodilatasyon, LDL trigliserit seviyelerinde ve kiloda azalma olur. Konjestif Kalp Yetersizlikli hastalarda kısıtlılığı önlemenin ana hedefi temel semptomlar düzeyinde egzersiz toleransını artırmaktır (Kaya, Sarıtaş, 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hemşirelerin, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde temel sorumlulukları iyileştirme, geliştirme ve korumadır. Konjestif kalp yetersizliğinde semptomlar ve kısıtlılıklar belirlenmeli, yaşam kalitesini artırmak için de fiziksel, sosyal, medikal ve psikolojik ihtiyaçları belirlenip tedavi ve kardiyak iyileştirme sürecine gidilmelidir (Özcanlı, 2012).

Kalp yetersizliğinde ilk hedef semptomları kontrol altına almak ve ilerlemesini engellemektir. Hastada sağlıklı davranış değişikliği yoluyla kısıtlılığın azaltılması ve semptomların önlenmesi yaşam kalitesini yükseltebilir. Konjestif kalp yetersizliğinde kısıtlılık, yaşamı önemli ölçüde etkiler (Alkan, 2017; Kara, 2011).

Hemşirelerin, yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme yönelik bazı sorumlulukları vardır. Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini artırmak içinde öncelikle semptomlar ve kısıtlılıklar tespit edilmeli, her bir hastanın medikal, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları belirlenerek etkili bir tedavi ve rehabilitasyon programı uygulanmalıdır (Rich ve ark., 1997).

Bu çalışma KKY olan hastaların kısıtlılık durumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı türde olup evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi kardiyoloji kliniğinde Kasım 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında konjestif kalp yetersizliği tanısı almış yatan hastalar, örneklemini ise bilinci açık, ejeksiyon fraksiyonu 20 ‘nin altında olan ve NYHA sınıflamasında Sınıf 2 ve üstü olup araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta oluşturdu.

Hasta Tanıtım Formu

Hastaların sosyo-demografik (11 soru) ve hastalıkla ilgili özellikleri içeren (8 soru) form, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir.

Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (CLASP)

Geçerlik ve güvenilirliği Özcanlı tarafından 2012 yılında yapılan kardiyovasküler kısıtlılık ve semptomlar profili (CLASP); göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar, ev içi faaliyetleri (kadın-erkek), kaygı ve cinsellik olmak üzere 9 alt boyutu içeren otuz yedi maddelik bir ölçektir. Ölçek hem fiziksel hem de fonksiyonel boyutu değerlendirmektedir. Ölçekte, her alt boyut ayrı ayrı değerlendirilir ve her boyut 4-6 sorudan oluşur, fonksiyon bozukluğunun seviyesine göre sonuçlar “normal”, “hafif”, “orta”, “ileri” şeklinde değerlendirilmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programı kullanılarak; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler, student t testi, Kolomogorov Smirnow analizi, ki-kare, One Way ANOVA ve post hoc test olarak Least Significant Difference (LSD) analizleri yapıldı.

Araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan 28 Eylül 2017 tarihinde 06 nolu karar ile etik kurul onayı alındı. Araştırmanın yürütülmesi aşamasında ayrıca hastanelerden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma uygulamasında hastalara gerekli açıklamalar yapılarak araştırma hakkında sözlü onam alındı.

BULGULAR

Tablo 1. Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N=102).

Sosyodemografik Özellikler		n	%	Sosyodemografik Özellikler		n	%	
Yaş	< 60	21	20,6	Ev hanımı	42	41,2		
	60-70	38	37,3		Emekli	47	46,1	
	70-80	29	28,4		Meslek	Memur	1	1,0
	80 üstü	14	13,7			Serbest	8	7,8
Medeni durumu	Evli	89	87,3	Çalışma durumu	Diğer	4	3,9	
	Bekâr	13	12,7		Çalışıyorum	11	10,8	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	39	38,2	Yaşadığımız kişiler	Çalışmıyorum	91	89,2	
	Okuryazar	17	16,7		Evde yalnız	8	7,8	
	İlköğretim	28	27,5		Birlikte	Eşimle	35	34,3
	Ortaokul/lise	9	8,8		Diğer Aile Üyeleri	Eşim ve Çocuklar	41	40,2
Üniversite ve üstü	9	8,8	Diğer Aile Üyeleri	18		17,6		

Hastaların %54,9'unu erkekler oluşturmuştur. Hasta yaşları 42-95 arasında olup yaş ortalaması 68,06±10,86 olarak saptanmıştır. Hastaların %37,3'i 60-70 yaş arasındadır. Hastaların %87,3'ü evlidir. Hastaların %38,2'si okuryazar değil, 27,5'i ilkokul, mezunudur. Hastaların %41,2'si ev hanımı, %46,1'i emeklidir. Hastaların %89,2'si herhangi bir meslekte çalışmamaktadır. Hastaların %40,2'si eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamaktadır.

Hastaların tanı süreleri incelendiğinde en fazla %42,2 ile 5-9 yıl arası olduğu saptanmıştır. Hastaların KKY NYHA sınıflamasına göre %38,2'sinin Sınıf 2, %24,5'inin Sınıf 3, %37,3'ünün Sınıf 4 olduğu belirlenmiştir. Hastaların 87,3'ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalık bulunan hastaların %63,7'sinde HT, %60,8'inde DM, %11,8'inde KOAH, %9,8 inde ise KBY hastalığına rastlanmıştır. Hastaların ejeksiyon fraksiyonları incelendiğinde %55,9'u 40'ın altında, %27,5 inin 40 ile 49 arasında, %16,5 inin ise 50 den büyük olduğu saptanmıştır. Hastaların %54,9 unun hiç sigara kullanmadığı, %81,4

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ünün ise hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir Hastaların 39,2 sinin her zaman, %31,4 ünün çoğu zaman, %20,6 sının bazen, %8,8 inin ise hiçbir zaman kontrollerine düzenli bir şekilde gitmediği belirlenmiştir. Hastaların %66,7 sinin her zaman, %20,6 sının çoğu zaman, %9,8 inin bazen, %2,9 unun ise ilaçlarını hiçbir zaman düzenli bir şekilde kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastaların diyet-egzersiz programına uyumları incelendiğinde %32,4 ünün diyet programına hiçbir zaman uymadığı, %82,4 ünün egzersiz programının olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların %67,6'sında göğüs ağrısı, %89,2'sinde nefes darlığı, %96,1'inde yorgunluk, %72,5'inde ödem, %19,6'sında hızlı kilo alımı, %43,1'inde öksürük, %68,6'sında çarpıntı, %34,3'ünde ortopne görüldüğü, %46,1'inde iştahsızlık, %26,5'inde karın ağrısı, %58,8'inde ise distansiyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

CLASP ölçeği göğüs ağrısı 8.33 ± 6.63 , solunum yetersizliği 10.12 ± 4.98 , bilek şişliği 5.09 ± 4.32 , yorgunluk 7.35 ± 2.51 , fiziksel ve sosyal fonksiyon 18.01 ± 3.97 , kadınlara özgü ev içi faaliyetleri 3.61 ± 1.59 , erkeklere özgü ev içi faaliyetleri 3.79 ± 1.85 , kaygı 8.63 ± 2.57 ve cinsellik skoru 7.11 ± 3.29 olarak belirlendi.

CLASP ölçeği bilek şişliği alt boyut skoru ile yaş arasında anlamlı, negatif ve zayıf ilişki saptandı ($r=-0,245$, $p=0,013$). Hastaların yaşları arttıkça bilek şişliği skorları düşmektedir. CLASP cinsellik skoru ile yaş arasında anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişki belirlendi ($r=-0,350$, $p=0,000$). Buna göre hastaların yaşları arttıkça cinsellik skorları düşmektedir. CLASP ölçeğinin diğer alt boyut skorları ile yaş arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

CLASP ölçeği bilek şişliği alt boyut skoru ile BKI arasında anlamlı, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki saptanmış olup ($r=0,347$, $p=0,000$) hastaların BKI'i arttıkça bilek şişliği skorları düşmektedir. CLASP cinsellik skoru ile BKI arasında anlamlı, pozitif ve orta düzeyde ilişki saptandı ($r=0,258$, $p=0,009$). Buna göre ise hastaların BKI'i arttıkça cinsellik skorları düşmektedir. CLAPS ölçeğinin diğer alt boyut skorları ile BKI arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

CLASP ölçeği alt boyut skorunun hastaların cinsiyetine ve eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Göğüs ağrısı ve bilek şişliği skorlarının hastaların çalışma durumuna göre dağılımları da benzerdir ($p>0,05$). Sadece solunum yetersizliği alt boyut skorunun hastaların çalışma durumuna göre dağılımları anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=6,473$, $p=0,032$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

CLASP ölçeği alt boyut yorgunluk ($X^2=16,789$, $p=0,000$) ve ev içi faaliyetler (kadın) ($X^2=22,657$, $p=0,000$) skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Ev içi faaliyetler (kadın) skorunun eğitim durumuna göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı derece farklıdır ($X^2=16,703$, $p=0,026$). Fiziksel ve sosyal fonksiyon skorunu ($X^2=10,424$, $p=0,006$) çalışma durumuna göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı derece farklıdır. Diğer alt boyut skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$).

CLASP ölçeği alt boyut ev içi faaliyetler (erkek) ($X^2=16,505$, $p=0,000$) ve kaygı ($X^2=18,846$, $p=0,000$) skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yine ev içi faaliyetler (erkek) ($X^2=16,332$, $p=0,029$) ve kaygı ($X^2=27,919$, $p=0,000$) skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında da anlamlı fark tespit edilmiştir. Her üç skorunda çalışma durumuna göre dağılımları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (sırasıyla; $X^2=8,721$, $p=0,031$ - $X^2=10,248$, $p=0,008$ - $X^2=7,765$, $p=0,039$).

CLASP ölçeği göğüs ağrısı ($X^2=30,420$, $p=0,000$), solunum yetersizliği ($X^2=13,600$, $p=0,002$) ve bilek şişliği ($X^2=10,059$, $p=0,028$) alt boyut skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup aynı skorların birlikte yaşanan kişiler ve ejeksiyon fraksiyona göre dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

CLASP ölçeği fiziksel ve sosyal fonksiyonlar skorunun hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları ($X^2=15,806$, $p=0,036$) ve yorgunluk skorunun NYHA sınıfına göre dağılımları arasında ($X^2=34,542$, $p=0,000$) anlamlı farklılık tespit edilmiş olup diğer skorların birlikte yaşanan kişiler, NYHA sınıfı ve ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). CLASP ölçeği fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ($X^2=16823$, $p=0,004$) skorunun hastaların ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

CLASP ölçeği ev içi faaliyetler(erkek) ($X^2=16,591$, $p=0,004$) ve cinsellik ($X^2=26,638$, $p=0,000$) skorunun ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları ve kaygı skorunun hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları ($X^2=20,493$, $p=0,001$) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup diğer skorların birlikte yaşanan kişiler, NYHA sınıfı ve ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

TARTIŞMA

Konjestif kalp yetersizliği, hastaların fiziksel, zihinsel, sosyal özelliklerini ve genel yaşam kalitesini tüm yönleriyle etkiler. Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda modern tedaviler yaşam beklentisini, semptomları, fonksiyonel yetenekleri ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırmaya odaklıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçükleri de, iyileşme ve klinik karar verme sürecinde primer sonuçları değerlendirebilmek ayrıca tedavi sürecinin faydalarını takip edebilmek için kullanılmaktadır (Özcanlı, 2012).

Bu çalışmada hastaların kısıtlılık ve semptomlarının düzeyine genel olarak bakıldığında; ciddi düzeyde göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar yaşamakta oldukları saptandı. Hastaların; kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin orta derecede olduğu belirlendi.

Kalp yetersizliği olan hastalar ile CLASP ölçeği kullanılarak yürütülmüş çalışma bulunmamasından dolayı veriler tartışılmamıştır. Çalışma bulgularımızın daha sonraki çalışmalarda kullanılmak üzere önemli bir veri kaynağı olduğunu düşünmekteyiz.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada;

-Hastaların; göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ciddi düzeyde, kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu belirlendi.

-NYHA sınıfı yükseldikçe yaşam kalitesi skorları düşmekte ve kısıtlılık ve semptom skorları artmakta olup NYHA sınıfının önemli bir fonksiyonel gösterge olduğu anlaşıldı.

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

-Kalp yetersizliği olan hastaların yaşadıkları semptomların belirlenerek her birisi için ayrı bakım planlamasının yapılması,

-Kalp yetersizliği olan hastalar için yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitim programların ve girişimlerin planlanması,

-Semptomlar ve kısıtlılık düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyon ile ilişkili olarak sağlık çalışanlarının kalp yetersizliği olan hastalarda semptom kontrolüne önem vermeleri,

-Kalp yetersizliği olan kadın hastalara yönelik derinlemesine araştırmaların planlanması,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

-Hastaların fonksiyonel kapasitesinin belirlenmesi ve ifade edilmesinde NYHA sınıflamasının kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alkan, S., Nural, N. Kalp yetersizliğinde tekrarlı yatışlar önenebilir mi?, Journal Of Cardiovascular Nursing,2017; 8(16):28-34.
2. Kara, A. Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişki.2011; Yüksek lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
3. Kaya, G., Saritaş, S.Ç. Kalp yetersizliği bulunan hastalarda semptom kontrolünde egzersizin önemi. Journal of Cardiovascular Nursing,2016; 7(13):75-87.
4. Özcanlı, D. Akut koroner sendromlar sonrası kısıtlılık ve semptomların değerlendirilmesi.2012; Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Ankara.
5. Saritaş, S.Ç. Kalp yetersizliği olan hastalarda egzersizin dispne ve egzersiz üzerine etkisi.2010; Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
6. Türk Kalp Derneği. https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k05/3_tbl2.htm, Erişim Tarihi: 23.07.2018
7. Türk Kardiyoloji Derneği. <http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmi-calisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012>
8. Uzun, M. Kardiyovasküler sistem ve egzersiz. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(2):48-53.

S-119 İNMELİ HASTALARDA PALYATİF BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ

PALIATIVE CARE IN PATIENTS WITH STROKE AND THE ROLE OF NURSING

Tuğba Menekli¹, Özlem Coşkun²

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi

Özet

Giriş: İnme, tüm dünyada kanser ve kalp hastalıklarından sonra gelen en sık ölüm nedenidir. Önlemler alınmaz ve erken müdahale edilmezse kalıcı sakatlıklara yol açmaktadır. Bu nedenle hasta uzun süre immobil olarak yaşamını devam ettirme sorunu ile karşılaşmaktadır ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte sıkıntıya neden olabilecek birden fazla semptom görülmektedir.

Amaç: Bu makalede, inmeli hastalarda palyatif bakımın önemini ve semptom yönetiminde primer bakım verici olan hemşirenin rollerini açıklamak amaçlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Hastaların %95'inden fazlasının ömürlerinin sonunda ya uzun süreli olarak hastanelerde ya da bakımevlerinde 24 saat bakıma ihtiyaçları olmaktadır. Yaşam sonunda inmeli hastalar ve onlara bakım verenlerin ihtiyaçları, diğer kronik hastalıklara sahip olan bireylerden farklılık gösterebilmektedir. Hemşire, hasta ve ailesi ile iş birliği içinde yaşam sonu bakımı için bir plan yapmalı, inmenin son döneminde görülen yaygın semptomları yönetmek için hazırlıklı olmalıdır. Bu kapsamda inmeli hastalarda palyatif bakım süreci genel olarak ağrı, hareket kısıtlılığı, beslenme ve solunum problemleri, bakım verenlerin rolü ve ölüm başlıkları içinde ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: İnme, Palyatif Bakım, Hemşire

Abstract

Introduction: Stroke is the most common cause of death worldwide after cancer and heart disease. If precautions are not taken and early intervention is not achieved, it may cause permanent disability. Therefore, the patient experiences immobility for a long time and there are more than one symptoms that may cause distress as the disease progresses.

Objective: In this article, it is aimed to explain the importance of palliative care in stroke patients and the roles of nurses who are primary caregivers in symptom management.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Conclusions and Recommendations: More than 95% of patients require 24-hour care at the end of their life either in hospitals or nursing homes for a long time. At the end of life, the needs of stroke patients and their caregivers may differ from those with other chronic diseases. The nurse should make a plan for end-of-life care in collaboration with the patient and her family, and be prepared to manage the common symptoms seen during the last stroke. In this context, the process of palliative care in stroke patients is generally handled under the headings of pain, limitation of movement, nutrition and respiratory problems, the role of caregivers and death.

Key words: Stroke, Palliative Care, Nurse

GİRİŞ

İnme ani başlangıçlı, fokal nörolojik defisit ile karakterize bir klinik sendrom olarak tanımlanmaktadır. En sık görülen nörolojik hastalık olan inme, kalp hastalıkları ve kanserden sonra mortaliteye de en sık yol açan hastalıktır(1). Gelişmiş ülkelerdeki epidemiyolojik veriler, her yıl toplumların %0.2'sinin (2000/milyon) inme geçirdiğini göstermektedir. Dünya genelinde inme yıllık yaklaşık olarak 20 milyon bireyi etkilemekte ve bunların % 25'inin ölmesi inmeyi üçüncü önde gelen ölüm nedeni yapmaktadır(2).

Ayrıca yaşayan hastalarda ciddi fiziksel ve mental özürülülükler yol açmaktadır(1). İnme geçirmiş bireyler ve aileleri inmenin hem akut hem de kronik evrelerinde potansiyel olarak yaşamı değiştirecek kararlar almakla karşı karşıya kalmaktadır. Karar verme sürecine hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyimleriyle yol gösterici olması gerekmektedir. Bu süreçte palyatif bakım inme bakımının önemli bir parçasıdır(3). Hemşirelere inmeli hastalarda palyatif bakım gereksinimlerini karşılama ve semptom yönetimi konusunda ciddi sorumluluklar düşmektedir. Bu makalenin amacı inme geçirmiş hastaların palyatif bakım gereksinimlerini ve hemşirelerin semptom yönetimindeki yeri açıklanmaktadır.

Palyatif Bakım

Palyatif bakım hastalığı tedavi etmeksizin hastalık belirtilerini azaltmaya yönelik girişimlere verilen genel isimdir(4). Palyatif bakım ilk gündeme geldiğinde sadece ölüme yaklaşan hastalara verilen bakım olarak düşünülürken, daha sonraları hastanın tanı alma döneminde başlayan ve ölümünden sonra hastanın ailesi ve yakınlarına yas desteği olarak devam eden bakım olarak şekillenmiştir(5).

Palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Ayrıca bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve bireyin yaşam kalitesini arttırmayı hedefler(6).Tablo1' de palyatif bakımın temel unsurları özetlenmektedir(3).

Tablo 1. DSÖ Palyatif Bakımın Temel Unsurları

Acı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmak.
Hayatı teyit etmek ve ölmeyi normal bir süreç olarak görmek
Ölümü ne hızlandırmayı ne de ertelemeyi amaçlar.
Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirmek
Hastaların ölümüne kadar mümkün olduğunca aktif yaşamasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunmak.
Ailenin hastanın hastalığı sırasında ve kendi üzüntüsünde başa çıkmalarına yardımcı olmak için destek sağlamak.
Kayıp danışmanlığı dahil olmak üzere, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını ele almak için bir takım yaklaşımı kullanmak.
Hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilecek yaşam kalitesini artırmak.
Palyatif bakım, hastalığın erken döneminde, yaşamı uzatmaya yönelik diğer tedavilerle birlikte uygulanır

Palyatif bakım gereksinimi, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, başta kanser olmak üzere, özellikle kardiyovasküler ve respiratuar sistemi etkileyen, diğer bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların da çoğalmasıyla, küresel olarak artmıştır(5).Kronik hastalıklar içinde inme önemli bir yere sahiptir ve inmeli hastalar için palyatif bakım gereksinimi kaçınılmazdır.

İnme

İnme:Beyin kan akımının bozulması sonucu gelişen merkezi sinir sisteminin bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel işlevlerinin bozulmasıyla oluşan belirti ve bulguların hızla yerleşmesiyle tanınan klinik bir sendromdur(2).İnme iskemik ve hemorajik olmak üzere iki şekilde görülmektedir. İnmelerin dörtte üçünü kapsayan iskemik inmenin alt tipleri; emboli, küçük damar trombüsü ve büyük damar trombüsüdür. İnmelerin dörtte birini oluşturan hemorajik inmenin alt tipleri; intraserebralhemoraji ve subaraknoidhemorajidir. İskemik ve hemorajik inmeyi önlemenin etkili stratejisi hipertansiyon tedavisidir (7).

İnme yaşamın tüm alanlarını etkileyen, yüksek mortalite ve morbidite riski taşıması sebebiyle önemli bir sağlık problemidir(8).İnme, ölüme neden olmasının yanı sıra daha yüksek oranlarda sakatlıkla sonuçlanmaktadır(9).Ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradayken,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sakatlığa yol açan nedenler arasında birinci sırada yer almaktadır. İnme, toplumu etkileyen önemli bir sağlık sorunu olup erişkin yaşta engelliliğin en sık karşılaşılan nedenlerinden biridir. İnmeli bireylerin %20'si erken dönemde olmak üzere, %30'u ilk bir yıl içinde ölmekte, yaşayanların üçte biri de günlük işlevlerinde başkalarına bağımlı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmektedir. Bu oranlara bakıldığında inme en fazla sakatlığa ve bağımlılığa yol açan hastalık kategorisine girmektedir(10). Bu nedenle hem sağlık harcamaları hem de üretkenlik kayıplarına neden olarak büyük maliyetlere yol açmakta ve böylece önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır. İnmede; hareket, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitesi, algı, konuşma ve anlama kabiliyeti gibi yaşamsal fonksiyonlar etkilendiği için çok ciddi engellilik durumu ortaya çıkmaktadır(9).

İnmeli hastada engellilik sürekli hale gelmişse, birey eski günlük yaşantısına dönemiyorsa hemşire inmeli hastanın bedensel ve duyuşsal durumunu inceleyerek fiziksel, mental, sosyal ve diğer kayıpları hasta ve ailesiyle yeniden yapılandırma sürecine girmelidir(11). Hemşire, hasta merkezli bir yaklaşım sergileyerek aileyi de bakıma dahil etmeli ve onlarla iş birliği kurarak çalışmalıdır(8).

İnme hastalarını ve ailelerini önemseyen hemşire, inme palyatif bakım konusunda ortaya çıkan araştırmaların yanı sıra en iyi uygulama önerilerine aşına olmalıdır. Bu öneriler, bakım kalitesinin iyileştirilmesine, yaşam kalitesinin optimize edilmesine yardımcı olabilir ve hastaların yaşamlarının sonuna kadar aktif ve mümkün olduğunca yaşamasına izin verir(3). Ayrıca diğer disiplinlerle de ekip olarak çalışmak önemlidir. Bakımın hedefine ulaşılabilmesi için hemşirenin, iyi bir iletişim becerisinin yanında güven ilişkisini kurması, ilgili olması, mesleki bilgisi ve klinik beceri yetilerini kullanması gereklidir(8). Bakım ortamlarında hasta ve aile merkezli iletişim, hastalar, aileler ve sağlık ekibi arasında aktif katılım gerektirir ve bu durum palyatif bakım sürecinde zorunludur(3). Palyatif bakımdaki temel hedef ise hasta ve ailesinin/ arkadaşlarının acı çekme sürecini iyi yönetmektir. Hemşire tedaviyi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı, bakımın sürekliliği ve adil erişimini sağlanmalıdır(12). Hemşire, inme geçiren hastanın tüm bakım aşamalarının içinde bulunması nedeni ile tedavi ekibinde özel bir yere sahiptir(13). Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. İnmeli hastalar için hemşirelik bakımı, hastalığın hem akut hem de sonraki evrelerinde çok önemlidir. İnmeye bağlı olarak vücudun diğer sistemlerinde de olumsuz

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

değişiklikler gelişebildiğinden zamanında gerçekleştirilecek uygun hemşirelik girişimleri ile komplikasyonların gelişmesi önlenebilir(9).

Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi palyatif bakımın ayrılmaz bir parçasıdır(14). İnmeli hastalarda semptomlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve uygun şekilde yönetilmelidir. Profesyonel sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşirenin bu süreçte eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, yol gösterme gibi rolleri gerçekleştirmesi gerekmektedir(15).

1. Ağrı

Ağrı her bireyin hayatı boyunca çok karşılaştığı subjektif bir deneyimdir. Ağrı kontrolü sağlıkta yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Devam eden ve dindirilmeyen ağrı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir(16).

Ağrıyı tamamen gidermek; kontrol altına almak mümkün olmayabilir ancak önemli olan ağrıyı hastanın kendisini rahat hissettiği sınırlarda azaltmaktır. Bu nedenle hemşirelerin ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olması gerekmektedir(16).

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli yapan; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrıyla başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşım ve sempati sağlamasıdır(16).

2. Hareket Kısıtlılığı

İnmeli hastalarda oluşan sakatlıklara bağlı hareket kısıtlılığı gelişmektedir. Bu durum birçok sistemi etkilemektedir. Kardiyovasküler sistemde ortostatik hipotansiyon, kan bileşenlerinde değişiklik, kardiyak işlevlerde bozulma, azalmış oksijen alımı ve trombojenik olayları içeren değişiklikler gözlenir. Sindirim sistemi, birey mobil ve aktif olduğunda en iyi şekilde çalışır. Hareketsizlik konstipasyon ve fekal tıkaçta yol açabilir. Bağırsak işlevleri değerlendirilmeli ve konstipasyonu önleyici tedbirler alınmalıdır(2).

Hareketsizliğe bağlı gelişen sorunlardan biri olan kontraktür, kaslar ve tendonların atrofiye uğraması ve kısalmasıdır. Kontraktürler; aktif ve pasif egzersizler, pozisyon verme, atel ve ortotik aletlerin kullanımı ile önlenmelidir. Çünkü kontraktür

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

oluştuktan sonra düzeltilmesi zordur(2).Ayrıca İnmeli bireylerde hareketsizlik, duyu algılamasının ve dolaşımın bozulmasına bağlı olarak cilt ve doku bütünlüğünde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin risk altındaki bireyleri deri ve doku bütünlüğü yönünden sık sık değerlendirilmesi önemlidir. İnme sonrası ilk altı ay içerisinde uygulanan tedaviye ek olarak günde yaklaşık bir saat fazla fizyoterapi yapılmasının günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Egzersiz miktarındaki artış yürüme hızı ve günlük yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etki sağlamaktadır(2).

3. Beslenme ve Solunum Problemleri

Disfaji

İNme sonrasında, hastaların yaşam kalitesini, sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfajidir(17).

Disfaji, yutma hareketini sağlayan kasların gücünün azalması veya koordinasyonunun bozulması sonucu alınan gıdanın ağızdan mideye iletiminin mekanik olarak engellenmesiyle oluşan semptomdur. İnmede akut dönemde bireylerin yaklaşık %42-67'sinde disfaji görülür. İlk haftanın sonunda %70'i düzelir, ancak %11-19'unda disfaji altı aydan uzun bir süre daha devam eder(2).Disfajiye bağlı komplikasyonlar, hastanede yatış süresinin uzamasına, tekrarlı yatışlara, hastanın bağımlılığının artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına, rehabilitasyonun geç başlamasına ve tüm bunların sonucu olarak bakım maliyetlerinin artmasına ve ölüme yol açtığı için, inmeli hastalarda disfajinin yönetimi hayati önem taşır. Disfajiye bağlı gelişen komplikasyonların önlenmesi için, inmeli hastalarda disfajinin, hemşireler tarafından etkin bir hemşirelik yaklaşımı ile yönetilmesi gerekmektedir.(17).

İNme geçirmiş bireylerin izleminde, yeme sorununu belirlemek ve bu güçlüklerle baş edebilmek hemşirelik bakımında son derece önemli bir konudur. Yemedeki güçlükler; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon, boğulma, pnömoni ve ölüm gibi birçok komplikasyona neden olabilir, dolayısıyla uygun önlemleri alabilmek için yeme güçlüklerinin belirlenmesi büyük önem taşır. Hasta tekrarlayan öksürme nöbetleri, yiyecekleri ağzının bir tarafında biriktirme veya uzun süre ağzında bekletme, sıvıların yutulması sırasında nazal regürjitasyon bulguları yönünden gözlenmelidir(2).

Solunum Sıkıntısı

İNme sonrası gelişen komplikasyonlar arasında solunum sistemindeki işlevsel bozukluklarla oldukça sık karşılaşılmaktadır. İnme geçiren bireyler farklı nedenlerden dolayı solunumsal sorunlara yatkındırlar(10). Ağır inme hastalarında görülen immobiliteden dolayı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

tidal volümün azalmasıyla beraber gelişen solunum kaslarının güçsüzlüğü solunum kapasitesinin düşmesine neden olmakta ve buna bağlı olarak da akciğer kapasitesi azalmaktadır. Ayrıca yatan hastalarda sekresyonların temizlenmesinde yaşanan güçlükler atelektazi ve pnömonigibi riskli durumlara neden olmaktadır(18). Bunların yanı sıra inmeli hastalarda gelişen solunum sorunları arasında aspirasyon da önemli bir yere sahiptir.

Aspirasyon yutkunma sırasındaki hava yolunu koruma mekanizmalarında bozukluk olduğunda meydana gelir. Hasta yutkunduktan sonra nefes alırsa, larenks kanalında tutulan materyal, trakeaya geçer. Normalde bu durumda öksürükle aspirasyon önlenir, fakat bu koruyucu refleks disfajide zayıf veya yoktur(2). Disfajili bireylerin tanınması ve aspirasyon riski olduğu düşünülen bireylere ağızdan hiçbir şey verilmemesi, günlük yeterli sıvıyı ve besini alabilmesi için girişimler başlatılması, alınan sıvı ve besinlerin kaydedilmesi, ağız içindeki kalıntıların kontrol edilmesi ve oral hijyenin sürdürülmesi, hasta ve yakınlarının eğitilmesi hemşirenin öncelikli sorumluluklarıdır(2).

4. Bakım Verenlerin Rolü

İnmenin, kronik hastalık olması, motor fonksiyonların zayıflaması, sözel iletişimi bozması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektirmekte ve bu durumda genellikle inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükünü artırmaktadır. Bakım verme, hemşirelik mesleğinin en temel görevlerindedir. Toplumda uzun dönem bakıma ihtiyaç duyulduğunda bu görev hasta bireyin ailesine düşmektedir. Aile bireylerinin çoğu uzun dönem bakımını sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Hemşireler, bakım verenleri hastalığın tanı aşamasından başlayıp taburculuk süresince evde bakım için hazırlamalıdır. Hemşireler, bakım verenin hasta ile iletişimini, hastalık ve bakım verme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemeli, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak bakım verenin olumlu tutum geliştirmelerine yardımcı olmalıdır. Hemşireler, bakım verenlerin ihtiyaç duyulan bakımın devamını sağlarken kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmamaları ve daha az bakım yükü yaşamaları için gerekli desteği sağlamalı, uygun destek gruplarını devreye sokmalıdır. Hemşirelerin, bakım veren bireylere bakım için gerekli el becerileri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamaları hakkında taburculuk eğitimi vermesi bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltabileceği ve hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir(19).

5. Ölüm

Ölüm, yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır(20). Ölüm hasta ve ailesinde kabullenilmesi zor bir süreçtir. Hastanın ölümü aile için bir yıkım olabilir. Hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrası uygun hemşirelik girişimleriyle, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olunabilir(21). Bu nedenle hemşirenin hasta ve ailesine vereceği bakım çok önemlidir. Bireyselleşmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım her hasta için gereklidir, fakat bu süreç ölmekte olan bir hasta için daha da değerlidir. Bu nedenle yaşamlarının son günlerinde ölmekte olan hastaların nitelikli bakım almaları sağlanmalıdır. Palyatif bakımın niteliğinin artırılmasında bu bakımı sunan hemşirenin yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme karşı gösterilen aile tepkilerini anlamaya ve onlara destek olmaya hazırlanması gerekmektedir(20).

Hemşire hastanın huzurlu ölümü için gerekli çevre düzenlemesini yapmalı, hasta ve ailesinin mahremiyetinin korunabileceği, yakın ilişkilerinin sürdürülebileceği bir ortam sağlamalıdır. Aileyi ölüm sırasında meydana gelebilecek durum, belirti ve bulgular yönünden bilgilendirmelidir. Aile üyelerinin yas sürecini olumlu geçirmelerine destek olmalı, uygun destek kaynaklarına yönlendirmelidir(22).

SONUÇ

İnmenin, kronik bir hastalık olması, motor fonksiyonların zayıflaması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektirmektedir. Bu durum inmede palyatif bakım gereksinimini zorunlu hale getirmektedir. Hemşirelerin konu hakkında güncel ve pratik bilgilere sahip olması ve bu bilgilerle bakımı yönlendirmesi önemlidir. Bu konuda hemşirelerde bilgi ve farkındalığın artırılması amacıyla kongre, sempozyum ve hizmet içi eğitim programları düzenlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Karatepe GA, Kaya T, Şen N ve ark. İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel Bağımsızlık İle İlişkisi. Türk Fiz Tıp RehabDerg 2007; 53: 89-93.
2. Gonzalez-Fernandez M, Feldman D. Stroke Rehabilitation. In: Bope ET, Kellerman RD, eds. Conn's Current Therapy 2012. Philadelphia: Elsevier; 2011.
3. Lutz Bj, Green T. Nursing's Role in Addressing Palliative Care Needs of Stroke Patients. State-of-the-Science Nursing Reviews. 2016:263-265.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4. Yılmaz Ö, Bahat G. Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 32-44.
5. Arıkan DG. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016; 8(3): 1-5.
6. Kasar K, Yıldırım Y. İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım. Türkiye Klinikleri J NursSci 2017;9(2):164-70.
7. Tavşanlı GN, Eş B.İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu :İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 4(1): 35-39.
8. Stevens T, Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A: PalliativeCare inStroke: a criticalreview of the literature. PalliativeMed 2007,21(4):323–331.
- 9.Mazzocato C, Michel-Nemitz J, Anwar D, Michel P. Thelastdays of dyingstrokepatientsreferredto apalliativecareconsultteam in an acutehospital. EuropeanJournal Of Neurology. 2010; 17(1):73–7.doi: 10.1111/j.1468-1331.2009.02744.x PMID: 19614968
- 10.Wee B, Adams A, Eva G. Palliativeandend-of-life careforpeoplewithstroke. CurrOpinSupportPalliatCare. 2010;4:229–232.
11. Koç A. İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. Gülhane Tıp Dergisi 2012; 54: 254-260.
12. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
- 13.Koog YH, Jin SS, Yoon K, Min BI. Interventionsforhemiplegicshoulderpain: systematicreview of randomisedcontrolledtrials. DisabilRehabil.2010;32:282–291.
14. Hançerlioğlu S, Yıldırım Y, AykarŞF. Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım ve Semptom Yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018; 34(2):98-111.
- 15.Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE.Palliativecareconsultations in hospitalizedstrokepatients. J PalliatMed. 2010;13:407–412.
- 16.ÇöçelliPL, Bacaksız DB, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi.2008; 14:53-58.
17. Küçük E.İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2018.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

18. Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. SymptomaticandPalliativeCareforStrokeSurvivors. J Gen InternMed. 2012. doi:10.1007/s11606-011-1966-4.
19. Aşiret DG, Kapucu S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012; 2:73-80.
20. İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- CurrentApproaches in Psychiatry 2012; 4(2):178-187.
21. Yiğit R. Hasta ve Ailesine Ölümle Baş Etmelerinde Yardım Etme. Cumhuriyet Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1998, 2 (2).
22. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54: 329-334.

S-120 MEME KANSERİ NEDENİ İLE KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA TAT DUYUSU DEĞİŞİKLİĞİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF TASTE CHANGE ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

Semiha ERKOCA, Medet KORKMAZ

1. Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Ankara/ Türkiye

2. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

Özet

Bu çalışma, meme kanseri nedeni ile kemoterapi tedavisi alan hastalarda tat duyusu değişikliğinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi onkoloji bölümüne gelip Ocak 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi olan hastalar, örnekleme ise çalışmaya alma ölçütlerine uygun 100 hasta oluşturmuştur. Veriler hasta tanıtım formu, Kemoterapiye Bağlı Tat Alma Değişikliği Ölçeği (K-TADÖ) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının $52,09 \pm 11,63$ olduğu saptanmıştır. SF-36 skorları arttıkça tat alma ölçeğinin skorları düşmektedir. Diğer bir ifade ile hastaların tat alma değişikliği yaşama şiddeti ve duyduğu rahatsızlık azaldıkça yaşam kaliteleri artmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarının genel olarak yüksek, tat alma ölçeğinin skorlarının ise düşük olduğu saptandı. Kemoterapi alan hastalara yönelik tat duyusu bozukluğu sorunlarının belirlenmesi ve bakım planlaması, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerinin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi; Tat Alma Değişikliği; Hemşirelik; Meme kanseri.

Abstract

This study was conducted as a descriptive study in order to investigate the effect of taste change on quality of life in patients receiving chemotherapy for breast cancer. The population of the study consisted of patients who came to Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital oncology department and treated between January 2018 and July 2018, and the sample consisted of 100 patients. Data were collected by face-to-face interviews using the patient identification form, the Chemotherapy-Induced Tasting Change Scale (PTSD), and the SF-36 quality of life scale. The mean age of the participants was 52.09 ± 11.63 years. The

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

higher the SF-36 scores, the lower the taste-scale scores. In other words, the quality of life increases as the severity of the taste change and the discomfort experienced by the patients decrease. SF-36 quality of life scale scores were found to be high, and taste scoring scores were low. It is recommended to identify the problems of taste sensation and care planning for patients receiving chemotherapy and to implement training programs and initiatives aimed at improving the quality of life.

GİRİŞ

Günümüzde en kapsamlı ve karmaşık kanser tedavisi kemoterapidir. Kemoterapi kanser hücreleri kadar normal hücreler üzerine de etki gösterir. Kemoterapi tedavisi sonucu birçok yan etki meydana gelir. Bu yan etkiler içerisinde Tat alma değişikliği de çokça görülmektedir (1).

Kemoterapi alınması nedeni ile tat duyusunun algılanmasındaki değişikliğin görülme sıklığı değişkenlik göstermektedir (1). Bernhardson ve ark. (2008) kemoterapi almakta olan kanser tipi farklı hastalar ile yaptıkları çalışmada, kemoterapi nedeniyle tat algısında bozulmanın görülme oranının %67 olduğunu bildirmişlerdir (2). Speck ve ark. (2013) tarafından meme kanseri tanısı almış hastalar ile yapılan çalışmada hastaların %55'inin kemoterapiye bağlı tat alma bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir (3). Gamper ve ark. (2012) tarafından meme ve jinekolojik nedeni kanser teşhisi almış, kemoterapi tedavisi alan hastalarla yapılan çalışmada meme kanserli hastaların önemli bir kısmında hafif, orta veya şiddetli düzeyde tat alma değişiklikleri meydana geldiğini bildirilmiştir (4).

Tedavisi süresince görülen tat alma bozukluğu hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilenmelerine yol açmaktadır. Tat alma bozukluğunun fizyolojik etkileri; iştahta azalma, bulantı-kusma ve malnütrisyon olarak belirtilir (1, 5, 6). Gamper ve ark. (2012), hastaların yaşadıkları bu değişikliğin, iştahsızlık ve yorgunluk yaşama durumları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (4). Bireylerin tat almadaki değişiklik nedeni ile yemek tercihleri ve alışkanlıkları değişmekte olup bu durum nedeniyle yemekten zevk alma oranı azalmakta ve yemek yemede isteksizlik oluşmaktadır (2). Yaşanan sorunlar neticesinde insanlarda huzursuzluk, endişe ve yalnızlık kaygısı görülmektedir. Sonuçta kemoterapi nedeniyle oluşan tat alma değişikliği insanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (2, 7, 8).

AMAÇ

Meme kanseri nedeni ile kemoterapi tedavisi alan hastalarda tat duyusu değişikliğinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı türde olup evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji bölümünde 15 Ocak-15 Temmuz 2018 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle tedavi gören hastalar, örneklemini ise bilinci açık, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın kabul kriterlerini karşılayan 100 hasta oluşturmuştur.

Sosyo-Demografik Ve Tıbbi Özellikler Veri Toplama Formu

Hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığın evresi ve kullanılan ilaçlara ilişkin sorular(29) yer almaktadır. araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir.

Kemoterapiye Bağlı Tat Alma Değişikliği Ölçeği (KTADÖ)

K-TADÖ, 5'li likert tipi bir ölçektir. Kemoterapiye Bağlı Tat Alma Değişikliği Ölçeği (K-TADÖ) oluşturulurken kemoterapiye bağlı tat alma değişikliklerinin birey üzerine etkilerini ortaya koymak amaçlanmıştır. K-TADÖ üç alt başlık altında dört alt boyuta sahip bir ölçektir. Birinci alt başlık tat alma duyusundaki değişiklikler (1-6 sorular), 2. alt başlık tat almada rahatsız edici değişimler (7-12) ve 3. alt başlık rahatsız edici şikâyetler veya sorunlardır (13-18). Alt boyutlardan alınacak maksimum puan 5 iken minimum puan 1'dir. Ölçekten alınan puanların artması bireyin tat alma değişikliği yaşama şiddeti ve bundan duyduğu rahatsızlığın arttığını göstermektedir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının puanı 0 ile 100 arasındadır. "0" en kötü yaşam kalitesini, "100" en iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ülkemizdeki ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 senesinde Pınar hanım tarafından yapılmıştır (9).

Verilerin değerlendirilmesi SPSS Windows versiyon 25,0 paket programı kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan 28 Eylül 2017 tarihinde 02 nolu karar ile etik kurul onayı alındı. Araştırmanın yürütülmesi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

aşamasında ayrıca hastaneden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma uygulamasında hastalara gerekli açıklamalar yapılarak araştırma hakkında sözlü onam alındı.

BULGULAR

Hastaların yaşı 23-83 arasında değişmekte olup ortalama $52,09 \pm 11,63$ olduğu saptanmıştır. Hastaların BKİ ortalamasının $29,1 \pm 5,09$ olduğu ve tanı süresinin 2-120 ay arasında değiştiği ve ortalama $20,74 \pm 24,02$ olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada örnekleme meme kanserli kadınlar seçildiği için katılımcıların tümü kadındır. Hastaların çoğunun şişman veya obez olduğu (toplam %81), yarısının (%49) okuryazar olduğu saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu çalışmamakta (%91), geliri giderinden az (%92), evli (%82) ve çocuk sahibidir (%89). Hastaların %92'si birileri ile beraber yaşamaktadır. Hastaların yarısında eşlik eden bir kronik hatalık bulunmaktadır (%50).

Hastaların %70'i en son aldığı kemoterapiden sonra ağız sorunu yaşamaktadır. Ağız sorunu yaşayan hastaların %65,7'sinde ağız yarası, %20'sinde ağız kuruluğu ve %14,3'ünde her ikisinin birden mevcut olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu sigara ve alkolü hiç kullanmamıştır (sırasıyla %87, %99). Hastaların yarısı ağız bakımını ağızını fırçalayarak yaparken yarıya yakını (%46) ağızını çalkalamakta, toplamda %74'ü ağız bakımını günde 1-2 kez yapmaktadır.

Hastaların %32'si dördüncü, %31'i ikinci evrededir. Hastaların %69'u daha önce kemoterapi almış ve %57,6'sı halen kemoterapiye ek bir ilaç kullanmaktadır. Tat değişikliği dışında sorun yaşayanların oranı %77 olarak saptanmıştır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarından ağrı hariç olmak üzere diğer tüm skorlar ile tat alma ölçeğinin alt boyut skorları arasında negatif, anlamlı, orta veya güçlü düzeyde ilişki olup SF-36 skorları arttıkça bu skorlar düşmektedir.

Yaş arttıkça tat alma ölçeğinin skorları da artmaktadır. Yaş ve beden kütle indeksi arttıkça rahatsızlık skoru da artmaktadır. Beden kütle indeksi arttıkça genel tat alma değişiklikleri skoru da artmaktadır. Yaş, BKİ, çocuk sayısı ve tanı süresi ortalamaları arttıkça fiziksel fonksiyon skoru, rol güçlüğü, mental sağlık ve zindelik skoru düşmektedir. Yaş ve BKİ ortalamaları arttıkça sosyal fonksiyon skoru düşmektedir.

Ağız sorunu olanların temel tatların alımında azalma skoru olmayanlara göre daha yüksektir. Sorun olan ve olmayan grubun diğer skor sonuçları bakımından benzer oldukları gözlenmiştir ($p > 0,05$).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Tat alma değişikliği ölçeğine ait skorlar çalışmayanlarda yüksek iken (olumsuz) SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarının tümü çalışanlarda çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Temel tatların alımında azalma skorunun hastaların ağız bakımı yapma şekillerine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,013$). Farkın kaynağını dişlerini fırçalayan gurup oluşturmakta ve skorlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu görüldü.

Fiziksel fonksiyon, Rol Güçlüğü, Genel Sağlık, Zindelik, Sosyal fonksiyon, Mental Sağlık skorlarının hastaların ağız bakımı yapma şekillerine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı(sırasıyla: ($p=0,001$, $p=0,003$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,038$, $p=0,001$)). Farkın diş fırçalayan gurup ile ağızını çalkalayan ve gargara yapan gurup arasında anlamlı olduğu saptandı. Dişini fırçalayan gurubun skoru diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Fiziksel fonksiyon, Rol Güçlüğü, Sosyal fonksiyon, Rol Güçlüğü Emosyonel skorlarının hastaların BKI'sine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla: ($p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,005$, $p=0,015$)). Farkın normal gurup ile obez ve şişman gurup arasında anlamlı olduğu saptandı. Normal gurubun skorları diğer iki gruptan daha yüksek bulundu.

Genel Sağlık, Zindelik, Mental sağlık skorlarının hastaların BKI'sine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla: ($p=0,001$, $p=0,004$, $p=0,003$)). Farkın obez gurup ile şişman ve normal gurup arasında anlamlı olduğu saptandı. Obez gurubun skorları diğer iki gruptan daha düşük bulundu.

TARTIŞMA

Tat alma duyusu; yaşamın devamı için oral beslenmenin devamını sağlayan bir araç olmakla birlikte yaşamdan zevk almayı sağlayan önemli bir eylemdir. Oral beslenmenin normalden daha fazla öneme sahip olduğu hastalık durumlarında, hasta bireyler için hastalık karşısında hem fiziksel hem de ruhsal olarak güçlü kalmasını sağlayan temel mücadele yollarındandır. Bu çalışmada hastaların tat alma ölçeğinin alt boyut skorlarından elde edilen puanlar yüksektir. Ravasko (2005)'nin çalışması ve Wickham ve ark.'nın 1999 yılında yaptıkları çalışmada kemoterapi alan hastaların %68'inin (n:193) kemoterapiye bağlı tat alma

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

değişikliği yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalar algılanan tat da metalik tadın yoğun olduğunu ve tat keskinliğinin azaldığını söylemişlerdir. Rehwaldt ve ark. (2009) hastaların kemoterapiye bağlı tat alma değişiklikleriyle baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %78'nin metalik tat, %68'inde tat alma hissinin olmaması ve %57'sinin acı bir tat hissi yaşadıkları belirlenmiştir. Hong ve ark. (2009) kemoterapinin hastaların temel tatları almalarında tat algılama konsantrasyonlarını düşürdüğünü bildirmiştir. Speck ve ark. (2013)'nin taksan grubu kemoterapik ajanlarla tedavi alan meme kanserli hastalarla yaptıkları araştırmada hastaların %55'inin disguzi, %45'inin hipoguzi, %27'sinin paraguzi, %9'unun hiperguzi yaşadıkları belirlenmişti. Araştırmadan elde edilen veriler literatür ile benzerlik göstermektedir. Kanser kemoterapisi, ağız mukozası gibi hücrelerin hızlı bölüdüğü vücut dokularının bütünlüğünü ve fonksiyonlarını bozabilmektedir. Bu etki neticesinde bozulan ağız mukoza fonksiyonunun tat alma duyusunu bozduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin yaş ortalaması $52,09 \pm 11,63$ olarak saptanmıştır. İmami ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada 70 yaş ve üzerindeki hastaların kemoterapiye bağlı tat alma değişikliğini yaşama durumlarının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada 70 yaş ve üzerindeki bireylerin kemoterapiye bağlı tat alma değişikliği yaşama oranı %75 olarak saptanmıştır. Schiffman ve ark. (2000) yaşlı bireylerde tat alma duyusunun tamamen ortadan kalktığı durumların (aguzi) nadir olarak geliştiğini, hipoguzi ve disguzilerin daha sık ortaya çıktığını belirtmektedir. Ayrıca tatlı, tuzlu, ekşi ve acı tatların algılanması için yaş ile birlikte tat algılama konsantrasyonunun düştüğü ifade edilmektedir. Birçok kanser çeşidi özellikle orta yaş ve üzeri hastalarda daha sık görülmektedir. Bu çalışmada çıkan yaş ortalamasının paralel olmasının buna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada ağız sorunu olanların arasında temel tatların alımında azalmada aldıkları ortalama puanlar, ağız sorunu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tat ölçeğinde ağız bakımını bir kez yapanların puanları birden çok yapanların puanlarına göre yüksek çıkmıştır ve ağız bakımını fırçalama tekniği ile yapanların puanları diğer teknikler ile yapanlara göre daha düşük bulunmuştur. Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli hastalarda meydana gelen oral mukozal lezyonların, mikrobiyal değişikliklerin ve tat alma değişikliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Jensen ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları tat alma değişiklikleri ile tükürük akış hızı ve ağız kuruluğu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

arasında bir ilişki bulunmamıştır. Kemoterapiye bağlı tat alma değişikliğinin bir nedeni olarak oral mukozit gösterilmiştir. Mukoza da meydana gelen değişiklikler, tat reseptörlerinin uyarılmasında tat moleküllerin çözünmesi ile bu durum açıklanmıştır. Oral mukozada meydana gelen değişikliklerde ağız bakımı tekniği ve ağız bakım sıklığının dolaylı ya da doğrudan tat alma duyusunu etkileyebileceği düşünülmektedir. Tahriş olan ağız mukozası, normal bireylerde çok hızlı yenilenirken, kemoterapi alan hasta bireylerde bu yenilenme oldukça yavaştır. Bu nedenle meydana gelen tahribatlar geç iyileşmekte, oluşturduğu ağrı, tat alma konforunu bozmaktadır. Çalışmada çıkan sonuç bu düşüncüyü desteklemektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin ağız bakımı sıklığı yönünden yaşam kalitesi puanları incelendiğinde anlamlı farklar ortaya çıkmıştır ağız bakımı sıklığı artıkça yaşam kalitesi artıyor. Kemoterapi tedavilerinin çoğunun oral mukozada toksisiteye yol açması, hastaların ağız bakımı sıklığına dikkat etmeleri sonucu yaşam kalitesi düzeyi artar (10). Ağız bakımı ile ağızda oluşan mukozal lezyonlar hem daha hızlı iyileşmekte, hem de daha az semptomatik olmaktadır. Bunun sonucunda tat alma duyusu ve oral alımın daha iyi olduğunu, bu da fiziksel ve ruhsal olarak bireyin yaşam kalitesini artırmaktadır. Çalışmada çıkan sonuç bu düşüncüyü desteklemektedir.

654

Araştırmada gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Gülcivan, (2017)'nin meme kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada da gelir durumu iyi olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Artan gelir düzeyinin; yaşam standartlarını yükseltmesi, oral alımı destekleyecek gıda çeşitliliğinin ve kalitesinin artırması neticesinde yaşam kalitesinin arttığını düşündürmektedir.

Araştırmada BKI ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. BKI puanları düştükçe yaşam kalitesi skorları artmaktadır. Literatürde BKI ile yaşam kalitesinin ilişkisinin bakıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle çalışma sonuçları karşılaştırılamamıştır.

Bu araştırmada BKI ile tat duyusu değişikliği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Marinho ve arkadaşlarının brezilyada 55 meme kanserli hasta ile yaptığı çalışmada, kemoterapi tedavisine bağlı tat duyusu değişiklikleri ve bulantı gibi yan etkilerin ortaya çıkmasına rağmen hastalarda yemek keyfi, kilo ve BKI artmıştır. Araştırma sonuçları ile literatür benzerlik göstermemektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ

- ✓ SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarından ağrı hariç olmak üzere diğer tüm skorlar ile tat alma ölçeğinin alt boyut skorları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki olup SF-36 skorları arttıkça tat alma ölçeğinin skorları düşmektedir.
- ✓ SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarının genel olarak yüksek olduğu saptandı.
- ✓ Tat alma ölçeğinin skorlarında ise genel olarak düşük skorlar ile karşılaşıldı.
- ✓ Medeni durumun ölçeklerde ki skorlara hiçbir etkisinin olmadığı bulundu.

Gelir durumunun her iki ölçek skorları üzerinde de etkin olduğu saptandı.

ÖNERİLER

- ✓ Kemoterapi alan hastalara yönelik tat duyusu bozukluğu semptomlarının belirlenmesi ve bakım planlamasının yapılması, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerinin planlanması.

KAYNAKLAR

1. Ravasco, P. (2005). Aspects of taste and compliance in patients European Journal of Oncology Nursing, 9(2): 84-91.
2. Bernhardson, B. M., Tishelman, C., and Rutqvist, L. E. (2008). Self-reported taste and smell changes during cancer chemotherapy. Support Care in Cancer, 16(3): 275–283.
3. Speck, R. M., DeMichele, A., Farrar, J. T., Hennessy, S., Mao, J. J., Stineman, M. G., et al. (2013). Taste alteration in breast cancer patients treated with taxane chemotherapy: experience, effect, and coping strategies. Support Care in Cancer, 21(2): 549–555.
4. Gamper, E. M., Giesinger, J. M., Oberguggenberger, A., Kemmler, G., Wintner, L. M., Gattringer, K., Sperner-Unterweger, B., Holzner, B., et al. (2012). Taste alterations in breast and gynaecological cancer patients receiving chemotherapy: prevalence, course of severity, and quality of life correlates. Acta Oncologica, 51(4): 490–496.
5. Comeau, T. B., Epstein, J. B., and Migas, C. (2001). Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. Support Care in Cancer, 9(8): 575–580.
6. Grant M., Kravits, K. (2000). Symptoms and their impact on nutrition. Seminars in Oncology Nursing, 16(2): 113-121.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7. Epstein, J. B., Phillips, N., Parry, J., Epstein, M. S., Nevill, T., at al. (2002). Quality of life, taste, olfactory and oral function following high-dose chemotherapy and allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 30(11): 785-792.
8. Boltong, A., Keast, R., and Aranda, S. (2012). Experiences and consequences of altered taste, flavour and food hedonics during chemotherapy treatment. *Support Care in Cancer*, 20(11): 2765–2774.
9. Uzunhasanoğlu, Z. (2013). Minnesota Kalp Yetmezliği İle Yaşam Anketinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
10. Jensen, S. B., Mouridsen, H. T., Bergmann, O. J., Reibel, J., Brünner, N., Nauntofte, B. (2008). Oral mucosal lesions, microbial changes, and taste disturbances induced by adjuvant chemotherapy in breast cancer patients. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology*, 106(2): 217-226

S-121 SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN BAKIM YÜKÜ**CARE BURDEN OF MOTHERS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY****Maksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, M.Emin DÜKEN², Emriye Hilal YAYAN¹**¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye²Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ş.Urfa/Türkiye**Özet**

Bu araştırma Serebral Palsili (SP) çocukların annelerinin bakım yükünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören SP'li çocukların anneleri (65) ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda annelerin büyük çoğunluğunun okur yazar olmadığı (%64.6), büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%66.2) ve büyük çoğunluğunun bakım yüklerinin ağır olduğu (%61.5) belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise çocuğun bakımına yardım eden birinin var olma durumu ile çocuğun yaşadığı sağlık problemi arasında ($p=0.021$) ve çocuğun hastalandığı dönem ile annenin bakım yükü arasında ($p=0.037$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; SP'li çocukların annelerinin büyük çoğunluğunun bakım yüklerinin ağır olduğu belirlenmiştir.

657

Anahtar Kelimeler: Anne, bakım yükü, serebral palsi.**Abstract**

This study was conducted as a descriptive study to determine the care burden of mothers of children with cerebral palsy (CP). This study was conducted with mothers (65) of children with CP who were hospitalized in a Pediatric Clinic of a Training Research Hospital. “Descriptive Information Form” prepared by the researcher and “Burden Interview” were used as data collection tools. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of statistical analyzes, it was found that the majority of mothers were illiterate (64.6%), the majority of them were not working (66.2%) and the majority of them had heavy burden (61.5%). As a result of the correlation analysis, it was found that there was a statistically significant relationship between the presence of the

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

person who helped the care of the child and the health problem experienced by the child ($p = 0.021$) and between the period when the child became ill and the mother's burden ($p = 0.037$). As a result; most of the mothers of children with CP have a high burden of care.

Keywords: Mother, care burden, cerebral palsy.

GİRİŞ

SP bir çocukluk çağı hastalığı olmasına rağmen, SP'li bireyler normal bir yaşam süresine sahiptirler ve yaklaşık %65-90'nı yetişkin çağa kadar yaşamaktadırlar (Balki S ve ark, 2012). Ebeveynlerin birçoğu çocuklarının sorumluluk almasına izin vermeden bütün bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılamaya çalışmaktadırlar. Bu durum ebeveynlerin bakım sorumluluklarını arttırmaktadır. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça, bakım verme süreci bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun bir zorunluluğa dönüşebilmekte ve bakım yüküne yol açabilmektedir (Atagün ve ark, 2012). SP'li çocukların öz bakım becerilerini etkileyen etmenlerin incelendiği bir çalışmada SP'li çocukların öz bakım becerilerinin yeterli olmadığı, annelerin ise çocuklarının temizlik, beslenme, ağız bakımı, tuvalet gibi öz bakımlarını karşılamalarına çok fazla izin vermedikleri belirlenmiştir (Yavuz ve ark, 2007). Çalışır ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında, SP'li çocuğu olan annelerin büyük çoğunluğu (%78) çocuğuna bakım vermede güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Çalışır ve ark, 2018).

SP'li çocukların primer bakım grubunun büyük çoğunluğunu anneler oluşturmaktadır. Bu çalışma bakıma ihtiyacı olan SP'li çocukların annelerinin bakım yüklerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, SP'li çocuğu olan annelerin bakım yüklerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri, 01.01.2019- 01.08.2019 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk kliniğinde yatan SP'li çocukların annelerinden toplanmıştır.

Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören SP'li çocukların anneleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini SP'li çocuğu olan 65 anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview)" kullanılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview): Bakım Verme Yüğü Ölçeği 1980 yılında Zarit, Reeve ve BachPeterson tarafından bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama ve geçerlik güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeği 22 maddelik, 0'dan 4'e kadar değişen (0=asla, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sık sık, 4=hemen her zaman) likert tipte bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan 0-20 arasında ise "bakım yüğü yok", 21-40 arasında "hafif bakım yüğü", 41-60 arasında "orta düzeyde bakım yüğü" ve "61-88" arasında ise "ağır bakım yüğü" olduğunu göstermektedir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.87 ile 0.94 arasında değiştığı, test-tekrar test güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu bildirmiştir. (İnci, 2006; İnci ve Erdem, 2008).

BULGULAR

Tablo 1. Annelerin sosyo-demografik özellikler

	Sayı	Yüzde
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	42	64.6
İlk ve orta öğretim	23	35.4
Annenin çalışma durumu		
Çalışmıyor	22	33.8
Çalışıyor	43	66.2
SP'li çocuk dışında herhangi birine bakım verme durumu		
Evet	49	75.4
Hayır	16	24.6
Çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı		
Evet	12	18.5
Hayır	53	81.5
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	30	46.2
Erkek	35	53.8
Çocuğun en sık hastalandığı dönem		
Sonbahar	16	24.6
Kış	37	56.9
Kış+ Sonbahar	12	18.5
Çocuğun en sık yaşadığı sağlık problemi		
AGE	11	16.9
Solunum sistemi hastalıkları	41	63.1
AGE+ Solunum Sistemi hastalıkları	13	20.0
Annelerin bakım yükleri		
Orta düzey bakım yüğü	25	38.5
Ağır bakım yüğü	40	61.5
Toplam	65	100

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1 incelendiğinde, annelerin büyük çoğunluğunun okur-yazar olmadığı (%64.6), çalışmadığı (%66.2), SP’li çocuk dışında herhangi birine bakım verdiği (%75.4), çocuğun bakımına yardım eden birinin olmadığı (%81.5) ve annelerin büyük çoğunluğunun ağır derecede bakım yüküne sahip olduğu (%61.5) belirlenmiştir. SP’li çocukların büyük çoğunluğunun erkek (%53.8), en sık hastalandıkları dönemin kış (%56.9), en sık yaşadıkları sağlık probleminin solunum sistemi hastalıkları olduğu (%63.1) tespit edilmiştir.

Tablo 2. Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile ZBYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		ZBYÖTopla mPuan	T est
		Mean±Sd	
Annenin eğitim durumu			
Okur-yazar değil	2	61.85±4.34	t= -0.541
İlk ve orta öğretim	3	62.43±3.64	p =0.590
Annenin çalışma durumu			
Çalışmıyor	2	61.40±3.30	t= -0.918
Çalışıyor	3	62.39±4.44	p =0.362
SP’li çocuk dışında herhangi birine bakım verme durumu			
Evet	9	61.79±4.06	t= -0.915
Hayır	6	62.87±4.19	p =0.364
Çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı			
Evet	2	63.41±3.84	t= 1.277
Hayır	3	61.75±4.11	p =0.206
Çocuğun cinsiyeti			
Kız	0	62.36±4.18	t= 0.554
Erkek	5	61.80±4.05	p =0.582

Tablo 2 incelendiğinde annelerin eğitim durumu, çalışma durumu, SP’li çocuk dışında herhangi birine bakım verme durumları, çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı ve SP’li çocuğun cinsiyeti ile ZBYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile ZBYÖ arasındaki ilişki

	Annelerin çalışma durumu	Annelerin eğitim durumu	Çocuğun en sık yaşadığı sağlık problemi	Çocuğun en sık hastalandığı dönem
Çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı	- 0.340** 0.006	0.269* 0.030	0.285* 0.021	0.077 0.544
ZBYÖ Toplam Puan	0.115 0.362	0.068 0.590	-0.259* 0.037	-0.144 0.251

Çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı ile annenin çalışma durumu, eğitim durumu ve çocuğun en sık yaşadığı sağlık problemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çocuğun en sık yaşadığı sağlık problemi ile ZBYÖ arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bakım yükü, bakım verilen bireyin hastalığının derecesi ve davranışlarının niteliğine bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, bakım verenin sosyo-ekonomik, mesleki, sosyal ilişkileri ve psikolojik düzeyde yaşadıkları sorunlardan dolayı bakım vermeye gösterdiği olumsuz tepkiler olarak ifade edilebilir (Kalaycı ve Özkul, 2018). Çalışmamızda bakım verici olarak ele alınan annelerin bakım yükleri ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda annelerin eğitim durumu, çalışma durumu, SP’li çocuk dışında herhangi birine bakım verme durumları, çocuğun bakımına yardım eden birinin varlığı ve SP’li çocuğun cinsiyeti ile ZBYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Bu konuda ilgili literatür incelendiğinde ise çalışmamıza benzer olarak bakım veren bireylerin eğitim durumları ve çalışma durumları ile bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Türe ve ark, 2018; Tayaz ve Koç, 2018). Yeşil ve arkadaşları çalışmalarında bakım veren bireylerin eğitim durumları, çalışma durumları, bakmakla yükümlü oldukları başka kişilerin varlığı ile bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını ancak bakım konusunda yardım alan bireylerin bakım yüklerinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (Yeşil ve ark, 2016).

Bütün ebeveynlerin beklentisi normal ve sağlıklı bir çocuğa sahip olmaktır (Duran ve Barlas, 2014). Ancak SP gibi ömür boyu bakım gerektiren bir hastalığı olan çocuğa sahip olmak ebeveynleri birçok zorlukla karşı karşıya getirmektedir. Bunlardan biri de bakım yüküdür. Çalışmamızda annelerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım yüklerini etkilemediği tespit

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

edilmesine rağmen annelerin büyük çoğunluğunun ağır bakım yüküne sahip oldukları belirlenmiştir.

KAYNAK

1. Balki S, Canbay Ö. Serebral palsili çocukların anne-babalarında depresyon seviyesini belirleyen değişkenler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 3(4): 242-249.
2. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3): 513-552.
3. Yavuz B, Çimen S. Serebral palsili çocukların öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 11(1): 17-26.
4. Çalışır H, Sarıkaya Karabudak S, Karataş P, Meşalan İ, Tosun Af. Serebral palsili çocuğu olan annelerin aile yükü ve umutsuzluk düzeyleri. DEUHEFED. 2018; 11(2): 147-156.
5. İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği (Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
6. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4): 85-95.
7. Kalaycı I, Özkul M. Refakatçi aktörlerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme (sdü araştırma uygulama hastanesi örneği). Turkish Studies. 2018; 13(10): 417-446.
8. Türe E, Yazar A, Akın F, Aydın A. Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. Bozok Tıp Derg. 2018; 8(3): 46-53.
9. Tayaz E, Koç A. Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018;14:44-52.
10. Yeşil T, Ulusoy Çetinkaya E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(4): 54-66.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

11. Duran S, Ünsal Barlas G. Zihinsel engelli bireylerin ebeveynlerinin öznel iyi oluş, öz duyarlılık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2014;7(3): 69-79.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-123 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİNE GÖRE BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUMLARI

ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TO PREVENT PRESSURE ULCERS ACCORDING TO SELF-EFFICACY LEVELS

Leyla ZENGİN AYDIN¹, Hasan GENÇ², Zehra BATMAZ³,

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

²Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Arş. Gör.

³Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğrenci

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerine göre basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı. Araştırma için kurumdan izin alındı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaz okulu üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören 139 öğrenci ile araştırma tamamlandı. Veri toplama aracı olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile öz-etkililik-yeterlik ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, Pearson Korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 22.63±3,01 olduğu, %61,2'sinin kadın olduğu, %5,8'nin evli olduğu, %25,2'sinin sağlık lisesi mezunu olduğu, %42,4'nün gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi. Öğrencilerin, öz-etkililik-yeterlik puan ortalaması 30.71±5.42 olduğu ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 38.53±5.60 olduğu belirlendi. Korelasyona analizi sonucunda ise öz-etkililik-

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yeterlik ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki hesaplandı ($p > 0.05$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri toplam puan ortalamasının düşük ve basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları toplam puan ortalamasının yüksek olduğu, aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, öz-etkililik-yeterlik, basınç ülseri

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the attitudes of nursing students to prevent pressure ulcers according to their self-efficacy levels.

Method: This study was conducted descriptively and relationally between the dates of 26-31 July 2019 during the summer term of Dicle University Atatürk Health School. A permission was obtained from the institution in which the study was conducted. The study was completed with 139 students in the 3rd and 4th grade who attended the summer school and agreed to participate in the study without any sample selection. The students' socio-demographic characteristics and self-efficacy, and attitude scales to prevent and pressure ulcers were used as data collection tools. The data were collected by face to face interviewing method while percentage, mean, standard deviation and Pearson Correlation test were used for data analysis.

Results: The mean age of the students participating in the study was 22.63 ± 3.01 , 61.2% of them were women, 5.8% of them were married, 25.2% of them were health high school graduates, and 42.4% of them had equal income and expenses. The mean self-efficacy score of the students was 30.71 ± 5.42 , and their mean score on the mean attitude scale to prevent pressure ulcers was 38.53 ± 5.60 . As a result of correlation analysis, a statistically insignificant relationship was found between the self-efficacy scores and the scores on the attitude scale to prevent pressure ulcers ($p > 0.05$).

Conclusion: It was found that the mean total score of the nursing students' on self-efficacy levels was low while their mean total score on the attitudes scale for preventing pressure ulcers was high, and there was no significant relationship between them.

Keywords: Student, self-effectiveness-efficacy, pressure ulcer

GİRİŞ

Öz-etkililik-yeterlik kavramı ilk kez Bandura tarafından 1977 yılında, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür. Bilişsel algılama etkileyen faktörlerinden biri olan öz-etkililik-yeterlik bireyin davranışlarında değişiklik oluşturmaktadır (Bandura, 1982). Bandura’ya göre öz-etkililik-yeterlik bireylerin hisseleri, düşünceleri, davranışları ve motive etme şekillerini belirlemektedir (Bandura, 1982). Öz-etkililik-yeterlik, bireylerin bir eylemi başarılı şekilde yapma ve olayları kontrol edebilme düzeyi ile ilgili yargısı olarak tanımlanmaktadır. Öz-etkililik-yeterlik düzeyi düşük olan bireyler, düşük özgüvene sahip olup başarıları ve kişisel gelişimleri konusunda kötümserdirler. Öz-etkililik-yeterlik düzeyi yüksek olan bireyler ise zorlu görevleri üstlenmekten ve sorumluluk almaktan kaçınmazlar (Bandura, 1982).

Dünyada ve ülkemizde tıp alanındaki gelişmelere rağmen sağlık kuruluşlarında hastalarda sık görülen basınç yaraları, sağlık bakım profesyonellerinin en çok ilgilendiği sorunlardan biridir (Ercan Ekim, 2018). Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli’ ne (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP) göre basınç yarası, basınç ya da yırtılma ile basıncın birlikte neden olduğu, çoğunlukla kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri veya deri altı doku hasarı olarak tanımlanmaktadır (Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012). Genellikle hastanede yatan hastaların %27’sinde basınç yarası 5- 10 gün içinde gelişmekte iken, %15’inde basınç yarası ilk günde gelişmektedir. Basınç yarası, kronik hastalığı ve hareket kısıtlılığı olan geriatrik ve yoğun bakım hastalarında daha sık görülmektedir. Basınç yarası hastaların mortalite ve morbidite oranını, enfeksiyon riskini, hastanede kalma süresini artırmaktadır (Ercan Ekim, 2018).

Vücudun belli bir bölgesine uzun süre devam eden basınç sonucunda o bölgeye giden kan akımı bozulmaya başlar ve kan miktarı azalır. Bu durumda sağlıklı bir birey rahatsızlık duyar ve pozisyon değişikliği yapar. Ancak duyu bozukluğu olanlarda hasta bunu fark etmez ve bu durum uzun süre devam ettiğinde deri ve deri altı dokularda dolaşım bozukluğuna bağlı olarak hücreler ölmeye başlar, bası yarası oluşur (Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012; Ay, 2008). Basınç yarası oluşmasında yaş, sürtünme, beslenme yetersizliği, obezite, ödem ve dolaşım bozukluğu gibi risk faktörleri etkili olduğu belirtilmektedir. Basınç yarası, fiziksel ve psikolojik problemlere yol açarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Basınç yarası için en etkili girişim multidisipliner ekip yaklaşımı ile oluşmasını önlemektir (Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012; Ercan Ekim, 2018).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Basınç yarasını önlenmesi hem hastanın sağlık durumu hakkında bilgi vermesi hem de hemşirelik bakım kalitesini göstermesi açısından önemlidir. Basınç yarası, risk değerlendirme, deri değerlendirme, pozisyon değişikliği, bilgilendirme gibi çeşitli yöntemler kullanılarak değerlendirilir (Aslan, 2014; Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012; Ercan Ekim, 2018). Hemşirelik öğrencilerinin, bu değerlendirme yöntemlerini etkin şekilde kullanmaları için Öz-etkililik-yeterlik düzeyleri yüksek olması gerekir. Öz-etkililik-yeterlik düzeyi yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin, bilişsel, davranışsal ve motivasyonel olarak öğrenme sürecine aktif olarak katıldıkları, düzenli ve sistemli bir şekilde çalıştıkları ve başarılı oldukları belirtilmektedir. Hemşirelik öğrencilerin Öz-etkililik-yeterlik düzeyi bilinmeli ve geliştirilmelidir (Yiğitbaş & Yetkin, 2003; Beeckman, Defloor, Schoonhoven, 2011; Karadağ, Derya, Ucuzal, 2011; Aslan A. 2014).

Hemşirelik öğrencilerinin, basınç yarasını önlenme konusunda farkındalık oluşturma ve bilinçli karar vermeyi sağlamak için eğitim verilir. Ancak, basınç yarasını önlemede eğitim tek başına yeterli değildir. Hemşirelik öğrencilerinin, basınç yarasını önleme ile ilgili tutumları, eğitimi kliniğe aktarma konusunda yeterli olmaları gerekmektedir. Bu nedenle, bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerine göre basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirlenmesi amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırma deseni

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerine göre basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Katılımcılar

Araştırmanın evrenini, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında öğrenim görmekte olan 139 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup belirtilen tarihler arasında yaz döneminde üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 139 öğrenci ile gerçekleştirildi.

Veri Toplama Formları

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu,öz etkililik-yeterlik ölçeği ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri kullanılarak toplandı.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form öğrencilerinin yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durum gibi tanıtıcı özelliklerinden oluşturuldu.

Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği: Sherer ve Madduks tarafından (1982) geliştirilen Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Gözüm ve Aksayan tarafından (1999) Türkçeye uyarlanmıştır (Gözüm & Aksayan, 1999). Beşli likert tipinde olan öz etkililik-yeterlik ölçeği, 23 maddeden oluşmuştur. Öz etkililik-yeterlik ölçeğinde 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puanlamaya alınmaktadır. Öz etkililik-yeterlik ölçeğinde alınan toplam puan en az 23, en fazla 115'tir. Öz etkililik-yeterlik ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması, Öz etkililik-yeterlik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (Gözüm & Aksayan, 1999).

Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği: Beeckman ve arkadaşları tarafından (2010) geliştirilen ölçek Üstün tarafından (2013) Türkçeye uyarlanmıştır (Üstün, 2013). Dörtlü likert tipinde olan basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeği 13 maddeden oluşmuştur. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinde 3,5,7,8,9,10,13. maddeler ters yönde puanlamaya alınmaktadır. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinden alınan toplam puan en az 13, en fazla 52'dir. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması tutumun olumlu olduğunu göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri ve kodlanması, SPSS 16 (Statistical Pack age for Social Science) paket programında değerlendirildi. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, Pearson Korelasyon testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırman yapıldığı Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'den 25/07/2019 tarihinde ve 81050 nolu sayı ile kurum izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya hemşirelik öğrencilerinden sözlü onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'de yaz okulu üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilere uygulandığı için sadece bu gruba genellenebilir. Bu nedenle genellenebilirliği sınırlıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının $22.63 \pm 3,01$ olduğu, %61,2'sinin kadın olduğu, %5,8'nin evli olduğu, %25,2'sinin sağlık lisesi mezunu olduğu, %42,4'nün gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi.

Tablo 1: Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyodemografik ve Bireysel Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	85	61,2
Erkek	54	38,8
Medeni Durum		
Evli	8	5,8
Bekar	131	94,2
Eğitim Durumu		
Sağlık Lisesi	35	25,2
Diğer Liseler	104	74,8
Ekonomik Durum		
Geliri giderinden az	38	27,3
Geliri giderine eşit	59	42,4
Geliri giderinden yüksek	42	30,2
	Ort±SD	Min-Max
Yaş	22.63±3,01	19-35

Hemşirelik Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanları

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik ölçeği ve basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeği toplam puan ortalamaları Tablo-2'de verildi. Hemşirelik öğrencilerinin, öz etkililik-yeterlik ölçeği puan ortalaması 30.71 ± 5.42 olduğu ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $33.31 \pm 4,65$ olduğu belirlendi.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 2: Hemşirelik Öğrencilerinin Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort±SD	Min-Max
Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği	30.71±5.42	23-115
Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği	33.31±4,65	13-52

Korelasyona analizi sonucunda 0.01 düzeyinde, öz etkililik-yeterlikve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri arasında ise pozitif zayıf düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 3: Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği	Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği
Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği		r:-0.153* p: 0.073
Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği	r:-0.153* p: 0.073	

****Korelasyonlar p: 0.01 düzeyinde anlamlıdır.**

TARTIŞMA

Bandura tarafından 1977 yılında ileri sürülen ve bilişsel algılama etkileyen bir faktör olan öz-etkililik-yeterlik bireyin davranışlarını değiştirerek bir eylemi başarılı şekilde yapma ve olayları kontrol edebilme düzeylerini etkilemektedir (Bandura, 1982). Lokalize deri veya deri altı doku hasarı olarak tanımlanan basınç yarası, kronik hastalığı ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda sıklıkla görülmektedir (Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012). Multidisipliner ekip yaklaşımı ile basınç yarasının oluşumu önlenmelidir (Ercan Ekim, 2018). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri toplam puan ortalamasının düşük ve basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları toplam puan ortalamaları yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmamız sonuçlarından farklı olarak Sevindik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 4. sınıf öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının, 1. sınıf öğrencilerinden yüksek olduğu belirlenmiştir (Sevindik, 2007). Karadağ ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Karadağ, Derya & Ucuzal, 2011). Scholz ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve erkeklerin puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Scholz, Doña, Sud et al., 2002). Ayrıca, Yiğitbaş ve Yetkin sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve erkek öğrencilerin öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının kız öğrencilere göre yüksek olduğu belirlemiştir (Yiğitbaş & Yetkin, 2003).

Araştırmamız sonuçları ile paralel olarak Aslan'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Demarre ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarının yardımcı hemşirelere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Demarré, Vanderwee, Defloor et al., 2012). Beeckman ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptıkları çalışmada uzmanlık alanının hemşirelik bakımını etkilediği ve yara bakım hemşirelerinin basınç yarasını önlemeye yönelik tutum puanı ortalamaları diğer hemşirelere göre tutum puanı ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Beeckman, Defloor, Schoonhoven, 20115). Tubaihat arkadaşlarının yaptıkları çalışmada deneyimin önemli olduğu ve hemşirelik bakımını etkilediği, deneyimi fazla olan hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutum puanı ortalamaları diğer hemşirelere göre tutum puanı ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tubaihat, Aljezawi & Al Qadire, 2013).

SONUÇ

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerine göre basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar saptanmıştır:

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

- Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri toplam puan ortalamasının düşük olduğu,
- Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları toplam puan ortalamaları yüksek olduğu,
- Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyi ile basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin belirlenmesi ve yetersizliği önlemeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesi ve geliştirici eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 1982;37(2):122.
2. Bandura A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 1982;13(3):195-199.
3. Ercan Ekim C. Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarının incelenmesi, (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü) 2018.
4. Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., & Beeckman, D. Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of clinical nursing* 2012;21(9-10):1425-1434.
5. Ay F. Temel Hemşirelik Kavramlar, ilkeler ve uygulamalar. 2. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık 2008;205-221.
6. Aslan A. Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutumlarının Ve Klinik Uygulamalarının Belirlenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2014.
7. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L & Vanderwee K. Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2011;8(3):166-176.
8. Yiğitbaş Ç & Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(1):6-13.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Karadağ E, Derya AY & Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4(1):13-20.
10. Gözüm S & Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 1999;2(1).
11. Üstün Y. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Programı, İzmir 2013.
12. Sevindik T. Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı İle Öz-Etkililik Yeterlik Arasındaki İlişki. *Education Sciences* 2007;2(2):13-21.
13. Scholz U, Doña BG, Sud S & Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European journal of psychological assessment* 2002;18(3):242.
14. Tubaishat A, Aljezawi M & Al Qadire M. Nurses' attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan. *Journal of wound care* 2013;. 22(9):490-497.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-124 HEMŞİRELİK LİSANS ÖĞRENCİLERİNDE AHLAKİ DUYARLILIK İLE
ÖLÜM, TERMİNAL DÖNEM HASTA VE ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

INVESTİGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MORAL SENSİTİVİTY
AND ATTİTUDES TOWARDS DEATH, TERMİNAL PERİOD PATİENT AND
EUTHANASİA İN NURSİNG UNDERGRADUATE STUDENTS

Hasan GENÇ¹, Leyla ZENGİN AYDIN², Zehra BATMAZ³,

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Arş. Gör.

²Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

³Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğrenci

Özet

Amaç: Bu araştırmada, hemşire lisans öğrencilerinin etik duyarlılık ile ölüm, terminal dönem hasta ve ötenaziye ilişkin tutum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

674

Gereç – Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel türde olan bu araştırma, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında yaz okulu öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü 114 hemşirelik öğrencisine uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada katılımcılara Veri toplama aracı olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutum Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 istatistik programı kullanılarak, yüzdelik hesabı, ortalama, standart sapma değerleri hesaplamaları yapılmış ve korelasyon analizi ile değişkenler arası ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Mevcut araştırma kapsamına dahil olan katılımcıların yaş ortalaması 22.04'tür. Araştırmaya katılanların %64.9'u kadın, %95.6'sı bekar, mezun olduğu lise incelendiğinde %7.9'u sağlık lisesi mezunu, %92.1'i ise diğer liselerden mezun olduğu hesaplanmıştır. Gelir düzey durumu hesaplamasında katılımcıların %52.6'sı gelirin gideri karşıladığını ifade etti. Araştırmada yapılan ahlaki duyarlılık ölçek puan ortalamaları 73.15±11.06 iken ölüm, ölümcül hasta, ötenazi ilişkin tutum ölçek toplam puan ortalaması ise 147.47±22.93 bulunmuş

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ve ayrıca ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının normal aralıkta olduğu saptanmıştır. Grup ortalamaları arasındaki farkın gözlenebilmesi için yapılan Independent t ve Oneway Anova testleri yapıldı ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızda korelasyon analiz testi sonucu ahlaki duyarlılık ile ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi tutum arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif yönde ilişki bulundu ($r=0,314$, $p<0.05$).

Sonuç: Hasta bakım uygulamasında yer alan hemşirelik öğrencileri hastanın hastalık ve ölüm sürecinde duygu ve düşüncelerinden etkilendiği, etik açıdan kendi içinde çatışma yaşadığı görülmektedir. Ancak olaylara sistematik yaklaşabilme, daha geniş çerçeveden bakabilme, muhakeme yapma ve empati kurma becerisi kazandırması için ileri hemşirelik eğitim uygulamaları geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire öğrencisi, etik, ölüm, ötenazi

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the ethical sensitivity of nursing undergraduate students and their attitudes towards death, terminal patients and euthanasia.

Material- Method: This descriptive and relational type of study was applied to 114 nursing students who attended summer school between 26-31 July 2019 and volunteered to participate in the study. It was collected by the researcher by face to face interview method. In the study, the socio-demographic characteristics of the students as well as the Moral Sensitivity Questionnaire and Attitude Scale for Death, Fatal Patient and Euthanasia were used as data collection tools. Data were analyzed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0. Percentage calculation, mean, standard deviation values were calculated and correlation analysis was performed.

Results: Age's mean of participants included in the scope of the present study was 22.04. 64.9% of participated were woman, 95.6% were married, and it was calculated that 7.9% of them were graduated from health high school and 92.1% were graduated from other high schools. In the income level calculation, 52.6% of the participants stated that the income covers the expenses. While the mean score of the moral sensitivity scale in the study was 73.15 ± 11.06 , the mean score of the attitude scale related to death, fatal patients and euthanasia was 147.47 ± 22.93 , and the mean score of the subscales of the scale was found to be in the normal range. Independent t and Oneway Anova tests were performed in order to observe the difference between the groups, and no significant difference was found. In our

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

study, correlation analysis test showed a low level of positive correlation between moral sensitivity and death, fatal patient and euthanasia attitude.

Conclusion: It is seen that the nursing students involved in patient care are affected by the feelings and thoughts of the patient during the illness and death process and there is an ethical conflict within themselves. However, advanced nursing education practices should be developed them to gain systematic approach to events wider perspective, reasoning and empathy.

Keywords: Nurse student, ethics, death, euthanasia

GİRİŞ

Günümüz dünyasında, tıp alanında yeni gelişmeler ve yaşam şartlarının iyileşmesiyle, terminal dönemde ölümcül olan kronik hastalıklarla mücadele eden hastaların ortalama yaşam süresi giderek arttığı görülmektedir. Dolayısıyla bu durum sağlık personellerinin yaşamının son zamanlarında ölümcül hastalığa sahip olan hastalarla sık sık karşılaşmasına ve bu hastalara verilmesi gereken tedavi hizmeti süresinin de uzamasına neden olmaktadır (1) Kelime anlamı olarak terminal sözcüğü bir sürenin bitimi anlamına gelmektedir. Hastalık - ölüm sürecindeki son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hastaya terminal dönem hasta ifadesi kullanılmaktadır. Terminal hastalık ise ölümü büyük ihtimalle kısa sürede gerçekleşmesi beklendiği, yapılan tedaviye cevap verilmediği ya da geri dönüşsüz bir durumu ifade etmek için kullanılan terimdir (2). Terminal hastalıkları nedeniyle hasta ve ailesi ile birlikte sağlık ekibinin de psikolojik ve fizyolojik açıdan zorlandıkları tespit edilmiştir (3). Bu nedenle sağlık çalışanların mesleklerinin en zor yönlerinden biri de ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayına şahit olmasıdır (3,4). Terminal evredeki hastanın bakımına yönelik olarak sağlık çalışanlarının deneyimledikleri duygular ile ilgili araştırmalar incelendiğinde anksiyete, yetersizlik, çaresizlik, öfke, sıkıntı, suçluluk gibi duygulara sebep olduğu bulunmuştur (4-6). Bu evredeki hastalarla karşılaşma olasılığı yüksek olan hemşirelerde de anksiyete, korku, inkar, öfke, suçluluk duygusu hissetme, depresyon, keder ve çaresiz kalma gibi duygular yaşadıkları, hastalarla çalışmada isteksiz oldukları ve bu hastalara yönelik yaklaşımlarında yetersiz olduklarını ifade etmeleri yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (4,7,8).

Terminal dönem hasta tedavi ve bakımla ilgili etik sorunlar son yıllarda sıkça tartışılan sorunlar arasındadır. Olması muhtemel etik çatışmalarda kararın iyilik ve yararını sorgulama, adil olma, özerklik gibi etik ilkeler, yaşamının son zamanlarındaki hastaların huzurlu, ağrısız ve saygın bir ölüm için tedavilerin kısıtlanması ya da sonlandırılması gibi etik sorunlarda

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

önemli rol üstlenmektedir. Bunun birlikte bu evredeki hastalar için gündeme gelen diğer etik sorunlar da şunlardır: Hastane mevcut imkanların bu hastalarda kullanılması, organ nakli veya organ bağışlama, verilen tedaviyi sonlandırılması, hastaya doğruların söylenilmesi, ötenazi fikrinin desteklenilmesi gibi meseleler vardır. Hemşire çalışanların hasta bakımında etik yaklaşımı geliştirebilmeleri ve uzlaşmacı elçi görevi üstlenebilmeleri, meslek öncesi lisans öğretim programlarında etik konularda karar verebilme ve analiz edebilme becerilerini geliştirmelidir (9).

Hastaların kaliteli bir bakım alması ve iyileştirilme sürecinde aktif olması için yetiştirilen hemşire öğrencilerin terminal dönemdeki hastaları holistik bakım anlayışıyla değerlendirebilmelidir. Bu anlayışla bakım verebilmeleri için hasta gereksinim ve hakları konusunda bilgi düzeyi yüksek ve hassas etik sorunlarına yönelik ikilem durumunda uzlaşmacı rol üstlenmeye çalışacak mesleki sorumluluk bilinci içerisinde bir birey olarak yetişmelidir. Bu bakımdan hemşirelik öğrenci hemşireleri mesleki sorumluluk bilinci, bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılmasına yönelik eğitim süreci içinde bu durumlara yönelik geliştirilmelidir (4).

Amaç: Hemşirelik lisans öğrencilerinde ahlaki duyarlılık ile ölüm, terminal dönem hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

677

GEREÇ – YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişkisel türde olan bu araştırma, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında yaz okulu öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü 114 hemşirelik öğrencisine uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı kabul eden bütün öğrenciler alındı. Araştırmada katılımcılara veri toplama aracı olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutum Ölçeği kullanıldı. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form öğrencilerinin yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durum gibi tanıtıcı özelliklerinden oluşturuldu.

Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şenol ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenen bu ölçek 31 maddeden oluşmaktadır. tümüyle katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum, hiç katılmıyorum şeklinde dört gruplu likert tipinde sırasıyla 1, 2, 3, 4 puanlarıyla hesaplaması yapılmaktadır. Ölçeğin 3., 6., 7., 8., 10., 12., 13., 15., 16., 17., 20., 23., 24. ve 27. maddeleri ters yönde puanlanarak hesaplanmaktadır. Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumların değerlendirildiği ölçeğin puan hesaplaması maksimum 124 iken minimum 31'dir. Toplam ölçek puanının düşük olması ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumun daha olumlu olduğunu biçiminde değerlendirilmektedir (10).

Ahlaki Duyarlılık Anketi

Kim Lutzen tarafından geliştirilen bu anket hemşirelerde etik karar vermeyi gerektiren konularda etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Anket 30 maddeden oluşmakta, yedili likert türünde bir ölçüm aracı olan Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hale Tosun tarafından yapıldı ve Cronbach Alfa değeri .84 olarak bulundu. Anket puanlaması 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında değerlendirilen ankette 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı göstermektedir. Anketin puan hesaplaması maksimum 210 iken minimum 30'dir. Düşük puan yüksek etik duyarlılığı, yüksek puan düşük etik duyarlılığı ifade etmektedir (11).

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 istatistik programı kullanılarak, yüzdeler hesabı, ortalama, standart sapma değerleri hesaplamaları yapılmış ve korelasyon analizi ile değişkenler arası ilişki incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırman yapıldığı Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'den 25/07/2019 tarihinde ve 81050 nolu sayı ile kurum izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılanlardan da sözlü onam alındı.

BULGULAR

Araştırma kriterlerine uygun bir şekilde dahil edilen 114 katılımcıyla bu çalışma tamamlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özelliklerine yönelik tanıtıcı özellik dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların bireysel özelliklerine yönelik tanıtıcı özellik dağılımlarında yaş ortalaması $22,04 \pm 6.81$ olduğu tespit

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

edildi. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri incelendiğinde % 64.9' u bayan, % 95.6'sı bekar, % 7.9' u sağlık lisesi mezunu, % 52.6'sının gelirin gidere denk olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Medeni durum		
Evli	5	4.4
Bekar	109	95.6
Cinsiyet		
Erkek	40	35.1
Bayan	74	64.9
Öğrenim durumu		
Sağlık meslek Lise	9	7.9
Diğer Lise	104	92.1
Gelir gider durumu		
Gelir gidere denk	60	52.6
Gelir giderden fazla	17	14.9
Gelir giderden az	37	32.5
Çalışma		
Evet	13	11.4
Hayır	101	88.6
Anne baba sağ durumu		
Her ikisi sağ	96	84.2
Baba sağ anne vefat	10	8.8
Anne sağ baba vefat	8	7.0
		$\bar{X} \pm SS$
Yaş	22,04±6.81	

Araştırmaya katılan hemşire öğrencilerin ADA puanı ile ÖTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Katılımcıların ADA ve ÖTÖ toplam puan ortalaması hesaplamasında sırasıyla 147,47±22,93 ve 73,51±11,06 bulunmuştur. ÖTÖ alt ölçek puan ortalamalarına incelendiğinde ise ötenaziye İlişkin Tutum 34,56±5,88, Ölüme İlişkin Tutum 21,33±3,88, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum 17,62±3,27 olarak hesaplanmıştır. Ölçek ve ankete ait puan ortalamalarının minimum ve maksimum değer aralıkları dikkate alındığında normal değer aralıklarında olduğu gözlemlendi.

Tablo 2: Hemşirelik Öğrencilerinin ADA ve ÖTÖ' nün Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort±SD	Min-Max
ADA puanı	147,47±22,93	83-194
Ötenaziye İlişkin Tutum	34,56±5,88	21-48
Ölüme İlişkin Tutum	21,33±3,88	10-33

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	17,62±3,27	8-26
ÖTÖ puan	73,51±11,06	41-104

Hemşire öğrencilerin ahlaki duyarlılık ile ölüm, terminal hasta ve ötenaziye yönelik görüşler arasındaki ilişki bulmak yapılan analiz sonucu ise Tablo 3 te gösterilmektedir. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda ADA puanı ile ÖTÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Tablo 3: ADA ve ÖTÖ' nün puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler	ADA	ÖTÖ
ADA		r: 0.314 p: 0.001
ÖTÖ	r: 0.314 p: 0.001	-

Ayrıca katılımcıların cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu gibi tanıtıcı özelliklere göre ADA toplam puan ortalamaları ve ÖTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda terminal evredeki hasta sağlık çalışanı arasındaki yaşanabilecek etik ikilemlere hemşirelik öğrencilerin yaklaşımları araştırılmış ve benzer konudaki ilgili araştırmalar bakılmıştır. Çoğunlukla söz konusu acı çeken, terminal evredeki hastalarda dayanılmaz ağrılar olabilmekte ve bu durum karşısında çaresiz olduğundan acıya katlanmaktadır. Dolayısıyla yaşam kalitesinin düşmesine, bazı hastaların böyle acı ve kederli içinde yaşamaktansa ölmeyi tercih etmesine ve hekim ve hemşirelerin de aynı fikirde olmasına neden olabilmektedir (12). Gereken tedaviye başlamama, kalp fonksiyonlarının durması durumunda tekrar hayata döndürmeme, ötenazi gibi konuların bu son dönemde yaşanan etik sorunlar literatürde başlıklar halinde tartışılmakta ve terminal dönemde daha çok ötenazi üzerinde incelendiği görülmüştür (4,12–14). Çalışmamızda hemşire öğrencilerin ÖTÖ toplam puan ortalaması 73,51±11,06 olarak bulunmuştur. İnci ve Öz 'ün yaptıkları benzer çalışmada hemşirelerin ÖTÖ puan ortalaması 73,38 olarak bulunmuş ve araştırmamızla paralellik göstermektedir (15). Abaan yapmış olduğu çalışmada öğrenci hemşirelerin %55'i, Mandracioğlu ve Özsoy'un yaptıkları diğer bir çalışmada ise hemşirelik lisans öğrencilerinde ötenazinin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

uygulanabileceği yönünde görüş bildiren %51.3' tür. Bu yönde ötenazi konusunda olumlu görüş destekleyen bazı hemşirelik öğrencilerin olduğu mevcut diğer literatür çalışmalarında elde edilen bulgulardan tespit edilmiştir (16–18) Hemşirelere yönelik ötanazi konusu ile ilgili yapılmış araştırmalarda hemşireler ötenaziye desteklememekle birlikte hasta yaşam hakkının elinden alınması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (10,19) Ancak Ay' ın çalışmasında ÖTÖ puan ortalamasının daha yüksek bulunmasıyla ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının puan yorumlanması olumsuz tarafta olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (10).

SONUÇ

Hasta bakım uygulamasında yer alan hemşirelik öğrencileri hastanın hastalık ve ölüm sürecinde duygu ve düşüncelerinden etkilendiği, etik açıdan kendi içinde çatışma yaşadığı görülmektedir. Ancak olaylara sistematik yaklaşabilme, daha geniş çerçeveden bakabilme, muhakeme yapma ve empati kurma becerisi kazandırması için ileri hemşirelik eğitim uygulamaları geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kızılkaya M, Koştu N. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2010 Feb 18 [cited 2019 Sep 10];9(4):69–74. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2635/33903>
2. Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. In: Akdemir N, Birol L, editors. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2nd ed. Ankara: sistem ofset; 2004.
3. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2003;25(4):62–5.
4. Gürkan A, Gümüş BA, Dodak H. Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg. 2011;4(1).
5. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2005 Aug [cited 2019 Sep 11];11(8):423–30. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2005.11.8.19611>
6. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım Ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu Ve Görüşlerinin Belirlenmesi. 2008;12(1).
7. Vural H, Doğan S, Şalk S, Aslan O CH. Hemşirelik Esasları: Ölümcül Hasta ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Gata Basımevi; 1998. 322-332 p.
8. Öz F. Kayıp, ölüm ve yas süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş; 2004. 276-313 p.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Bayık A. Hemşirelik eğitiminde etik konusunun öğretimi. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 15-17 Kasım 1995; 1995. 7-8 p.
10. Ay M. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. Hacettepe Üniversitesi; 2013.
11. Erkuş G. Etik Eğitiminde Standart Hasta Kullanımının Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Ahlaki Duyarlılık, Ahlaki Muhakeme Ve Etik Karar Verme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
12. Demir G, Biçer S, Sağlık AÜ-GÜ, 2016 U. Hemşirelik Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Düşünceleri. dergipark.org.tr.
13. Çetinkaya F, Hemşirelik NK-HÜ, 2016 undefined. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri. dergipark.org.tr [Internet]. [cited 2019 Sep 12]; Available from: <https://dergipark.org.tr/hunhemsire/issue/26818/332077>
14. Karasu F, Göllüce A, Hizmetleri EG-İÜS. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Ötenazi Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi. dergipark.org.tr [Internet]. [cited 2019 Sep 12]; Available from: <https://dergipark.org.tr/inonusaglik/issue/37019/402035>
15. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. 2009 [cited 2019 Sep 12]; Available from: <http://acikerisim.ohu.edu.tr/xmlui/handle/11480/2808>
16. Abaan S. Ötanazi ve sağlık ekibi. 3P Derg. 1996;4(3):27-34.
17. Doğan S, Güler H, Koçak E, Kelleci M. Sivas İli'nde görev yapan bir grup hemşirenin ötanazi uygulamasına ilişkin görüşleri. Kriz Derg. 1997;5(1):59-63.
18. Mandıracıoğlu M, Özsoy S. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin ötenazi konusuna yaklaşımları. Kriz Dergisi,. Kriz Derg. 1995;3(1-2):307-10.
19. Karahisar F. Ölümcül Hasta, Hemşire Ve Hekimlerin Ölüm Ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Vol. 53. 2013.

**S-125 CANLI VERİCİLİ KARACİĞER NAKLİ SONRASI ALICISI ÖLEN VERİCİLERİN PSİKOSOSYAL SONUÇLARI
PSYCHOSOCIAL OUTCOMES OF DONORS WHOSE RECIPIENTS DIED AFTER LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION.**

Mukadder İSPİR¹, Sezai YILMAZ², Birgül CUMURCU³

1 İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü Malatya/Türkiye

2 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Malatya/Türkiye

3 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Malatya/Türkiye

Özet

Amaç: Canlı vericili karaciğer nakli sonrası alıcısı ölen vericilerin psikososyal sonuçlarını ortaya koymak.

Materyal-Metot: İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü'nde 2012-2017 yılları arasında canlı vericili karaciğer nakli yapılan ve alıcısı ölen 41 ve alıcısı yaşayan 87 verici çalışmaya alındı. Vericilere Demografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck umutsuzluk Ölçeği, Karardan Pişmanlık Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel değerlendirme anketi karşılıklı soru cevap şeklinde uygulandı. İstatistiksel analizde Ki kare ve student-t testi k

Bulgular: Canlı vericili karaciğer nakillerinde alıcı ölümü, vericilerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk düzeyleri ile vericilikten duyulan pişmanlığı artıran ve vericilik deneyimi sonrası elde edilecek psikolojik büyümeyi olumsuz etkileyen bir faktördür.

Sonuç: Vericilerin operasyon sonrası dönemde psikososyal açıdan düzenli takipleri yapılmalı, özellikle alıcısı ölen vericiler daha sık takip edilerek ihtiyaç halinde destek ve tedavileri sağlanmalıdır. Vericilere operasyon öncesi vericiliğin psikososyal sonuçları hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır. Vericilerdeki psikososyal sorunlar daha fazla çalışılmaya muhtaçtır.

Anahtar Kelimeler: Canlı vericili karaciğer nakli, vericiler, alıcı ölümü, psikososyal etki

Abstract

Aim: Our aim was to investigate the psychosocial outcomes of the donors whose recipients died after living donor liver transplantation (LDLT).

Material and methods: Forty-one donors whose recipients died and 87 donors whose recipients were alive after LDLT at Inonu University Liver Transplantation Institute between 2012 and 2017 were included into the study. Demographic data form, Beck anxiety scale,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Beck depression scale, Beck Hopelessness Scale, Posttraumatic Growth Inventory, Decision Regret Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and general evaluation questionnaire were used in all donors by face to face questioning. In addition to the descriptive statistical analysis, chi-square and student's t tests were used to evaluate the differences between the groups.

Results: Recipient death after living donor liver transplantation is a factor that negatively increases the level of anxiety, depression, hopelessness levels, and repentance of donors, and adversely affects the psychological growth of the donors after donation experience.

Conclusion: Regular follow-up of the donors should be done psychosocially in the post-operative period, especially the donors whose recipients have died should be followed up more frequently and their support and treatment should be provided when needed. The donors should also be informed about the psychosocial implications of operative management and post-operative period. More studies are needed regarding the psychosocial problems of the donors.

Key-Words: Living donor liver transplantation, donors, recipient death, psychosocial outcome

GİRİŞ

Karaciğer transplantasyonu, son dönem kronik ve akut karaciğer yetmezliği için kabul edilen bir tedavidir (1). Transplante edilebilir organ azlığı ve artan talep arasındaki eşitsizliği azaltmak için tüm ülkelerde kadavra bağışını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Marjinal kadavra greft kullanımı, kardiyak ölüm sonrası organların alınması ve uygun kadavra greftlerin split ile çoğaltılması donör havuzunu genişletmesine rağmen ne yazık ki yeterli olamamaktadır (2). Yapay organlar veya xenotransplantasyon bir gerçek haline gelene kadar, canlı vericili karaciğer nakli (CVKN) son dönem karaciğer yetmezliğinde ki hastaların tedavisinde günümüzde kadavradan karaciğer nakline en iyi alternatif olmaya devam etmektedir (3). Canlı vericili karaciğer naklinin en önemli dezavantajı sağlıklı bir kişiyi sağlık sorunu olmadığı halde ölüm riski dahil olmak üzere (mortalite ilk 60-90 günde en yüksek olmak üzere % 0.15–0.50) pek çok tıbbi komplikasyon (komplikasyon oranı ise ortalama % 15-25 arasında olup bu oran erişkinden erişkine sağ lob canlı vericilerde (% 40) daha yüksektir) yanında ekonomik, sosyal ve psikolojik bazı sonuçlarla karşı karşıya bırakmaktadır (4).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Günümüzde canlı vericili karaciğer naklinde operasyon öncesi psikososyal değerlendirmenin standartlaşmasına ve uzun vadeli sonuçlarının ortaya koyulmaya çalışılmaktadır. Bu çabaların yanında vericinin psikososyal olarak en fazla etkilenmesi beklenen durum ise karaciğeri verdiği kişinin yaşaması veya ölmesi gibi çok önemli bir parametre üzerinde literatürde hiçbir çalışma yoktur. Çok az sayıda çalışmada (2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 20, 21, 23, 24) alt grup analizlerinde alıcısı ölen vericilere ait sınırlı miktarda sonuçlar bildirilmiştir.

AMAÇ

Amacımız, canlı vericili karaciğer nakillerinde alıcısı ölen vericilerin psikososyal sonuçlarını incelemektir. Bu çalışma alıcısı ölen vericilere odaklanmış literatürde ki bildiğimiz kadar ile çalışmadır.

YÖNTEM

Bu çalışma deneme modelinde kesitsel prospektif bir araştırmadır. Araştırmanın modeli bir deney ve bir kontrol grubu desenine göre oluşturulmuştur. Power analizi ile denek sayısı 41 olarak belirlenmiştir. İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü'nde 2012-2017 yılları arasında yapılan canlı vericili karaciğer naklinde ki 18-55 yaş aralığında alıcısı ölen ve halen yaşayan gönüllü vericiler çalışmaya dahil edilmiş; yabancı uyruklu vericiler ve akraba olmayan vericiler çalışma dışı bırakılarak; alıcısı ölen 41, alıcısı yaşayan 87 verici ile çalışılmıştır. Çalışmada gönüllülere, Demografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ), Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ),

Genel değerlendirme anketi (24 soru) karşılıklı soru cevap şeklinde uygulanmıştır. Görüşme süresi 20-45 dakikadır.

Veriler SPSS 21 (IBM Corp, 2012, Chic IL) üzerine kaydedilerek tanımlayıcı istatistiksel analizler, Ki kare ve student-t testleri uygulanmıştır. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Demografik veriler incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Vericilerin yaş ortalaması 27.7'dir. Vericilerin % 57.1'i erkek, % 42.9'u kadındır.

Her iki gruba da aynı cerrahi müdahale yapılmış olmasına rağmen alıcısı vefat eden vericilerin BAÖ, BDÖ, BUÖ ve KPÖ puanları, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksek, TSGÖ sonuçları ise anlamlı derecede düşüktür. İstatistiksel olarak anlamlı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olmamakla beraber alıcısı vefat eden gruptaki vericiler kontrol grubuna göre SDÖ'n de daha düşük puan almışlardır. Alıcısı vefat eden gruptaki vericiler (aile-arkadaş-özel insan) algıladıkları sosyal desteğin düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Alıcısı vefat eden vericilerin umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeyleri alıcısı yaşayan gruba göre yüksek bulunmuştur. Alıcısı vefat eden % 9.7 verici (4 verici) şiddetli depresyon, % 17.07 verici (7 verici) şiddetli anksiyete ve % 7.31 verici (3 verici) şiddetli umutsuzluk bulguları göstermiştir. Alıcısı yaşayan % 6.89 verici (6 verici) şiddetli anksiyete, % 2.29 verici (2 verici) şiddetli depresyon bulguları göstermiştir. Biz vericilerimizde % 54.7 (70 verici) oranında hafif, orta, şiddetli düzeylerde anksiyete bulguları tespit ettik. Bu oran alıcısı vefat eden grupta her düzeyde diğer gruba göre yüksek olmakla birlikte % 68.3 olarak gerçekleşti. Alıcısı yaşayan grupta bu oran % 48.3 bulundu. Yine vericilerimizde % 39.8 (51 verici) oranında hafif, orta ve şiddetli düzeyde depresyon bulguları gördük. Alıcısı vefat eden grupta orta ve şiddetli düzeyde depresyon bulguları (% 31.7) alıcısı yaşayan gruba göre (% 11.5) ciddi düzeyde yüksek bulundu.

Vericilikten memnuniyet oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Alıcısı vefat eden vericilerin % 80.5'i verici olduğu için memnun olduğunu ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta memnuniyet % 98.9'dur. Vericilikten memnuniyetsizlik oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden grupta vericilerin % 9.75'i memnuniyetsizlik ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta memnuniyetsizlik % 1.1'dir. Vericilikten memnuniyette kararsızlık oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden grupta vericilerin % 9.75'i memnuniyette kararsızlık bildirmiştir.

Verici olmayı önerme oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Alıcısı vefat eden vericilerin % 73.2'si verici olmayı önerirken, alıcısı yaşayan grupta oran % 95.4'tür. Verici olmayı önermeme oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden vericilerin % 17.1'i verici olmayı önermemektedir. Ayrıca alıcısı yaşayan 4 verici ve alıcısı vefat eden 4 verici, verici olmayı önerme konusunda kararsızlık bildirmiştir.

Vericilikten manevi kazanım elde edilme oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Alıcısı vefat eden vericilerin % 63.4'ü verici olduğu için manevi kazanımları olduğunu ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta manevi kazanım % 90.8'dir. Vericilikten manevi kazanım elde edilmeme oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden vericilerin % 26.8'i verici olduğu için manevi kazanımları olmadığını ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta manevi kazanım elde edilmeme oranı % 5.7'dir. Ayrıca alıcısı yaşayan 3 verici ve alıcısı vefat eden 4 verici, vericilikten manevi kazanım konusunda kararsızlık bildirmiştir.

Vericilik sonrası ruhsal sorun yaşam oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden grupta vericilerin % 31.7'si vericilik sonrası ruhsal sorunlar yaşadığını ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta ruhsal sorun yaşama oranı % 14.9'dur.

Alıcısı ölen vericiler karaciğer naklinin hastalarına faydalı olmadığına inanmaktadır. Karaciğer naklinin alıcıya faydalı olduğuna inanma oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Alıcısı vefat eden vericilerin % 17.1'i karaciğer naklinin hastasına faydalı olduğunu ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta bu oran % 88.5'dir. Karaciğer naklinin alıcıya faydalı olduğuna inanmama oranı alıcısı vefat eden grupta, alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Alıcısı vefat eden vericilerin % 73.2'si karaciğer naklinin hastasına faydalı olmadığını ifade ederken, alıcısı yaşayan grupta bu oran % 6.9'dur. Ayrıca alıcısı yaşayan 4 verici ve alıcısı vefat eden 4 verici, karaciğer naklinin hastasına faydalı olduğu konusunda kararsızlık bildirmiştir.

Vericilere yöneltilen ve alınan cevaplar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen çok önemli geri bildirimler alınmıştır. Alıcısı vefat eden vericilerde çok daha yüksek oranlarda olmak üzere vericiler, vericiliğin kendilerini ekonomik ve fiziksel olarak olumsuz etkilediğini, işlerine ve normal yaşantılarına dönmelerinin çok zaman aldığını ve gelecekte sağlıkları ve iş hayatı, evlilik, çocuk sahibi olma gibi konularda endişeleri olduğunu bildirmişlerdir. Vericilerden 7 tanesi aile ve çevre baskısı altında verici olduğunu bildirmiştir.

Alıcısı vefat eden vericilerin % 7.3'ü (3 verici) pişmanlık bildirmiş ve % 7.3 (3 verici) tekrar aynı şeyi yapması gerekirse kesinlikle verici olmayacağını ifade etmiştir. Alıcısı yaşayan vericilerin % 2.3'ü (2 verici) pişmanlık bildirmiş ve tekrar aynı şeyi yapması gerekirse kesinlikle verici olmayacağını ifade etmiştir. Alıcı kaybı yaşayan vericilerin % 85.4'ü yine aynı seçimi yapacağını ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde canlı vericili karaciğer nakillerinde alıcı ölümünün vericiler üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma yoktur. Bunun sebebi vericilere ulaşılamaması, vericilerin çalışmaya

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

katılmak istememesi ya da merkezlerin acılarını tazelememek adına alıcı ölümü yaşayan vericilerle çalışmak istememesi gibi faktörler etkili olabilir. Bizim çalışmamızda da vericilere ulaşmakta sıkıntı yaşadık. Hastane kayıtlarını incelediğimizde alıcısı vefat eden vericilerin sadece % 11.6'sının düzenli olarak kontrole geldiğini, % 63.8'inin ise hiç kontrole gelmediğini gördük. Telefonla iletişime geçmeye çalıştığımızda ulaşabildiğimiz 60 vericiden çoğunluğu acısını tazelemek istemediği için hastanemize kontrole gelmediğini, gelmeyeceğini ve diğer hastaneleri tercih ettiğini ifade etmiştir. Bunun doğal sonucu olarak da alıcısı vefat eden vericilerin sadece % 25'i çalışmamıza katıldı. Benzer şekilde karaciğer vericilerinin yaşam kalitesi çalışmalarında alıcı ölümü yaşayan vericilerin çalışmaya katılım oranları % 6.7 (5), % 2.9 (6) olarak gerçekleştiği görülmektedir. Nitekim alıcı ölümü ve alıcı majör komplikasyon yaşayan vericilerin çalışmaya katılım oranlarının düşük olduğu (7) ve alıcı ölümü ile çalışmaya katılım oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (8). Görüşmeler vericiler için nakil kararı, verici olma, hastaneye geliş, ölüm haberinin alınışı, alıcının cenazesine kadar tüm süreci, zaman zaman öfkelenerek, bazen ağlayarak, bazen uzun sessizliklerle tekrar tekrar yaşadıkları yıpratıcı bir deneyim oldu. Çalışmayı yapan grup olarak bizim için de zorlayıcı bir deneyim olduğunu kabul etmek gerekir. Ancak alıcı ölümünün vericiler üzerindeki etkilerinin ortaya konulması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu alandaki çalışmaların derinleştirilmesi bir gerekliliktir.

Bu çalışmada, aynı cerrahi müdahalenin yapıldığı, demografik özellikler açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmayan 2 grubu alıcı ölümü değişkenine göre inceledik. Sonuçlarımız canlı vericili karaciğer nakillerinde alıcı ölümünün, vericilerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk düzeyleri ile vericilikten duyulan pişmanlığı artıran ve vericilik deneyimi sonrası elde edilecek psikolojik büyümeyi olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu gösterdi. Literatürde alıcının iyi olma halinin vericinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğunu (9) ve alıcı ölümünün vericinin yaşam kalitesi açısından bir risk faktörü olduğunu (10) vericinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini (11) ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi aksini söyleyen (7, 12) çalışmalar da mevcuttur.

Karaciğer vericilerinde depresif bulgular görülme aralığı % 4-22 (4) olduğu ve vericilerin yaklaşık % 40'ında 1-3 psikolojik rahatsızlık ölçütü görüldüğü, en çok bildirilen psikolojik rahatsızlıklardan ikisinin anksiyete (% 40) ve depresyon (% 34) olduğu bildirilmiştir (13). Biz vericilerde % 54.7 oranında hafif, orta, şiddetli düzeylerde anksiyete ve % 39.8 oranında hafif, orta ve şiddetli düzeyde depresyon bulguları tespit ettik. Bu oranlar alıcısı vefat eden

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

grupta her düzeyde diğer gruba göre yüksek gerçekleşti. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon oranları literatüre göre yüksektir. Bunun nedeni alıcı ölümü deneyimleyen vericilerdeki yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri ve daha önce böyle bir grubu inceleyen ciddi bir çalışma yapılmamış olmasıdır.

Alıcı ölümü deneyimleyen vericilerin % 17.07'sinde şiddetli anksiyete ve % 9.75'inde şiddetli depresyon bulguları, % 7.3'ünde şiddetli düzeyde umutsuzluk tespit ettik. Alıcısı ölen vericiler % 31.7, alıcısı yaşayan vericiler ise % 14.9 oranında ruhsal sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Canlı vericili karaciğer naklinde alıcı sonuçları ile vericinin psikolojik sorunları arasındaki pozitif ilişki olduğu bildirilmiş (5, 14) ancak sorunlar tanımlanmamıştır. Yine karaciğer vericileri ile yapılan kısa ve uzun dönem yaşam kalitesi çalışmaları alıcısı ölen vericilerin yaşayanlara göre vericilik deneyiminden ruhsal olarak daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir (5, 6, 10, 11). Walter ve arkadaşları nakil sonrası dönemde alıcılarını kaybeden karaciğer vericilerinde yalnızca üzüntü duyguları bulmuşlardır (2). Alıcısı ölen vericilerin daha sıkı psikolojik takip ve desteğe ihtiyaç duyduğu ortadadır. Bu vericilerin için psikiyatri departmanı ile işbirliği içinde özel takip programları oluşturulmalıdır.

Dew ve arkadaşları; karaciğer vericilerinde ortalama travma sonrası büyüme skorlarını, ölçeğin orta noktalarında bulmuşlar ve vericilerin ortalama olarak yüksek psikolojik büyüme yaşadıklarını bildirmişlerdir (15). Bizim sonuçlarımız da vericilerin vericilik deneyimi sonrası yüksek psikolojik büyüme yaşadıklarını (kişilerarası ilişkilerde olumlu değişimler, benliğin algılanmasında değişiklikler, yaşamın değerini anlama, yaşam felsefesinde değişiklikler, yeni seçeneklerin fark edilmesi ve inanç sistemindeki değişim) gösterdi ancak alıcı ölümü yaşayan vericilerde büyüme alıcısı yaşayan gruba göre anlamlı derecede düşük gerçekleşti. Yine alıcısı ölen vericiler % 63.4 oranında manevi kazanım bildirirken alıcısı yaşayan vericilerin % 90.8 oranında kazanım bildirmesi düşük psikolojik büyümeyi destekler niteliktedir.

Alıcısı yaşayan karaciğer vericileri ile yapılan çalışmalarda vericiler % 96-100 oranında vericilik deneyiminden faydalandıklarını ifade etmişlerdir (16, 17). Vericiler % 86.7-100 oranında tekrar bağışta bulunacaklarını (17, 18) ifade ederken, % 13.3 verici yaşadıkları acı ve zorluklardan ötürü (hiçbir majör komplikasyon yaşanmamıştır) tekrar bağışta bulunmayacakları bildirmiştir (18). Bunun yanında pek çok çalışmada vericiler alıcıları ölmesine rağmen pişmanlık bildirmemişlerdir (5, 10, 11, 19, 20). Matoka ve arkadaşlarının pediatrik alıcılı 15 verici (3 alıcı ölümü ve 6 alıcıda ciddi komplikasyon) ile yaptıkları çalışmada alıcı ölümü ve greft kaybı yaşayan vericiler, çocuklarını kurtarmak için mümkün

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olan her şeyi yaptıklarını bildikleri için rahatladıklarını ve pişmanlık duymadıklarını ifade etmişlerdir (20). Diğer taraftan karaciğer vericileri ile ilgili pek çok çalışma pişmanlık bildiren vericilerin alıcısı ölen ya da majör komplikasyon yaşayan vericiler olduğunu ortaya koymuştur. Miyagi ve arkadaşlarının çalışmasında alıcısı ölen 2 verici dışında pişmanlık bildirilmemiştir (6). Yine Gökçe ve arkadaşlarının çalışmasında greft kaybı yaşayan 2 verici dışında pişmanlık yoktur (14). Fukuda ve arkadaşlarının çalışmasında, pişmanlık bildiren % 3.6 vericiden, % 2.4'ü alıcı ölümü, % 1.2'si alıcısı hali hazırda sağlık sorunları yaşayan vericilerdir (8). Bizim çalışmamız alıcı ölümünün vericilikten pişmanlığı artırdığını ortaya koymaktadır. Alıcısı yaşayan vericilerin % 2.3'ü pişman olduğunu, tekrar aynı şeyi yapması gerekirse kesinlikle verici olmayacaklarını, % 91.9'u ise kesinlikle aynı seçimi yapacaklarını ifade etmişlerdir. Alıcısı ölen vericiler % 7.3 pişmanlık bildirmiş, % 85.4 verici alıcısını kaybetse bile kararının akıllıca olduğunu, pişman olmadığını, tekrar aynı şeyi yapması gerekirse yine verici olacağını ifade etmiştir.

Vericilere yöneltilen sorular ve alınan cevapları incelediğimizde, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen çok önemli geri bildirimler aldık. Alıcısı vefat eden vericilerde çok daha yüksek oranlarda olmak üzere vericiler; vericiliğin kendilerini ekonomik ve fiziksel olarak olumsuz etkilediğini, işlerine ve normal yaşantılarına dönmelerinin çok zaman aldığını ve gelecekte sağlıkları ve iş hayatı, evlilik, çocuk sahibi olma gibi konularda endişeleri olduğunu bildirmişlerdir. Alıcısı yaşıyor olmasına rağmen, vericilik deneyimi bazı vericiler için fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan daha yıpratıcı olabilmektedir. Durum böyleyken tüm riskleri göze almanın sebebi olan alıcının kaybı yaşanan sıkıntıları derinleştirmekte, psikososyal iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir.

Vericiler % 33-40 oranında vericiliğin kendilerini ve ailelerini ekonomik olarak olumsuz etkilediğini ifade ettiler. Ülkemizde karaciğer nakli ameliyatlarında alıcı ve verici maliyetleri sağlık sigortası kapsamında olmasına rağmen yatış sürecinde yapılan ek giderler (konaklama, yeme-içme, ulaşım) iyileşme döneminde çalışmama ya da işe dönüşün uzun sürmesi, ailenin geçimini sağlayan kişinin kaybı gibi sebeplerle ekonomik olarak etkilenmektedirler. Nitekim vericilerin % 55.5'i işlerine dönmelerinin çok zaman aldığını ifade ettiler. Vericilerin çoğunun nakil sonrası süreçte mali sıkıntılar yaşadıkları (15, 20), istihdam durumu ve gelir kaybının en önemli stresörler olduğu (21) bazı çalışmalarda ortaya konulmuştur. Vericilerin ameliyat öncesi dönemde vericiliğin olası ekonomik sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Karaciğer vericilerinin aile, iş ve sosyal ilişkilerinin % 80 oranında bozulmadığı veya daha iyi olduğunu (5, 16), % 26-56 oranında gelişmiş ilişkiler (4) rapor eden çalışmaların yanında % 25 oranında aile ilişkilerine olumsuz etkilerinden bahseden (14) çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda vericilerin % 12.5'i vericilik sonrası aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ifade ettiler. Görünen o ki sadece vericiler değil bazı hallerde verici ailesinin de psikolojik olarak desteklenmesi gerekmektedir.

Vericiler, vericiliğin gelecekteki hayatlarına etkilerinde ki belirsizlikten dolayı % 31.2 oranında sağlık; % 25.8 oranında evlilik, iş hayatı, çocuk sahibi olabilme konularında endişe bildirdi. Aynı endişeler % 17-44 oranında benzer çalışmalarda da (4, 8, 13, 15) ortaya konulmuştur. Karaciğer vericilerinde bu konular çalışılmaya muhtaçtır.

Vericilerin % 37.5'i vericilikten ötürü bedensel sorunlar yaşadığını, % 32'si verici olmanın sağlığını bozduğunu ifade ederken, % 53.9'u verici olmadan önce daha sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Benzer çalışmalarda karaciğer vericilerinde % 15-48 oranında fiziksel sağlık sorunları tespit edilmiş, vericilerin % 22'si vericilik öncesi fiziksel faaliyetlerini yapamadığını ifade ederken (15), % 25 verici vericiliğin sağlıklarına zarar verdiğini düşünmektedir (20). Karaciğer vericilerinde fiziksel yaşam kalitesinin ilk 3 ay kötüleştiği sonrasında 6-12 aylık sürede eski haline döndüğü bazı çalışmalarda ortaya konulmuştur (12,18,22). Vericiler vericilik sonrası fiziksel kısıtlılıklar ve iyileşme süreci hakkında bilgilendirilmelidir. Belirsizlik ve bilgisizlik endişe ve stresi artırarak psikososyal iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir.

SONUÇ

Bu çalışmada canlı vericili karaciğer nakli sonrası alıcı ölümü yaşayan vericilerde çok daha yüksek oranlarda olmak üzere, vericilerin önemli psikososyal sorunlar yaşadığını gözlemlenmiştir. Vericilerin operasyon öncesi psikiyatrik değerlendirmeleri mutlaka yapılmalıdır. Vericiler karaciğer vericiliğin psikososyal sonuçlarına ilişkin bilgilendirme yapılmalı ve onam formlarında psikososyal riskler yer bulmalıdır. Operasyon sonrası dönemde de düzenli kontrolleri sağlanmalı, bu kontrollerde tıbbi takipleri yanında psikiyatrik takip ve tedavileri yapılmalıdır. Özellikle alıcı ölümü deneyimleyen vericilerin psikososyal açıdan daha sıkı takip edilerek, ihtiyaç halinde destek ve tedavi sağlanmalıdır. Yapay organlar veya xenotransplantasyon bir gerçek haline gelene kadar, canlı vericili karaciğer nakli son dönem karaciğer yetmezliğinde ki hastaların tedavisinde günümüzde kadavradan karaciğer nakline en iyi alternatif olmaya devam edecektir. Canlı vericili karaciğer naklinin en önemli

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dezavantajı sağlıklı bir kişiyi sağlık sorunu olmadığı halde tıbbi ve psikososyal bazı risklerle karşı karşıya bırakmasıdır. Vericilerdeki psikososyal sorunlar daha fazla çalışılmaya muhtaçtır. Bu sorunların tanımlanması önlemlerin alınması açısından önemlidir. Canlı vericilerdeki sorunların çözümü için kadaverik karaciğer nakli programlarının geliştirilmesi gereklidir. Ülkemizde 2018 yılı pmp oranı 7,29 olup maalesef ihtiyacı karşılamaktan çok uzaktır. Özellikle ülkemiz gibi canlı vericili karaciğer naklinin çoğunlukta yapıldığı ülkeler için yapay organ ya da xenotransplantasyon gibi yeni organ kaynaklarının geliştirilmesi üzerinde çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Intaraprasong, P., Sobhonslidsuk, A., Tongprasert, S. (2010). Donor outcomes after Living Donor Liver Transplantation (LDLT). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(11), 1340-1343.
- 2- Walter, M., Papachristou, C., Pascher, A., Danzer, G., Neuhaus, P., Klapp, B.F., ve diğerleri. (2006). Impaired psychosocial outcome of donors after living donor liver transplantation: a qualitative case study. *Clinical Transplantation*, 20, 410-415.
- 3- Broelsch, C.E., Testa, G., Alexandrou, A., Malagó, M. (2002). Living related liver transplantation: medical and social aspects of a controversial therapy. *Gut*, 50(2), 143-145.
- 4- Dew, M.A., Butt, Z., Humar, A., DiMartini, A.F. (2017). Long-Term Medical and Psychosocial Outcomes in Living Liver Donors. *American Journal of Transplantation*, 17, 880-892.
- 5- Kim-Schluger, L., Florman, S.S., Schiano, T., O'Rourke, M., Gagliardi, R., Drooker, M. Ve diğerleri. (2002). Quality of life after lobectomy for adult liver transplantation. *Transplantation*, 73(10), 1593-1597.
- 6- Miyagi, S., Kawagishi, N., Fujimori, K., Sekiguchi, S., Fukumori, T., Akamatsu, Y., ve diğerleri. (2005). Risks of donation and quality of donors' life after living donor liver transplantation. *Transplant International*, 18, 47-51.
- 7- Takada, Y., Suzukamo, Y., Oike, F., Egawa, H., Morita, S., Fukuhara, S., ve diğerleri. (2012). Long-Term Quality of Life of Donors After Living Donor Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 18, 1343-1352.
- 8- Fukuda, A., Sakamoto, S., Shigeta, T., Uchida, H., Hamano, I., Sasaki, K., ve diğerleri. (2014). Clinical Outcomes and Evaluation of the Quality of Life of Living Donors for Pediatric Liver Transplantation: A Single-Center Analysis of 100 Donors. *Transplantation Proceedings*, 46, 1371-1376.
- 9- Jin, S.G., Xiang, B., Yan, L.N., Chen, Z.Y., Yang, J.Y., Xu, M.Q., ve diğerleri. (2012). Quality of life and psychological outcome of donors after living donor liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 14; 18(2), 182-187.
- 10- Ladner, D.P., Dew, M.A., Forney, S., Gillespie, B.W., Brown, R.S., Merion, R.M., ve diğerleri. (2015). Long-term quality of life after liver donation in the adult to adult

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- living donor liver transplantation cohort study (A2ALL). *Journal of Hepatology*, 62, 346–353.
- 11- Kousoulas, L., Emmanouilidis, N., Klempnauer, J., Lehner, F. (2011). Living-Donor Liver Transplantation: Impact on Donor's Health-Related Quality of Life. *Transplantation Proceedings*, 43, 3584–3587.
- 12- Togashi, j., Sugawara, Y., Tamura, S., Yamashiki, N., Kaneko, J., Aoki, T., ve diğerleri. (2011). Donor quality of life after living donor liver transplantation: a prospective study. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 18(2), 263-267.
- 13- Hsu, H.T., Hwang, S.L., Lee, P.H., Chen, S.C. (2006). Impact of Liver Donation on Quality of Life and Physical and Psychological Distress. *Transplantation Proceedings*, 38, 2102–2105.
- 14- Gökçe, S., Durmaz, Ö., Gürsu, G.P., Aydoğan, A., Çeltik, C., Özden, İ., ve diğerleri. (2011). Assessment of living donors with respect to pre- and posttransplant psychosocial properties and posttransplant family functioning in pediatric liver transplantation. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 22(1), 36-41.
- 15- Dew, M.A., DiMartini, A.F., Ladner, D.P., Simpson, M.A., Pomfret, E.A., Gillespie, B.W., ve diğerler. (2016). Psychosocial Outcomes 3 to 10 Years After Donation in the Adult to Adult Living Donor Liver Transplantation Cohort Study (A2ALL). *Transplantation*, 100(6), 1257–1269.
- 16- Trotter, J.T., Talamantes, M., McClure, M., Wachs, M., Bak, T., Trouillot, T., ve diğerleri (2001). Right Hepatic Lobe Donation for Living Donor Liver Transplantation: Impact on Donor Quality of Life. *Liver Transplantation*, 7(6), 485-493.
- 17- Basaran, O. , Karakayali, H., Emiroglu, R., Tezel, E., Moray, G., Haberal, M. (2003). Donor Safety and Quality of Life After Left Hepatic Lobe Donation in Living-Donor Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 35, 2768-2769.
- 18- Chan, S.C., Liu, C.L., Lo, C.M., Lam, B.K., Lee, E.W., Fan, S.T. (2006). Donor Quality of Life Before and After Adult-to-Adult Right Liver Live Donor Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 12, 1529-1536.
- 19- Diaz, G.C., Renz, J.F., Mudge, C., Roberts, J.P., Ascher, N.L., Emond, J.C., ve diğerleri. (2002). Donor Health Assessment After Living-Donor Liver Transplantation. *Annals of Surgery*, 236(1), 120–126.
- 20- Matoka, M.C., Sieglar, M., Cronin, D.C. (2004). Long-Term Quality of Life Issues Among Adult-to-Pediatric Living Liver Donors: A Qualitative Exploration. *American Journal of Transplantation*, 4, 744–750.
- 21- Verbese, J.E., Simpson, M.A., Pomposelli, J.J., Richman, E., Bracken, A.M., Garrigan, K., ve diğerleri. (2005). Living Donor Adult Liver Transplantation: A Longitudinal Study of the Donor's Quality of Life. *American Journal of Transplantation*, 5, 2770–2777.
- 22- Parikh, N.D., Ladner, D., Abecassis, M., Butt, Z. (2010). Quality of Life in Donors after Living Donor Liver Transplantation: A Review of the Literature. *Liver Transplantation*, 16(12), 1352–1358.
- 23- Kroencke, S., Nashan, B., Fischer, L., Erim, Y., Schulz, K.H. (2014). Donor Quality of Life up to Two Years After Living Donor Liver Transplantation: A Prospective Study. *Transplantation*, 97, 582-589.
- 24- Erim, Y., Beckmann, M., Gamazo, C.V., Malago, M., Frilling, A., Schlaak, J.F., ve diğerleri. (2006). Quality of Life and Psychiatric Complications After Adult Living Donor Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 12, 1782-1790.

S-126 PEDIATRİK BAKIM YÜKÜNÜ DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER

SCALES USED IN ASSESSING THE BURDEN OF PEDIATRIC CARE

Ayşe SÜLÜN₁, Emriye Hilal YAYAN₂

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Özet

Bakım sorumluluğunu üstlenmiş aile bireylerinin değişen duruma uyum sağlama becerilerini desteklemek bakım yükü ölçeklerinin kullanılmasıyla gerçekleştirilebilir. Bu derlemede, hasta çocuğa bakım sunan bakım vericilerin, bakım yüklerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin özellikleri, geçerlilik ve güvenilirliklerinin paylaşılması amaçlanmıştır. Çalışma literatür taraması yapılarak sentez amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Literatürde “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver strain index, burden interview” gibi çeşitli bakım yükü değerlendirme araçları saptanmıştır. Türkiye’de ise “aile yükü değerlendirme ölçeği, zarit bakım yükü ölçeği” gibi değerlendirme araçları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile elde edilmiş olup, “aile yükü değerlendirme ölçeği” geliştirilmiş Türkçe özgün ve kültürel bir ölçek olarak saptanmıştır.

Literatürde var olan ölçekler yetişkin ve çocuk hastaya bakım verenlerin yükünü ölçmekte ya da belli bir hastalığa sahip çocuğa bakım veren kişilerin bakım veren yükünü değerlendirmektedir. Bu nedenle ülkemizde pediatrik bakımda kronik hastalıklı çocuğa bakım verenlerin bakım yüklerini farklı boyutlarda, etkin bir şekilde değerlendirebilecek özgün ve kültürel ölçüm araçlarına gereksinim olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Bakım Yükü, Ölçek

Abstract

Supporting the ability of care-responsible family members to adapt to the changing situation can be achieved through the use of care burden scales. In this review, it is aimed to share the characteristics, validity and reliability of the scales used to evaluate the care burdens of the care donors who provide care to the sick child. The study was carried out for synthesis by scanning literature.

Several maintenance load assessment tools such as “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver strain index, burden interview” have been identified in the literature. In Turkey,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

assessment tools such as “family load assessment scale, Zarit care load scale” were obtained through validity and reliability study and “family load assessment scale” was determined as an original and cultural scale in Turkish developed.

The scales present in the literature measure the burden of caring for the adult and child patient, or assess the burden of caring for the child with a particular disease. For this reason, it has been observed that in pediatric care in our country, there is a need for unique and cultural measurement tools that can effectively evaluate the care burdens of those who give care to the chronically diseased child in different dimensions.

Key Words: Children, Burden Care, Scale

GİRİŞ

Bireylerin hastalıkları sürecinde meydana gelen semptomlar yaşam kalitelerini, aile, arkadaş, okul, iş gibi sosyal hayatlarını olumsuz etkileyebilmektedir (1,2). Bu durum hem hasta hem de ona bakım vermekle sorumlu olan bakım vericiler üzerinde etkili olmaktadır (1,2,3).

Bakım vermeyle ilgili yapılan araştırmalarda yük kavramı son yıllarda üzerinde durulan bir konudur. Bakım verme sürecinin bakım vermekle yükümlü kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini bulmaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamıştır (2,3).

Literatürde “yük” bakım verenin üstlendiği bakımın sonucu açığa çıkan psikolojik, ekonomik, sosyal, aile ilişkilerinde problemler gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (1-3).

Bakım vermekle sorumlu olmanın bireylere getirdiği yük genellikle ailelerin omuzlarına yüklenmektedir (1-3). Hastalık olayı aile üyelerinin günlük rutinlerinin ve yaşam aktivitelerinin bozulmasına yol açmaktadır (4-8). Aile üyelerinin rol ve sorumlulukları değişir. Bu değişiklikler; aile içi roller, özel yaşam alanları, sosyal çevreler, beklentiler, planlar, iş yaşamı gibi alanlarda olabilir (1-6). Ailenin ekonomi, eğitim düzeyi, meslekleri, kültürleri, hastalık, çocuğun yaşı gibi çeşitli etmenlerin ebeveynlerin stres durumunu etkilediği belirtilmektedir. Ailelerin kronik duygusal stres yaşamaları; ailelerin algıladıkları güçlükleri ve kaygı düzeylerini arttırmakta, baş etmede ciddi sorunlara yol açmakta ve aile yükünü arttırmaktadır. Araştırmalara göre, ailelerin yaşadığı stres, genellikle tanı döneminde en yoğun düzeyde olmakla birlikte, ilerleyen süreçte çocukların ebeveynlere olan bağımlılığının artması ailelerin enerjilerini düşürmekte, aile bireylerini eve bağımlı kılmakta ve özel yaşamlarını kesintiye uğratmaktadır (9,10). Sosyal izolasyon ve yalnızlık duyguları

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yaşanabilmektedir. Bu durum yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastalığın etkisi yalnızca çekirdek aile içinde kalmayıp, geniş aile ilişkilerine de yayılabilmektedir (8-11).

Yapılan çalışmalarda da bakım yükünün ciddi boyutlara ulaşabilen fiziksel hastalıklara, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, tükenmişlik gibi sorunlara yol açtığı bildirilmektedir (6-10). Ayrıca çalışmalarda bakım yükünün artması ya da azalmasında çocuğa bakım verenlere ait yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi, bağımlılık düzeyi, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı, algılanan sosyal destek düzeyi ve evde bakım hizmetlerinden yararlanma durumu gibi özelliklerin etkili olduğu belirtilmektedir (13-15)

Sağlık çalışanları açısından primer bakım vericilerin bakım yükünün ve bakım yükünü etkileyen etmenlerin belirlenmesi bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanmasını sağlayacaktır. Bakım sorumluluğunu üstlenmiş aile bireylerinin yaşadığı güçlüğü belirlemek, bakım verme rollerini tanımlamak, değişen duruma uyum sağlama becerilerini desteklemek ve değerlendirmek bakım yükü ölçeklerinin kullanılmasıyla gerçekleştirilebilir (15-19). Bu çalışma, hasta çocuğa bakım sunan bakım vericilerin, bakım yüklerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin özellikleri, kullanım alanları, geçerlilik ve güvenilirliklerinin paylaşılması için var olan çalışmaları gözden geçirmek/sentez amacıyla yapılmıştır (19-22).

MATERYAL VE METOD

Bakım yükü, çocuk, ölçek anahtar kelimeleri kullanılarak Pubmed, Wiley, Google Scholar, Sage, Science Direct, EBSCO veri tabanları taranmıştır. 1980- 2019 yılları arasındaki tüm ölçek çalışmaları araştırılmış, anket çalışmaları dahil edilmemiştir. Ulaşılan kaynaklardan örnekleminde bakım yükü ile ilgili geçerlilik ve güvenilirlikler çalışması olan 30 araştırma incelenmiştir. Konu ile ilgili yapılmış anket çalışmaları, sistematik derleme, derleme çalışmaları dışlanmıştır. Bu çalışmada ele alınan makalelerin çalışmaya katılma ölçütleri; bakım yükünü değerlendirmek için geliştirilmiş ya da geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler ve online tam metnine ulaşılabilen çalışmalardır. Çalışmaları dışlama ölçütleri ise bakım yükünü değerlendirmeyen çalışmalar, olgu sunumları, panel sunumları ve anket çalışmalarıdır.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

BULGULAR

Literatürde “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver strain index, burden interview, caregiver burden tool, Bass’ model, caregiver perceived burden, Montgomery’s burden scale, questionnaire on resources and stres” olarak çeşitli bakım yükü değerlendirme araçları saptanmıştır. Tarama sonucu bulunan bakım yükü ölçekleri aşağıda verilmiştir.

Tablo.1 Bakım Yükü Ölçekleri

ÖLÇEK ADI	BAKIM ALAN GRUP	GELİŞTİRİLEN YAZAR	ALT BOYUTLARI	PUANLAMA	MADDE SAYISI
Caregiver Tasks	Kanser Hastaları	Stezt	Tek Boyutlu	6’lı likert	15
Caregiver Load Scale	Radyoterapi Alanlar	Oberst ve ark.	Tek Boyutlu	5’li likert	10
Caregiver Strain İndex	Cerrahi Hastaları	Robinson	Tek Boyutlu	Evet – hayır	13
Burden İnterview	Demens, Yaşlı	Zarit, Reeve ve BachPeterson	Tek Boyutlu	5’li likert	22 25 29
Caregiver Burden Tool	Yaşlı Kanser Hastaları	Ferrel	Tek Boyutlu	5’li likert	17
Bass’ Model	Yaşlı	Bass ve Bowman	5 Boyutlu	-	8
Caregiver Perceived Burden	Terminal Dönemdeki Hasta	Strawbridge ve Wallhagen	Tek Boyutlu	Problem değil Her zaman problem	22
Montgomery’s Burden Scale	Yaşlı	Montgomery	2 boyutlu	5’li likert	22
Questionnaire On Resources And Stres	Kronik Hastalığı Olan Bireyler	Holroyd ve ark.	15 Boyutlu	Doğru-yanlış	28 5
Screen For Caregiver Burden	Alzheimer Hastaları	Vitaliano	2 boyutlu	5’li likert	25
Caregiver Reaction Action	Fiziksel, Mental Hastalığı olanlar ve	Given ve ark.	5 Boyutlu	5’li likert	24

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Kanser hastaları				
Caregiver Aprasial Scale	Demens Yaşlı	Lawton	5 Boyutlu	5'li likert	47
Aprasial Of Caregiving Scale	Alzheimer Hastaları	Oberst ve ark.	4 Boyutlu	5'li likert	53
Caregiver Burden Inventory	Demens Hastaları	Guest ve Novak	5 Boyutlu	-	24

Tablo 1’de görüldüğü kanser hastalarına bakım verenlerin yükünü değerlendirmek için Caregiver Tasks, Caregiver Burden Tool, Caregiver Reaction Action ölçekleri geliştirilmiştir. Caregiver Load Scale ise radyoterapi alan hastalar için, Caregiver Aprasial Scale, Caregiver Burden Inventory, Burden İnterview ölçekleri ise demans hastaları için geliştirilen değerlendirme araçlarıdır. Bass’ Model ve Montgomery’s Burden Scale ölçüm araçları ise yaşlı hastalar için geliştirilmiştir. Bakım yükünü değerlendirmek için geliştirilen ilk ölçek 1980 yılında Zarit tarafından geliştirilen Burden İnterview ölçeğidir. Bu ölçek tek boyutlu ve puanlaması beşli likert şeklindedir. Ölçeğin 22,25,29 maddeden oluşan formları mevcuttur (Tablo.1).

698

Tablo 2. Türkçe Bakım Yükü Ölçekleri

ÖLÇEK ADI	BAKIM ALAN GRUP	GEÇERLİK GÜVENİRLİK YAPAN YAZAR/ GELİŞTİREN YAZAR	ALT BOYUTLARI	MADDE SAYISI
Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği	Zihinsel Engelli Çocuklar	Sarı	Altı Boyutlu	43
Zarit Bakım Yükü Ölçeği	Yaşlılar	İnci	Dört boyut	22
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri	Demens	Küçüküçlü ve ark.	Beş Boyutlu	24

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Algılanan aile Yüğü Ölçeği	Şizofreni Tanılı Aile Üyesi Olan Aile	Arslantaş ve ark.	Üç Boyutlu	Alt	24
Türkçe Bakım Veren Yüğü Ölçeği	Yaşlılar	Akıncı ve Akyay	Beş Boyutlu	Alt	22
Bakım Verenlerin Stres Ölçeği	Onkoloji Hastaları	Uğur ve Fadıloğlu	Alt Boyut yok	Boyut	13
Aile Bireyimize Yardımcı Olmaya Gösterdiğiniz Tepkiler Ölçeği	Yaşlılar	Uğur ve Fadıloğlu	Alt Boyut yok	Boyut	15

Türkiye’de ise “aile yüğü değerlendirme ölçeği, zarit bakım yüğü ölçeği, bakım verenlerin yüğü envanteri, algılanan aile yüğü ölçeği, Türkçe bakım veren yüğü ölçeği ” değerlendirme araçları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile elde edilmiş olup, “aile yüğü değerlendirme ölçeği” geliştirilmiş Türkçe özgün ve kültürel bir ölçek olarak saptanmıştır (Tablo 2).

699

SONUÇ

Literatürde “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver burden tool, caregiver strain index, burden interview” olarak çeşitli bakım yüğü değerlendirme araçları saptanmıştır. Değerlendirme araçlarından en yaygın kullanımı olan Zarit bakım ölçeğidir. Türkiye’de ise “aile yüğü değerlendirme ölçeği, zarit bakım yüğü ölçeği, bakım verenlerin yüğü envanteri, algılanan aile yüğü ölçeği, Türkçe bakım veren yüğü ölçeği ” değerlendirme araçları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile elde edilmiş olup, “aile yüğü değerlendirme ölçeği” geliştirilmiş Türkçe özgün ve kültürel bir ölçek olarak saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda Türkiye’de ise az sayıda bakım yüğü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olup, Türkçeye çevrilmiş olan bu ölçekler çoğunlukla kanser hastaları ve yaşlılar üzerinde kullanılmakla birlikte aynı zamanda çocuk hastalarda da kullanıldığı. Bakım vericilerin bakım yüklerini anlamak, problemlerini tanımlamak için Türk kültürüne özgün geçerli ve güvenilir değerlendirme araçlarının kullanılması anlamlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1) Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- 2) Turan Gürhopur, F. D., & İşler Dalgıç, A. (2017). Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Ebeveynlerde Aile Yüğü. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 8(1).
- 3) Deveci, M., & Ahmetoğlu, E. (2018). Zihin Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 123-131.
- 4) Çetin, M. E., & Sönmez, M. (2018). Çoklu yetersizliğe sahip çocuğu olan annelerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi. *İlköğretim Online*, 17(3).
- 5) Beyazıt, U. (2017). Hastanede Tedavi Gören Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Verme Yüğünün İncelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 10-19.
- 6) Balcı, S., Kızıl, H., Savaşer, S., Dur, Ş., & Mutlu, B. (2019). Orjinal Makale Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin yaşadığı güçlüklerin ve aile yüğünün belirlenmesi.
- 7) Çalışır, H., Karabudak, S. S., Karataş, P., Tosun, A. F., & Meşelan, İ. (2018). Serebral Palsili Çocuğu Olan Annelerin Aile Yüğü ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2).
- 8) Çalışkan, Z., & Bayat, M. (2016). Zihinsel yetersizliği olan çocukların annelerinde eğitim ve grup etkileşiminin aile yüğü ve aile desteğine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(3).
- 9) Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y., & Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging and Mental Health*, 10(2), 107-111.
- 10) Hébert, R., Bravo, G., & Prévile, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 19(4), 494-507.
- 11) Swartz, K., & Collins, L. G. (2019). Caregiver Care. *American family physician*, 99(11).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 12) Chung, M. L., Lennie, T. A., Mudd-Martin, G., Dunbar, S. B., Pressler, S. J., & Moser, D. K. (2016). Depressive symptoms in patients with heart failure negatively affect family caregiver outcomes and quality of life. *European journal of cardiovascular nursing*, 15(1), 30-38.
- 13) Bailes, C. O., Kelley, C. M., & Parker, N. M. (2016). Caregiver burden and perceived health competence when caring for family members diagnosed with Alzheimer's disease and related dementia. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(10), 534-540.
- 14) Kalinkara, V., & Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
- 15) Koca, E., Taskapilioglu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda Evrelere Göre Hastaya Bakım Veren Kisi (Ler) nin Yükü. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 54(1), 82.
- 16) Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., & Yener, G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 26(1).
- 17) Zarit S H, Reeve K E, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20: 649-655.
- 18) Bastawrous M. Caregiver burden—A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 0: 431–441.
- 19) Fleming D, Sheppard V, Mangan P A, Taylor K L, Tallarico M, Ingham, J. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31(5): 407-420.
- 20) Chou K R, Chu H, Tseng C, Lu R. The Measurement of caregiver burden. *J Med Sci*. 2003; 23(2): 73-82.
- 21) Bastawrous M. Caregiver burden—A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 0: 431–441.
- 22) Alahan N, Aylaz R, Yetiş G. Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yükü. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4 (2): 1-5.

S-128 ANNELERİN EK GIDAYA GEÇİŞ SÜRECİNDEKİ UYGULAMALARI

APPLICATIONS OF MOTHERS IN THE TRANSITION TO SUPPLEMENTARY FOOD

Emriye Hilal YAYAN¹, Mehmet Emin DÜKEN², Mürşide ZENGİN³

¹ İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

² Haran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Şanlıurfa/ Türkiye

³ Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırma 0-5 yaş grubu çocukların beslenme özelliklerinin ve annelerin ek gıdaya geçiş sürecindeki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Türkiye'nin doğusundaki bir ilin çocuk kliniğine Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran, 150 anne oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30.22 ± 6.75 'tir. Annelerin %89.4'ünün ev hanımı, %51.7'sinin ilköğretim veya öncesi eğitim aldığı belirlenmiştir. Ailelerin %77.5'i çekirdek tipte olup çoğunluğunun ekonomik durumu orta düzeydedir. Çocukların yaş ortalaması 35.08 ± 16.12 ay (1 ay-5 yaş) ve %56.3'ü erkektir. Çocukların %47'si anne sütü almaya devam ederken anne sütü almayan çocukların %81.9'unun 24. aydan önce süttten kesildiği belirlenmiştir. İlk altı ay sadece anne sütü alanların oranı %35.8 olarak belirlenmiştir. Çocukların ek gıdaya başlama ayı 5.18 ± 3.18 , ilk verilen ek besinler yoğurt (%32.5), çorba (%19.9), mama (%13.9) ve süt (%9.9) şeklindedir. Ek besin verirken çocukların %50.3'üne sırt üstü pozisyon verildiği belirlenmiştir. Annelerin bal, yumurta, balık gibi allerjenik besinler ile inek sütünü altıncı aydan önce başlama oranları sırasıyla %20.8, %14.1, %11.1 ve %44.4 olarak saptanmıştır. Annelerin %12.6'sı çocuklara baharatlı gıdalar verdiğini, %51.0'ı çay verdiğini ifade etmiş ve %28.8'i ek besin vermede çocuklarını zorladığını, %41.7'si ise çocuğun dikkatini başka yöne çekerek ek besin verdiğini bildirmiştir. Araştırmaya dahil olan annelerin %55.0'ı ek gıda konusunda bilgi almadığını bildirirken bilgi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

alanların %65.2'sinin sağlık çalışanlarından (ebe, hemşire, doktor) bilgi aldığı belirlenmiştir. Çocuklara çay, peynir ve ekmeğin karıştırılarak verilmesi (%66.7) ile anne sütünü arttırmak için bulgur tüketilmesi (%43.8) yaygın kültürel uygulamalar olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda anne sütünün erken kesilmesi, ek gıdaya erken başlama, allerjenik besinleri erken dönemde verme, sakıncalı besinler verme gibi konularda hatalı uygulamalar yapıldığı saptanmıştır. Yapılan hataların minimum düzeye indirilebilmesi açısından özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ek gıda konusunda annelere eğitim vermesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Çocuk, Tamamlayıcı Beslenme, Hemşirelik, Ek Besin

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the nutritional characteristics of children aged 0-5 and the applications of mothers during the transition to supplementary food.

Materials and Methods: The research was conducted in descriptive and cross-sectional type. The study sample constitutes 150 mothers that admitted a pediatric outpatient clinics of a province in eastern Turkey between January-June 2019. The data of the study was collected by using a questionnaire form which was prepared by the researchers in line with the literature using face to face interview technique.

Results: The mean age of the mothers was 30.22 ± 6.75 years. It was determined that 89.4% of the mothers were housewives and 51.7% were primary or pre-primary education. 77.5% of the families are of the nuclear type and the economic situation of the majority is moderate. The mean age of the children was 35.08 ± 16.12 months (1 month-5 years) and 56.3% were male. While 47% of the children continued to take breast milk, 81.9% of the children who did not take breast milk were weaned before the 24th month. The rate of only breastfeeding in the first six months was 35.8%. The supplementary food intake of the children was 5.18 ± 3.18 months, and the first supplementary foods were yoghurt (32.5%), soup (19.9%), formula (13.9%) and milk (9.9%). It was determined that 50.3% of children were given supine position while giving supplementary food. The mothers' allergenic foods such as honey, eggs, fish and cow's milk before the start of the sixth month were 20.8%, 14.1%, 11.1% and 44.4% respectively. 12.6% of mothers stated that they gave spicy foods to children, 51.0% stated that they gave tea and 28.8% stated that they forced their children to give supplementary food and

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

41.7% reported that they gave supplementary food by attracting the attention of the child in another direction. While 55.0% of the mothers included in the study stated that they did not receive information about supplementary food, 65.2% of the mothers received information from health workers (midwives, nurses, doctors). Common cultural practices were to give tea, cheese and bread (66.7%) to children and to consume bulgur to increase breast milk (43.8%).

Conclusion: As a result of the study, it was found that the wrong applications were made in the subjects such as early discontinuation of breast milk, starting the supplementary food, giving the allergen foods in the early period and giving the objectionable foods. In order to minimize the errors, it is recommended that primary health care providers provide training to mothers on additional food.

Key Word: Breast Milk, Child, Complementary Feeding, Nursing, Supplementary Food

GİRİŞ

Yaşamın ilk yılları fiziksel, psikolojik ve davranışsal gelişim açısından önem taşımaktadır (1). Bu dönemde çocukların gelişimi beslenme, çevre ve eğitim olmak üzere üç ana bileşenden etkilenmektedir (2). Beslenmenin yeterli ve dengeli olması, büyüme ve gelişmenin hızlı olması sebebiyle önem kazanmakta ve çocukları çok boyutlu olarak etkileyebilmektedir (3).

Anne sütü çocukluk çağı beslenmesinde en önemli faktörlerden biridir. Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azaltması, uygun büyüme ve gelişmeyi sağlaması, anne-çocuk arasındaki bağı geliştirmesi, ekonomik açıdan uygun olması gibi birçok yararı ile diğer tüm beslenme şekillerinden üstün olduğu bilinmektedir (4,5). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sadece anne sütü ile beslenmenin 6 ay olmasını ve 6. aydan sonra anne sütü ile birlikte tamamlayıcı besinlere başlanmasını ve emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (6).

Bebeklik dönemi beslenmesinde kritik öneme sahip olan anne sütü altıncı aydan itibaren bebeklerin besin, vitamin ve mineral ihtiyaçlarını karşılamada tek başına yetersiz kalmaktadır. Bu durumda tamamlayıcı besinler devreye girmektedir (4). Tamamlayıcı beslenme, çocuğun değişen beslenme gereksinimlerini tam olarak karşılamak ve anne sütünü desteklemek için ek beslenme sağlanması işlemidir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun zaman altı ay olarak bildirilmektedir (1). Ancak annelerin büyük bir kısmı daha çok sezgilerine dayanarak sütünün yetersiz olduğunu düşünmekte ve ek gıdaya erken dönemde başlamaktadır (7). Türkiye Nüfus

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporunda bebeklerin %12'sinin 6. aydan önce ek gıda aldığı tespit edilmiştir (7).

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş besinlerle ilk kez tanışan bebekler için önemli bir adımdır ve bu dönemde yaşanan sorunlar ilerleyen dönemlerde çocuğun büyümesini ve sağlığını etkilediği dikkate alınmalıdır (8). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme (ESPHGAN) Birliği Komitesi raporuna göre tamamlayıcı besin önerileri toplumun geleneklerine ve beslenme örüntüsüne uygun olarak önerilmeli ve ulusal rehberler oluşturulmalı ve güncel veriler ışığında güncellenmeler yapılmalıdır. Bebeklere çeşitlilik gösteren beslenme örüntüsü sunulmalı, diyet farklı lezzet ve kıvamda, besinleri özellikle sebzeleri de içermelidir (6).

Ülkemizde ilk besin olarak anne sütü verme oranlarının yüksek olmasına rağmen, annelerin çoğunluğu anne sütünün yanında farklı besinler de bebeğine vermektedir (9). TNSA-2013 sonuçları bebeklerin yüzde 58'inin yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini bu oranın 4-5. aylarda yüzde 10'a kadar gerilediğini göstermektedir. Aynı raporda sadece anne sütü ile beslenen çocukların oranı %30 olarak bildirilmektedir (7). Bununla birlikte ek gıdaya başlama zamanı ve ilk verilen ek besinlerle ilgili sorunlara da sık olarak rastlanmaktadır (7,10,11). Gelişmekte olan ülkelerdeki beslenme sorunları başta bebekler ve çocuklar olmak üzere toplumu olumsuz yönde etkilemekte, çocukluk çağı mortalite ve morbiditesinin önemli bir nedeni olarak ortaya çıkmaktadır (2). Özellikle beş yaş altı çocukların yetersiz beslenmesi, anne sütünün geç verilmesi çocuklarda bodurluk başta olmak üzere gelişimsel geriliklerin önemli bir nedeni olarak ortaya çıkmaktadır (12).

AMAÇ

Bu araştırmada 0-5 yaş grubu çocuğu bulunan annelerin tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi, ek gıdaya geçiş sürecindeki uygulamalarının belirlenmesi ve geleneksel besinler ile uygulamaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel tiptedir. Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ilin çocuk kliniğine Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran, 0-5 yaş grubu çocuğa sahip 150 anne oluşturmuştur. Araştırmada güç analizi yöntemiyle örneklem sayısı 150 olarak hesaplanmış ve rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda; anneye ait genel bilgiler (yaş, eğitim düzeyi, meslek), aile özelliklerine yönelik bilgiler (aile tipi, sosyoekonomik durum, çocuk sayısı), çocuğa ait genel bilgiler (yaş, cinsiyet, doğum şekli), çocuğun beslenme özelliklerine yönelik bilgiler (ilk altı ay anne sütü alma durumu, ek gıdaya başlama zamanı, ilk verilen besinler, baharatlı ve allerjenik gıdaların verilmesi) ve annelerin beslenme uygulamaları ve bilgi düzeylerini değerlendirmeye (çocuğun beslenme pozisyonu, geleneksel uygulamalar, ek gıda konusunda bilgi alınma durumu) yönelik sorular bulunmaktadır.

Araştırmanın verileri IBM SPSS Statistics 21 Version programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı ölçütler (frekans, yüzde), merkezi yığılım ölçütleri (ortalama ve ortanca) ve merkezi yaygınlık ölçütleri (standart sapma, en küçük değer-en büyük değer), bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi kullanılmış, sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul onayı ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan da kurum izni alınmıştır. Annelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

706

BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30.22 ± 6.75 'tir. Annelerin %89.4'ünün ev hanımı, %51.7'sinin ilköğretim veya öncesi eğitim aldığı belirlenmiştir. Ailelerin %77.5'i çekirdek tipte olup çoğunluğunun ekonomik durumu orta düzeydedir. Çocukların yaş ortalaması 35.08 ± 16.12 ay (1 ay-5 yaş) ve %56.3'ü erkektir.

Çocukların %47'si anne sütü almaya devam ederken anne sütü almayan çocukların %81.9'unun 24. aydan önce süttten kesildiği belirlenmiştir. İlk 6 ay sadece anne sütü alanların oranı %35.8 olarak belirlenmiştir. Annelerin %65.6'sının doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri saptanmıştır.

Çocukların ek gıdaya başlama ayı 5.18 ± 3.18 , ilk verilen ek besinler yoğurt (%32.5), çorba (%19.9), mama (%13.9) ve süt (%9.9) şeklindedir. Ek besin verirken çocukların %50.3'üne sırt üstü pozisyon verildiği belirlenmiştir. Annelerin bal, yumurta, balık gibi allerjenik besinler ile inek sütünü 6. aydan önce başlama oranları sırasıyla %20.8, %14.1, %11.1 ve %44.4 olarak saptanmıştır. Annelerin %12.6'sı çocuklara baharatlı gıdalar verdiğini, %51.0'ı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

çay verdiğini ifade etmiş ve %28.8'i ek besin vermede çocuklarını zorladığını, %41.7'si ise çocuğun dikkatini başka yöne çekerek ek besin verdiğini bildirmiştir.

Tablo 1. Annelerin Bazı Besinleri İlk Kez Verdikleri Ayların Ortalaması

Verilen Besin	Sayı	Ortalama±Standa- ndart Sapma	Min- Max Değer (ay)
Su	135	4.5±2.74	1-18
İnek Sütü	81	8.7±5.07	1-24
Meyve Suyu	105	7.3±3.06	3-24
Meyve Püresi	114	6.8±2.58	3-12
Yoğurt	125	6.4±2.79	1-18
Mama	97	7.1±2.77	3-18
Yumurta Sarısı	107	8.1±3.01	1-24
Tam Yumurta	99	9.3±3.55	1-24
Peynir	86	8.4±3.08	1-18
Sebze Çorbası	108	7.8±3.43	1-24
Baklagiller (mercimek, nohut, fasulye)	100	9.2±3.93	1-24
Pirinç, Bulgur, Makarna	97	9.3±4.32	1-14
Ekmek, Bisküvi	106	8.4±3.61	1-12
Et	101	10.1±4.26	3-24
Tavuk	104	9.9±4.11	3-24
Balık	72	10.8±5.30	3-24
Bal	72	9.4±5.24	2-24
Pekmez	90	8.7±4.8	1-24
Şeker (İlave)	72	8.4±5.83	1-24
Tuz (İlave)	68	9.1±5.52	1-24

707

Araştırmaya dahil olan annelerin %55.0'ı ek gıda konusunda bilgi almadığını bildirirken bilgi alanların %65.2'sinin sağlık çalışanlarından (ebe, hemşire, doktor) bilgi aldığı belirlenmiştir. Çocuklara çay, peynir ve ekmeğin karıştırılarak verilmesi (%66.7) ile anne sütünü arttırmak için bulgur tüketilmesi (%43.8) yaygın kültürel uygulamalar olarak belirlenmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

İlk altı ay sadece anne sütü alma süresi ile çocuğun cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, aile tipi arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), doğum şekli ile sosyoekonomik durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Annelerin ek gıdaya başlama zamanları ile çocuğun cinsiyeti, doğum şekli, aile tipi ve sosyoekonomik durum arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının ve biberon kullanımının ek gıdaya başlama süresini anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir ($p<0.01$).

TARTIŞMA

Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme büyüme ve gelişmeyi sağlamakta ve hastalıklardan korunmada önemli bir neden olarak ortaya çıkmaktadır (2). Bu dönemde uygun diyet ve beslenme stratejileri sağlıklı yiyeceklerin seçiminde ve sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (13). Bu araştırma 0-5 yaş grubu çocukların beslenme özelliklerinin ve annelerin ek gıdaya geçiş sürecindeki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

WHO ve birçok ülke politikasında önem verilmesine rağmen sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın uygulanmamaktadır. Araştırmada ilk 6 ay sadece anne sütü alan çocukların oranı %35.8 olarak belirlenmiştir. Bu değer ülkemiz genelinde %30 olduğu bildirilmektedir (7). Bu oranlar göz önüne alındığında, bölgeler arası farklılık göstermekle birlikte, sadece anne sütü ile beslenmenin beklenen düzeyde olmadığı açıkça görülmektedir. Sadece anne sütü ile beslenme süresi gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olarak ülkeler arası da farklılık göstermektedir. Birleşik Arap Emirliklerinde yürütülen bir çalışmada ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranı %25 olarak belirlenmiştir (14). Doğumdan sonraki ilk saatte emzirme TNSA-2013 verilerinde (%50) yaygın olarak saptanmıştır. Araştırmamızda doğumdan sonraki ilk saatte emzirme oranı nispeten yüksek olarak belirlenmiştir. Annelerin %65.6'sının doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir. Kenya'da doğum sonrası ilk saatte emzirme %63 olarak belirlenirken (15), Hindistan'da yürütülen bir çalışmada bu değer %68.75 olarak saptanmıştır (16). Bu farklılıklar ülkelerin sosyo-ekonomik durumu, eğitim düzeyi, sağlık politikaları ve nüfusu ile ilişkilendirilebilir.

Şahin ve Özyurt'un çalışmasında bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü alması ile annenin ve babanın eğitim durumu, babanın işi, ortanca emzirme süresi ve annenin yaşı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (5). Araştırmamızda da ilk altı ay sadece anne sütü alma süresi ile

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

doğum şekli ve sosyoekonomik durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bu değişkenlerin ortaya konması farklılıkların belirlenmesi ve politikaların ve eğitimlerin bu doğrultuda planlanması açısından gereklidir.

Araştırmada çocukların ek gıdaya başlama ayı 5.18 ± 3.18 , ilk verilen ek besinler yoğurt (%32.5), çorba (%19.9), mama (%13.9) ve süt (%9.9) şeklindedir. 24-48 aylık çocuklarda emzirme ve tamamlayıcı beslenmeye yönelik ebeveynlerin seçimlerini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada ek gıdaya başlama zamanı araştırmamızla benzer şekilde 5.7 ± 1.2 ay olarak bildirilmiştir (1). Farklı bir çalışmada ilk verilen ek besinler araştırmamızla benzer şekilde mama, peynir, yoğurt ve diğer süt ürünleri şeklinde sıralanmıştır (7). Ancak verilen ek besinlerin kültürel farklılıklar da göstereceği dikkate alınmalıdır. Araştırmamızda çocuklara çay, peynir ve ekmeğin karıştırılarak verilmesi en yaygın kültürel uygulama olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda anne sütünü arttırmak için bulgur tüketilmesi en yaygın yaygın kültürel uygulama olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da bulgurun anne sütünü arttırmada yaygın kullanılan kültürel uygulama olduğu belirlenmiştir (17).

Yapılan çalışmalarda tamamlayıcı gıdaya başlanma zamanı annelerin yaşı, eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir. Kaya ve arkadaşları annelerin eğitim düzeyinin hem tamamlayıcı gıdaya başlama zamanını hem de tamamlayıcı gıdanın cinsini etkilediğini bildirmektedir (1,2). Araştırmamızda çocuğun ek gıdaya başlama zamanı ile anne eğitim durumu ve bebeğin biberon kullanımını arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Annelerin tamamlayıcı beslenme uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi çocuk sağlığı açısından son derece önemlidir (2). Ancak araştırmaya dahil olan annelerin yarısından fazlasının ek gıda konusunda bilgi almadığı belirlenmiştir. Ancak bilgi alanların büyük kısmının sağlık çalışanlarından bilgi aldığını bildirmesi doğru bilginin yayılması ve toplumda popüler olması anlamında önemlidir. Türkiye'nin beş farklı ilinde 242 anne ile uygulanan çalışmada da benzer şekilde annelerin büyük çoğunluğu emzirme ve ek gıda konusunda sağlık çalışanlarından bilgi aldığını bildirmiştir (11). Ancak aile büyüklerinden de ek besin konuda bilgi alınması ülkemizde yaygın olarak görülmektedir (1).

SONUÇ

Araştırmanın sonucunda anne sütünün erken kesilmesi, ek gıdaya erken başlama, allerjenik besinleri erken dönemde verme, sakıncalı besinler verme gibi konularda hatalı uygulamalar

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yapıldığı saptanmıştır. Yapılan hataların minimum düzeye indirilebilmesi açısından özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ilk altı ay sadece anne sütü alınması, altıncı aydan sonra anne sütü ile birlikte uygun ek besinlere başlanması ve ek gıda konusunda annelere eğitim vermesi önerilmektedir. Ebeveynler mevcut eğitim durumları, sosyal çevreleri ve yaşam koşulları ile birlikte değerlendirilmeli ve bilgilendirme tüm aile bireylerini kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu konuda ülke genelinde uygulanacak kapsamlı sağlık politikalarına gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özkul Sağlam N, Bülbül L, Kazancı SY, Hatipoğlu SS. The factors that affect the breastfeeding and complementary feeding choices of children between 24-48 months. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul / Med Bull Sisli Hosp.* 2018;53(2):165–71.
2. Kaya Z, Yiğit Ö, Erol M, Gayret ÖB. Altı-yirmi dört ay arası yaş grubunda beslenmeyle ilgili anne ve babaların bilgi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Haseki Tip Bul.* 2016;54(2):70–5.
3. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg [Internet].* 2016;6(1):63–70. Available from: <http://www.sbedergi.duzce.edu.tr/article/viewFile/5000113314/5000160014>
4. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Bağ D. Burdur ilinde bebeklerin emzirilme durumu ve beslenme örüntüsü. *Pamukkale Tıp Derg [Internet].* 2012 Oct 1 [cited 2019 Sep 11];5(3):115–22. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/patd/issue/35370/392761>
5. Şahin BB, Özyurt BC. Manisa’da yarı-kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Turkish J Public Heal [Internet].* 2017 [cited 2019 Sep 11];3(15):164–75. Available from: <http://tjph.org/ojs/index.php/>
6. Pekcan AG. Tamamlayıcı Beslenme: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme (ESPHGAN) Birliği Komitesi Görüş Raporu. *J Nutr Diet.* 2019;46(1):1–6.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 [Internet]. 2014. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Devencioglu E, Gokcay G. Complementary Feeding. Çocuk Derg [Internet]. 2012 Apr 15;12(4):159–63. Available from:
<http://www.cocukdergisi.org/tur/jvi.aspx?pdire=cocuk&plng=tur&volume=12&issue=4>
9. Yılmazbaş P, Kural B, Uslu A, Sezer GM, Gökçay G. Annelerin Gözünden Ek Besinlere Başlama Nedenleri ve Annelerin Mamalar Hakkındaki Düşünceleri. İst Tıp Fak Derg. 2015;78(3):76–82.
10. Özkul Sağlam N. The factors that affect the breastfeeding and complementary feeding choices of children between 24-48 months. SiSli Etfal Hastan Tıp Bul / Med Bull Sisli Hosp [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 11]; Available from:
<http://www.sislietfaltip.org/jvi.aspx?un=SETB-91328>
11. Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. Fam Pract Palliat Care. 2017;2(1):1–8.
12. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P. Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. Indian J Pediatr [Internet]. 2006 May [cited 2019 Sep 12];73(5):417–21. Available from:
<http://link.springer.com/10.1007/BF02758565>
13. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers. Nutr Today [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 13];52(5):223–31. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00017285-201709000-00005>
14. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. BMC Public Health [Internet]. 2013 Dec 25 [cited 2019 Sep 12];13(1):171. Available from:
<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-171>
15. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso J-C, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM, et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. BMC Public Health [Internet]. 2011 Dec 26 [cited 2019 Sep 12];11(1):396. Available from:
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-396>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

16. Jain S, Thapar RK, Gupta RK. Complete coverage and covering completely: Breast feeding and complementary feeding: Knowledge, attitude, and practices of mothers. Med J Armed Forces India [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2019 Sep 12];74(1):28–32. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377123717300291>
17. Dinç A, Dombaz İ, Dinç D. Traditional practices related to breast milk and breastfeeding of mothers with babies of 6-18 months. Balikesir Heal Sci J [Internet]. 2015 Dec 31 [cited 2019 Sep 10];4(3):125–30. Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/38436/452338>

S-129 HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE GİRİŞİMCİLİK VE GİRİŞİMCİ OLABİLMEK**ENTREPRENEURSHIP AND BEING ENTREPRENEURS IN NURSING
PROFESSION****Uzm. Hemşire Mehtap ALAMAN, Prof.Dr. Rukuye AYLAZ****Özet**

Dünyada gelişmiş ülke ekonomileri irdelendiğinde bu ülkelerde girişimcilik kültürünün oldukça gelişmiş olduğunu görülmektedir. Bütün meslek gruplarında, girişimcilik ve girişimci olma konusu üzerinde giderek daha fazla konuşulan bir alan haline gelmiştir. Tabii bu konu hemşirelik alanında da önem kazanmış ve araştırmacıların ilgi odaklarından biri olmuştur. Konuyla ilgili olarak literatür incelendiğinde, girişimci olabilmenin kişilerin davranış ve kişilik özellikleriyle yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Dolayısıyla toplumlarda başarılı girişimcilerin çoğalması ve girişimcilik kültürünün yerleşmesi için “Bireylerin girişimcilik özelliklerini nasıl arttırabiliriz?” sorusu gündeme gelmiş, konuyla ilgili olarak çözümler önerilmiş ve üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir. Bu yazımızda Hemşirelik mesleğinde de konuyla ilgili eksikliklere dikkat çekmek amaçlanmıştır. Ülkemizde de bu alanda çalışmaların çoğalması ve son yıllarda üniversite ders müfredatlarına eklenen Girişimcilik Eğitimlerinin en etkin şekilde verilmesi gerekmektedir.

713

Anahtar Kelimeler: Girişimcilik, Girişimci, Hemşirelik**Abstract**

When the economies of developed countries in the world are examined, it is seen that entrepreneurship culture in these countries is highly developed. In all occupational groups, entrepreneurship and entrepreneur has become an area of increasing debate. Of course, this issue has gained importance in the field of nursing and has been one of the researchers' focus. When the literature on the subject is examined, it is seen that being an entrepreneur is closely related to the behavior and personality traits of the people. Therefore, for the growth of successful entrepreneurs in societies and the establishment of entrepreneurial culture , the question; “How can we increase the entrepreneurial characteristics of individuals?” has been come up. In this article, it is aimed to draw attention to the deficiencies in the nursing profession. In our country, studies in this field should increase and Entrepreneurship

Trainings which have been added to university course curriculums in recent years should be given in the most effective way.

Key Words: Enterpreneurship, Enterpreneur, Nursing

GİRİŞ

Günümüz iş dünyası, teknolojik gelişmelerin ve küreselleşmenin etkisiyle giderek daha fazla uzmanlaşmakta ve daha karmaşık bir hal almaktadır. Bu yapı içerisinde şirketlerin ya da kurumların varlığını devam ettirebilmesi için tüketicilerin artan taleplerine cevap verebilecek nitelikte olması önemlidir. Hatta var olan taleplerin dışında ilerleyen dönemlerde ihtiyaç duyulabilecek gereksinimleri önceden saptayabilen, iş dünyasında oluşan fırsatları en erken yakalayabilen kurumların daha kazançlı olacakları öngörülebilir. Dolayısıyla iş hayatında girişimcilik ve girişimci liderlik iş hayatında en çok konuşulan konular arasında olmaya başlamıştır (Çatı; 2016, Ercan; 2017).

Girişimcilik kavramı, yeni fikir ve düşünce üreterek bunları hayata geçirebilmeyi, bu düşüncelerin doğru bir şekilde organize edilmesi halinde ekonomik ilerleme ve sosyo-ekonomik kalkınma, beraberinde refah seviyesinin yükselmesini sağlayan dinamik bir öge olarak tanımlanabilir (Aslan & Konuk Şener; 2012). Girişimcilik kavramı her ne kadar son dönemlerde fazlaca bahsedilen bir konu olsa da, insanlık tarihinde her zaman girişimci insanlar var olmuştur. Girişimciliğin tarihsel gelişimi incelediğinde, bilinen ilk girişimcilerin, erken dönem girişimcileri oldukları görülmektedir. Bu dönemin girişimcileri kervanlarla uzak şehirlere giderek, ürün tanıtımı ve satışı yapmıştır. Sonraki zamanlarda bireysel yeteneklerin ilerlemesi ile esnafılık ve zanaatkarlık gelişmiş, ticaretin yaygınlaşması ile kıtalararası girişimcilik meydana gelmiştir ve hatta bunun olumsuz bir sonucu olarak da sömürgecilik oluşmuştur.19. yy.'da ise sanayi devrimiyle birlikte endüstriyel girişimcilik gelişmiş ve nihayet günümüzde bilgi çağı ile küresel ölçekli girişimcilik dönemi başlamıştır (Çatı; 2016).

GİRİŞİMCİLİĞİN ÖNEMİ;

Genel olarak bakıldığında girişimciler, toplumun gereksinimlerini saptayıp ve buna yönelik olarak da yatırımlar yapmaları ve toplumsal refaha katkı sağlamaları bakımından girişimcilik kavramı ülkeler için büyük bir anlam taşımaktadır. Girişimcilik ve yenilik, ülke ekonomisi açısından itici ve dinamik bir güç oluşturmaktadır (Çatı; 2016). Bir ülkenin kalkınması, gelişmesi ve küresel dünyanın değişen koşullarına hızlı bir biçimde uyum sağlayabilmesi yetenekli girişimciler yetiştirebilmesiyle de ilişkilidir. Ayrıca günümüzde tüm

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dünya için önemli bir sosyal ve ekonomik sorun haline gelen işsizlik ve bunun getirdiği sosyal problemlerin üstesinden gelinbilmesi noktasında da girişimcilik anahtar bir rol üstlenmektedir. Ekonomik gücü yüksek olan ülkelere bakıldığında, başka ülkelere bağımlı olmayan, ihtiyaçlarını kendi üretiminden karşılayan, kendi kendilerine yetebilen toplumlar oldukları görülmektedir. İyi entegre edilmiş bir girişimcilik kültürü, ülke ekonomisinin büyümesinde etkili olduğundan, gelişmekte olan ülkeler açısından da bu konu oldukça önem taşımaktadır (Aslan & Konuk Şener; 2012, Özdemir ve Arkadaşları; 2018). Bu nedenle dünya üzerinde birçok ülkede, bireylerin girişimcilik eğilimlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi için önemli adımlar atılmaktadır. Bu doğrultuda özellikle gençlerin girişimcilik eğilimlerini ortaya çıkarmayı amaçlayan ülkeler, zorunlu veya seçmeli olarak girişimcilik derslerini lise ve üniversite ders müfredatlarına eklemiştir. Bu eğitimlerle mezun olduktan sonra kendi işini kurmak isteyen kişilerin, gerekli olan temel girişimcilik ve işletmecilik becerilerini kazanmasını, girişimci kişilik özelliklerinin farkına varmalarını, çevrenin sunduğu fırsatları görebilmelerini, başarılı girişimcilerin ortaya çıkmasını ve ülkede girişimcilik kültürünün oluşturulması amaçlanmaktadır (Özdemir ve Arkadaşları; 2018).

Konuyla ilgili olarak literatür; **yurt dışında yapılan** çalışmaların girişimcilik eğitimi ve girişim yaratma, girişimcilik eğitimi ve girişimci olma niyeti, girişimcilik eğitimi ve fırsat tanıma, girişimcilik eğitimi ve girişimciyi etkileme, yönlendirme kontrol odağı ve başarı ihtiyacı için girişimcilik eğitimi, girişimcilik eğitimi ve diğer girişimcilik ile ilgili bilgiler başlıkları altında birçok çalışmanın varlığına dikkat çekerken, **Türkiye’de yapılan** çalışmalar da ise girişimcilik eğitimi, girişimci olma niyeti, girişimcilik eğitimi, girişimciyi etkileme ve yönlendirme başlıkları altında ve sınırlı sayıda araştırmanın var olduğu belirtilmiştir (Özdemir ve Arkadaşları; 2016).

Girişimcilik eğitimi yaklaşımlarını üç bölümde incelemek mümkündür; Bunların ilki girişimciliği sosyal bir olay olarak inceleyen Girişimcilik Hakkında Yaklaşım’dır. Bu yaklaşım, ekonomi ve yenilik arasında bir ilişki kurarak, hangi tip insanların girişimci olabileceğini ve nasıl motive edilebilecekleri ile ilgilidir. Ayrıca girişimsel sürece etki eden faktörleri analiz eder. İkinci yaklaşım Girişimcilik İçin Eğitim’dir. Bu görüş yeni bir girişimsel faaliyete başlanırken yetenek kazanımlarına ve bilgiye odaklanmaktadır. Bu tip girişimsel eğitimlerde merkez elementler; bilgi, bütçe planlaması, iş planı, pazarlama stratejisi gibi konuları içerir (Yüceol & Şen; 2018). Üçüncü yaklaşım ise Girişimcilik Süresince

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Eğitim'dir. Öğrenim hedeflerini başarabilmek için girişimsel süreci bir metot ve aracı olarak kullanır. Bu süreçler; bir girişimcilik faaliyetini amaçlayan somut girişimcilik süreçlerini içerir. Bu yaklaşımların ilk ikisi girişimcilik ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişkiyi kabul ederken, üçüncü yaklaşım; birçok sosyal alanda fırsatların algılanması ve bunların uygulamaya dönüşme becerilerini kapsayan daha geniş bir yaklaşımdır (Yüceol & Şen; 2018).

GİRİŞİMCİLİK TÜRLERİ

Mevcut örgüt içinde, yeni ürün/hizmet ve yöntemler geliştirilmesine iç girişimcilik, toplum içerisinde sosyal fayda oluşturma ve sosyal bir soruna çözüm üretmeye sosyal girişimcilik, yeni ve eski tüm sorunlara yenilikçi ürünler/hizmetler ile çözüm üreten yenilikçi bir anlayışa sahip olan girişimcilik türüne ise yeni girişimcilik denir. Yeni girişimcilik yenilikçi (inovasyon) odaklı olup, finansman, erişim alanlarında da çözüm ve hedefleri olan teknolojik ve küresel pazarlama yöntemlerini de içerir (Ercan; 2017).

GİRİŞİMCİ KİŞİNİN ÖZELLİKLERİ;

Girişimciler bir geminin kaptanı gibi, örgütün rotasını çizebilen ve bunun için işe bir vizyon ile başlayan, bütünün resmi çizebilen, paylaşılan amaç oluşturan, sonuca yönelik düşünen, değişim rotasını çizen, risk alabilen, değişim odaklı, fırsatlara odaklanan, yaratıcı ve yenilikçi olan kişilerdir (Soyşekerci; 2014).

1. Risk Alma; Risk alabilmek girişimcinin önemli bir özelliğidir. Tabi burada girişimci katlandığı riski avantaja dönüştürebilmeli ve bundan da fayda sağlamayı bilmelidir.

2. Özgüven; Girişimciler organizasyonlarının faaliyetlerini başarılı bir şekilde sürdürebilmek için kendilerine güvenmeli ve bunun için girişimci risk ve sorumluluk alma duygusunu üst noktaya taşımalıdır. Girişimci, sorumluluk aldığı konularda mücadele edebilmeli ve sorunla karşılaştığında çözme becerisine sahip olup işleri zamanında yapma, doğru karar alma ve işleri planlandığı şekilde uygulayabilme yeteneğine sahip olmalıdır (Özdemir ve arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

3. Kararlılık; Girişimciliğin önemli özelliklerinden biri olan kararlılık, azim ve sebatı ifade eder. Başarılı girişimci hedeflerine ulaşma kararlılığında olan kişidir. Girişimci ısrarcı olmalı, başarısızlık ve karşılaşılan sorunlar karşısında yılmamalı, kararlarında azim ve sebat göstermelidir. Girişimci sorunları olduğu gibi kabul etmek yerine çözüm yolları arar ve karar vermekten çekinmemelidir (Özdemir ve Arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4. İletişim Becerisi; Duygu, düşünce ve becerilerin en iyi şekilde başkalarına aktarılması süreci olarak ifade edilmektedir. İletişim becerisi, sosyal kabiliyet, sosyal algı, ikna ve sosyal uyum ile ilişkilidir (Özdemir ve Arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

5. Vizyon; Bir örgütün geleceğe yönelik hedeflerinin belirtilmesidir. Girişimci, işletmenin değerlerini, içinde bulunduğu durumu, ulaşmak istediği hedefleri belirleyen ve çalışanları ortak bir amaç etrafında bütünleştirerek, örgütü hedeflenen geleceğe doğru yönlendiren kişi olmalıdır. Aynı zamanda girişimci bu özelliği ile örgütün geleceğini tasarlayabilmeli, geliştirebilmeli ve bu doğrultuda düşüncelerini paylaşabilmelidir (Özdemir ve Arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

6. Liderlik; Girişimci lider, çalışanlarını amaçlara doğru yönlendirirken çalışanları motive eden ve çalışanlara güven veren kişidir. Liderler, çalışanları hedeflere ulaştırarak örgütsel bağlılıklarını arttırabilen kişilerdir (Özdemir ve Arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

7. Bağımsızlık Arzusu; Girişimci olmanın temelinde kendi işinin patronu olma isteği yani bağımsızlık arzusu yatmaktadır. Bağımsızlık, özgür hareket edebilme ve kendi kararlarını kendi alabilmeyi ifade etmektedir. Araştırmacılar, bağımsızlık arzusunu girişimcinin karakteristik özellikleri arasında saymaktadırlar (Özdemir ve Arkadaşları; 2018, Uluköy ve Arkadaşları; 2016).

GİRİŞİMSEL KİŞİLİĞİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER;

KONTROL BÖLGESİ: İçsel kontrol, bireylerin geleceklerinin dış etkilerden çok kendi kontrollerine bağlı olduğu inancıdır. Dışsal kontrol ise bireylerin geleceklerinin kendi kontrollerinde olmalarından çok dış etkenlerden etkilendiği inancıdır (Soyşekerci; 2014).

ENERJİ DÜZEYİ: Girişimcinin zorluklardan yılmadan çok çalışması anlamına gelir ki aynı zamanda kurumda değişmesi gereken noktaları iyi analiz edebilme becerisine sahip olmayı da gerektirir (Soyşekerci; 2014).

BAŞARMA İHTİYACI: Kişiliğinde başarıya ihtiyacı duyan bireyler hedeflerini kendileri koymak isterler. Hedef seçerken de kolay hedefleri uğraştırıcı olmadığından, zor hedefler ise gerçekçi olanlar dışında, gerçekleştirilemez olduğundan tercih etmezler. Daha çok orta düzey hedeflere yoğunlaşırlar. Bu hedefler onlar için hem uğraştırıcıdır hem de gerçekleştirildiğinde kişinin doyum almasını sağlar (Soyşekerci; 2014).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

KENDİNE GÜVEN: Girişimcilerin gelecekte karşılaşılabilecekleri öngörülemeyen sorunların üstesinden gelebileceklerine dair genel bir güven duyguları vardır. Ve sorunların üstesinden geldiklerinde bu başarıyı çevresine anlatma ihtiyacı duymazlar. Onlar kişiliği gereği sorunları çözmeye yönelik inançlarını başkalarına aktarma gereği duymazlar ve çözüm aşamasında sabırlıdırlar (Soyşekerci; 2014).

GEÇEN ZAMANIN FARKINDA OLMAK: Zamanı yakalama duygusu içinde olduklarından biraz sabırsız gibi davransalar da aslında bu geçip giden zamanı etkili şekilde değerlendirmek istemelerinden kaynaklanmaktadır (Soyşekerci; 2014).

BELİRSİZLİĞE HOŞGÖRÜ: Girişimci risk alabilen kişi olduğundan yürüttüğü faaliyetler sürecinde bilinmeyen durumlarla karşılayabilir. Belirsiz bir durumu algılayan girişimci ise onu belirli bir duruma dönüştürebilmek için yüksek bir hoşgörüyeye sahip olmalıdır (Soyşekerci; 2014).

HEMŞİRELİK VE GİRİŞİMCİLİK

Girişimci hemşire, bakım, eğitim, araştırma, yönetim veya danışmanlık gibi hemşirelik hizmetlerini doğrudan veren kişidir. Bu doğrultuda girişimci hemşireler pazarlama sektöründe, kamu ve özel sektörde faaliyet gösterebilirler. Hemşirelik hizmetlerini ve sağlık bakım ürünleri-aletlerini geliştirebilir, değerlendirebilir ya da pazarlayabilir (Arslan & Konuk Şener; 2012) .

Girişimci hemşirenin özellikleri; Özerk karar verebilen, liderlik özellikleri mücadeleci yapısı ve sorumluluk alabilmesiyle dikkat çeken, risk almaktan kaçınmayan, kendi fikirlerini hayata geçirmek isteyen ve başarılı olmayı arzulayan, sonuçları etkileyebileceğine inanan, pratik, fırsatları görüp değerlendirebilen, yenilikçi, gerçekçi, özgüvenli, çalışkan, motivasyonu yüksek iletişim becerisine sahip olan hemşirelerdir (Arslan & Konuk Şener; 2012, Rosana Maria Barreto Colichi ve Arkadaşları; 2019).

Girişimci Hemşirelerin Karşılaştıkları Engeller

Birçok insanın hastalara doğru hizmeti sağlamada sadece hastaneler ve doktor ofislerinin olduğunu düşünmesi girişimcilik konusunda başlangıç engeli olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, eğitim döneminde hemşirelik ve işletme kavramları bir arada görülmemektedir. Hemşirelerin sağlık ve bakım alanlarındaki performansları geliştirilirken, başarılı bir iş ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kârlı bir şekilde işlem yapma konusundaki bilgi ve becerileri eksik kalmaktadır (Arslan & Konuk Şener; 2012, Mohammad Reza Dehghanzadeh ve Arkadaşları; 2016).

Hemşirelikte Girişimciliği Motive Faktörler

Dünya nüfusun yaşlanıyor olması, sağlık tesislerinde işgücü yetersizliği, dış kaynak kullanımında artış, kamu hizmetlerinin karşılamadığı ek hizmetlerden kaynaklı fırsatlar, halkın koruyucu sağlık hizmetleri beklentisi, gibi nedenlerin hemşirelik açısından teknik bilgi birikimlerini ve kişisel bakım becerilerini, rollerini genişletmeleri ve yeni yollar açmaları nedeniyle birer fırsat olarak görülmektedir (Rosana Maria Barreto Colichi ve Arkadaşları; 2019).

Girişimci Hemşireler de yenilikçi yaklaşımları kullanarak diğer girişimcilere benzer şekilde,

- Hemşirelik mesleği bir işletme sahibi olabilir,
- Doğrudan klinik hemşirelik hizmetlerinde görev yapabilir,
- Eğitim, araştırma, idari ve hatta danışmanlık hizmeti sunabilir,
- Doğrudan müşteriye karşı sorumlu, özel veya kamuya ait bireysel bir kuruluş aracılığıyla hareket edebilir,
- Yaratıcılığı kullanarak yeni bir fikir geliştirebilir, hizmeti veya teslimat yöntemlerini iyileştirebilir veya yeni ürünler geliştirebilir ya da mevcut ürünleri kullanmanın yeni yollarını geliştirebilir,
- İş hemşireleri, kişisel özellikleri gelişmiş veya özel bilgi ve becerilerle birleştirerek ürün veya hizmetler yaratabilir ve bunları harici kaynaklara pazarlayabilir,
- Girişimci hemşirelerin, geçen yüzyılın başından bu yana, bağımsız çalışan, doğrudan bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan özel hastalardan çalıştığı ve doğrudan ödeme aldıkları bir ülkede çalıştığı şeklinde var olduğunu belirtmekte fayda vardır (Arslan & Konuk Şener; 2012, Mohammad Reza Dehghanzadeh ve Arkadaşları; 2016, dijitalhemsire.net/girisimci-hemsireler-nelere-girisebilir/-Hemşirelikte girişimcilik, 24 Haz 2016 , ET:12.05.2019).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Girişimci Hemşireler Neler Yapabilir?

Girişimci hemşireler; Evde Bakım Merkezi, Saç Ekim Merkezi, Güzellik Merkezi, Gündüz Bakım Evi, Huzurevi, Çocuk Kreşi, Sağlık Kabini, Medikal ekipmanlar ve tıbbi sarf malzemeleri pazarlama, İlk Yardım Eğitim Merkezleri, Mesleki Eğitim Merkezleri, Hamilelik ve Doğum Eğitim ve Danışmanlık alanlarında aktif olarak çalışabilirler (Acar & Uslu; 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde “Girişimci hemşirelik” kavramı değerlendirildiğinde; literatürde öğrenci hemşirelerin orta ve yüksek düzeyde girişimcilik özelliklerine sahip oldukları belirtilmiştir (Dolu Çakır ve Arkadaşları; 2016, Bahar ve Arkadaşları; 2019). Oysa sağlık sektöründe önemli bir yere sahip hemşirelerin girişimcilik konusunda da varlığını hissettirmesi gerekirken mevcut durumun böyle değildir. Bu nedenle hemşirelerin girişimci özelliklerinin desteklenmesi ve girişimci davranışlarını kısıtlayan faktörlerin saptanması oldukça önemlidir.

Bu bağlamda hemşirelerin öğrencilikten başlayarak daha özgüvenli yetiştirilmesi önemli bir noktadır. Özellikle öğrencilerin, takım çalışmasının önemini kavramaları sağlanmalıdır. Böylece beyin fırtınası gibi yöntemlerle daha fazla yeni fikir ve buluşa imza atmaları kaçınılmaz olacaktır.

Literatürde, mesleki eğitimlerini almış ve çalışma sahasında tecrübeli, İletişim becerisi, uzlaşma, pazarlama, zaman yönetimi, halkla ilişkiler ve muhasebe konularında yeterli, yasal bilgi, sigorta, bağışlar ve vergi durumu konularında bilgi sahibi, devlet tarafından tüzel kişilikleri tanınan, üniversite ders müfredatlarında girişimcilik ve hatta işletme bilgisi üzerine derslerin verilmesi ile hemşirelerin girişimci davranışlarının desteklenebileceği belirtilmektedir (Arslan & Konuk Şener; 2012, Bodur; Gönül, 2018, Mohammad Reza Dehghanzadeh ve Arkadaşları; 2016). Ayrıca konuyla ilgili eksikleri ortaya koyabilmek için daha fazla bilimsel araştırma yapılması gerekmekte ve hemşirelik öğrencilerin yenilikçi proje ve faaliyetlerine katılımı desteklenmelidir.

Ayrıca hemşirelerin girişimcilik konusunda daha bilgili, cesur ve istekli olmaları sağlanabilir ve aynı zamanda konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılır ise hemşirelik mesleğinde de başarılı girişimcilerin çoğalması öngörülebilir

KAYNAKLAR

1. ARSLAN; Hediye, KONUK ŞENER; Dilek, (2012) Hemşirelikte Yeni ve Önemli Bir Kavram: Girişimcilik, İ.Ü.F.N. Hem. Dergi Cilt 20 - Sayı 2: 140-145,ISSN 1304-4869, Derleme Yazısı
2. ÇATI, Kahraman;(Mayıs 2016) Girişimcilik ve İnovasyon Yönetimi, Nobel Yayınevi, 1. Basım
3. DOLU ÇAKIR; İlknur, DÖNMEZ TİMUÇİN; Elif, ARSLAN ÖZKAN; Hediye, Hemşirelik Öğrencilerinin Girişimcilik Düzeyleri İle Bazı İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi. Winter 2016, Vol. 11 Issue 2, p293-315. 23p.
4. ERCAN; Sertaç, (2017), (tez Danışmanı Prof. Dr. Yahya Fidan), Duygusal Zekâ İle Girişimcilik Arasındaki İlişki: Karabük Üniversitesi Girişimcilik Bölümü Öğrencileri Örneği, Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Karabük.
5. ÖZDEMİR; Aydın, ÖZGÜNER; Mert, ALKIŞ; Hüseyin, (Kasım 2018), Üniversitelerde Verilen Girişimcilik Eğitimi Girişimci Kişilik Özelliklerini Nasıl Etkiler? Deneysel Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi (E-ISSN: 2564-7458) SS. 430-447, Selçuk Üniversitesi, Cilt 21, Sayı 2
6. SOYŞEKERCİ; Serhat, (Şubat 2014), Girişimcilik, Uygulamalar ve Şirket Örnekleriyle, Kriter Yayın, İstanbul.
7. ULUKÖY; Metin, ÜLKER; Yakup, KILIÇ; Recep, YUMUŞAK; Sedat, AZAKLI; Sedat, (2016), Duygusal Zekânın Girişimcilik Üzerine Etkisi: Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmeler Üzerine Bir Analiz, MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi Cilt: 5 Sayı: 5
8. YÜCEOL; Nazlı, (2018), (Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Erdal ŞEN), Girişimcilik Eğitimi Alan Kişilerin Girişimci Kişilik Özellikleri Ve Girişimcilik Eğilimi Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı İşletme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0498>, Revista Brasileira de Enfermagem, Rosana Maria Barreto Colichi, Stella Godoy Silva e Lima, Andrea Bueno Benito Bonini, (2019), (Girişimcilik ve Hemşirelik: Bütünleştirici inceleme) Emprendedorismo de negocios y Enfermería: una revisión integrativa, ISSN 0034-7167, Rev. Bras. Enferm. cilt.72 ek.1 Brasília, (ET:01.05.2019)
10. <https://www.researchgate.net/>- Entrepreneurship Psychological Characteristics of Nurses, Mohammad Reza Dehghanzadeh, Golraste Kholasehzadeh, Masoumeh Birjandi, Ensieh Antikchi, Mohamad Reza Sobhan, and Hossein Neamatzadeh,(2016), (ET:13.05.2019)
11. <https://www.academia.edu/.../> Türkiye’de girişimcilik eğitimi üzerine bir inceleme, Özdemir, Şefik; Arsu, Talip; Yılmaz, Nahit; (2016), Volume: 13 Issue: 1 (ET:12.05.2019)
12. <https://www.academia.edu/.../> Duygusal Zekâ İle Girişimcilik Niyeti Arasındaki İlişkinin, İncelenmesi, ACAR; Sami, USLU; Dilek, (2018), Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), CİLT 5 SAYI 4, (ET: 12.05.2019)
13. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/479361-> Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik (İnovasyon) Düzeyleri ile Girişimcilik Eğilimleri Arasındaki İlişki, BODUR; Gönül, (2018), ARAŞTIRMA DOI: 10.17681/hsp.349105, 139 HSP 2018;5(2):139-148
14. dijitalhemsire.net/girisimci-hemsireler-nelere-girisebilir/- Hemşirelikte girişimcilik, 24 Haz 2016 (ET:12.05.2019)
15. <https://doi.org/10.31067/0.2019.121-> Hemşirelik Öğrencilerinde Girişimcilik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, BAHAR; Arzu, KOCAÇAL; Güler, ARSLAN; Müzeyyen, İNEM; Adviye Büşra, ÇİMEN; Seda Zehra, ACU Sağlık Bil Derg.,(ET: 08.08.2019)

S-130 OBEZİTE VE TARÇININ ETKİLERİ: SİSTEMATİK DERLEME

OBESITY AND EFFECTS OF CINNAMON: A SYSTEMATIC REVIEW

Perihan Gürbüz¹, Turgay Kolaç², Gülsüm Yetiş²

1. Öğr. Gör. Dr., SHMYO, İnönü Üniversitesi

2. Öğr. Gör., SHMYO, İnönü Üniversitesi

Özet

Beden kitle indeksi'nin 30 kg/m² üzerinde olması olarak tanımlanan obezitenin görülme sıklığı tüm dünyada hızla artmaktadır. Yanlış beslenme alışkanlıkları yanı sıra genetik, endokrin veya iyatrojenik nedenlere bağlı olabilen obezite, başta metabolik hastalıklar ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olmak üzere birçok kronik hastalık için önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu durum obezitenin önlenmesi ve tedavisi konularında yapılan çalışmaların önemini arttırmaktadır. Bir çok toplumda yaygın olarak kullanılan tarçın (cinnamon) bitkisinin kan glukoz seviyesini düzenleyici etkisinin bulunması, bu bitkinin obezite üzerinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Amaç: Bu çalışmada tarçın kullanımının insanlarda obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Bu amaç doğrultusunda yayınlanan makaleler Pubmed, Web of Science ve Medline arama motorlarında, Ağustos 2019'da, 'cinnamon and obesity' sözcükleri girilerek taranmıştır. Arama motorlarında sırası ile 52, 69 ve 32 çalışmaya ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaların insanlar ile yapılmış olması, araştırma makalesi olması ve online tam metnine ulaşılabilmesi olarak belirlenmiştir. Makalelerin uygunluğu araştırmacılar tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiş, kapsamı ve konusu bakımından belirlenen kriterlere uyan 8 araştırma makalesi içerik olarak değerlendirilmiştir. Kriterlere uyan makaleler; adı, yayınlanma tarihi, amacı, yazarları, örneklem seçme yöntemi ve sayısı, çalışmanın türü, yöntemi ve çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler açısından incelenerek elde edilen bulgular ve sonuçlar yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: obezite, tarçın, insan

Abstract

Incidence of obesity, defined as the body mass index to be above 30 kg/m², is rapidly increasing all over the world. Obesity, which may be due to genetic, endocrine or iatrogenic causes as well as wrong feeding habits, is considered as an important risk factor for many chronic diseases, including mainly metabolic diseases and cardiovascular system diseases.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

This situation increases the importance of studies on prevention and treatment of obesity. Cinnamon plant, a widely used plant in many societies, has glucose level regulating effect, suggesting that it may also have an effect on obesity.

Aim: In this study, it is aimed to systematically examine the data obtained from the studies about the effects of cinnamon usage on obesity in humans.

Method: The articles published for this purpose were searched in Pubmed, Web of Science and Medline search engines in August 2019, by entering the words, ‘cinnamon and obesity’. 52, 69 and 32 studies were reached in search engines, respectively. The inclusion criteria to the research were determined as; to be conducted with people, to be a research article and to be accessible to online full text. The appropriateness of the articles were evaluated independently by the researchers and 8 research articles that met the criteria, determined in terms of their scope and subject, were evaluated according to their contents. Articles that met the criteria were examined and reviewed by their; names, date of publication, purpose, authors, sample selection method and number, type of study, method and statistical methods used in the study.

Key words: obesity, cinnamon, human

GİRİŞ

Beden kitle indeksi'nin (BKİ) 25 kg/m² üzerinde olması fazla kiloluluk, 30 kg/m² üzerinde olması ise obezite olarak tanımlanmaktadır [1, 2]. Fazla kiloluluk ve obezite insidansı hızla artmaktadır, fazla kilolu ve obez birey sayısının dünyada iki milyarı aştığı rapor edilmiştir [2]. Obezitenin temel nedeni olarak yanlış beslenme alışkanlıkları ve azalmış fiziksel aktivite kabul edilse de, obezitenin mikrobiyotal, genetik, endokrin veya iyatrojenik nedenler gibi farklı faktörlere bağlı olabileceği gösterilmiştir [3]. Obezite; metabolik hastalıklar, bazı kanser türleri, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve osteoartrit gibi birçok kronik hastalık için önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir [4]. Bu durum obezitenin önlenmesi ve tedavisi konularında yapılan çalışmaların önemini arttırmaktadır.

Tarçın (cinnamon), *Lauraceae* ailesinden, yaprakları, kabukları ve kökü birçok toplumun beslenme alışkanlıklarında yaygın olarak kullanılan bir bitkidir [5-8]. Tarçının koku ve tadını veren temel bileşikler sinamonaldehid, sinamat ve sinamik asit'tir [5, 6]. Tarçının aktif bileşeninin metilhidroksikalkon polimeri olduğu düşünülmektedir [9]. Tarçının insülin benzeri etkisi olduğu ve özellikle kontrolsüz diyabet hastalarında daha etkin olmak üzere, kan glukoz seviyesi düzenlenmesinde kullanımının olumlu sonuçlar verdiği tespit edilmiştir [8, 10]. Bu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sonuçlar doğrultusunda, tarçın kullanımının vücut kitlesi ve obezite üzerinde de etkin olabileceği düşünülmüş ve bu konu araştırılmaya başlanmıştır [6, 11-13].

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, insülin-benzeri etkisi gösterilmiş tarçının vücut kitlesi ve obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmaların sistematik olarak değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın amacı doğrultusunda Ağustos 2019 tarihinde ‘cinnamon and obesity’ anahtar sözcükleri kullanılarak; Pubmed, Web of Science ve Medline arama motorlarında tarama yapılmıştır. Arama motorlarında sırası ile 52, 69 ve 32 çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmaların yapılan araştırmaya dahil edilme kriterleri; insan çalışması olması, araştırma makalesi olması ve online tam metnine ulaşılması olarak belirlenmiştir. Duplikasyonlar, format ve içerik olarak uygun olmayan makaleler araştırmacılar tarafından bağımsız olarak belirlendikten sonra tam metnine ulaşılabilen çalışmalar değerlendirilmiş ve kapsamı ile konusu bakımından belirlenen kriterlere uyan 8 araştırma makalesi bu araştırmanın içeriğine uygun olarak tespit edilmiştir. Kriterlere uyan makaleler; adı, yayınlanma tarihi, amacı, yazarları, örneklem seçme yöntemi ve sayısı, çalışmanın türü, yöntemi ve çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler açısından incelenerek elde edilen bulgular ve sonuçlar yorumlanmıştır.

BULGULAR

Yazar/ Yıl/Yer	Çalışmanın Adı	Amacı	Örnekle m seçme Yöntemi ve (sayısı)	Çalışmanın tipi/ yöntemi / Çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler	Bulgular / Sonuç/ Öneriler
Hochk ogler CM, Hoi JK, Lieder B, et al., 2018 [13]. Avustu rya.	Cinnamyl Isobutyrate Decreases Plasma Glucose Levels and Total Energy Intake from a Standardized Breakfast: A Randomized, Crossover Intervention.	Tarçın bileşenlerinden biri olan ‘cinnamil izobutiratin’ (CIB) standart bir kahvaltıda, ad libitum gıda alımına ve iştahın hormonal düzenlemesine etkisinin araştırılması.	26 tane sağlıklı erkek insan.	Randomize, kısa dönem çapraz müdahale çalışması.	75 g glikoz-su çözeltisi içinde 0.45 mg'lık bolus CIB, standart bir kahvaltıda ad libitum enerji alımını ve postprandial plazma glikoz seviyelerinde azaltma sağlamıştır.
Gupta Jain S, Puri S, Misra A, et	Effect of oral cinnamon intervention on	Tarçın kullanımının metabolik sendrom	Hastane veya polikliniğe	Randomize, çift kör plasebo kontrollü çalışma.	16 hafta boyunca günlük 3 g tarçın kullanımının vücut ağırlığının azaltılması ve metabolik sendromun tüm bileşenlerinde

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

al., 2017 [12]. Hindistan.	metabolic profile and body composition of Asian Indians with metabolic syndrome: a randomized double -blind control trial.	hastalarında, vücut ağırlığı ve metabolik sendrom bulgularına olan etkisinin değerlendirilmesi.	başvuran 116 tane metabolik sendrom hastası.		önemli etkileri tespit edilmiş.
Gutierr ez JL, Bowden RG, Willoughby DS, 2016 [11]. ABD.	Cassia Cinnamon Supplementation Reduces Peak Blood Glucose Responses but Does Not Improve Insulin Resistance and Sensitivity in Young, Sedentary, Obese Women.	Tarçın kullanımının sedanter, obez genç kadınlarda kan glukoz seviyeleri ve insülin direnci ile sensitivitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi.	10 tane sedanter, obez genç kadın.	Randomize, kısa dönem çapraz müdahale çalışması.	5 gram tarçın kullanımı oral glukoz tolerans testi sonrası tepe kan glukoz seviyesini düşürüp glukoz toleransını arttırmış. İnsülin direnci ve sensitivitesi üzerine etki saptanmamış.
Liu Y, Cotillard A,	A Dietary Supplement	Orta derecede obez veya fazla kilolu	62 tane pre-diyabetik	Randomize, çift kör, plasebo	Aşırı kilolu veya obez pre-diyabetik hastalarda tarçın içeren suplement kullanımının

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Vatier C, et al., 2015 [14]. Fransa.	Containing Cinnamon, Chromium and Carnosine Decreases Fasting Plasma Glucose and Increases Lean Mass in Overweight or Obese Pre-Diabetic Subjects: A Randomized, Placebo-Controlled Trial.	pre-diyabetik deneklerde, tarçın, krom ve karnosin içeren bir diyet takviyesinin etkilerinin değerlendirilmesi.	kilolu hasta.	kontrollü çalışma	açlık kan glukoz değerlerinde azalma, yağsız vücut kitlesinde artış sağladığı saptanmış.
Whitfield P, Parry-Strong A, Walsh E, et al., 2015 [15]. Yeni Zelanda.	The effect of a cinnamon-, chromium- and magnesium-formulated honey on glycaemic control, weight loss and lipid parameters in type 2	Tarçın içeren bir supplementin, tip 2 diyabet hastalarında, glisemik kontrol, kilo kaybı ve lipid parametreleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi.	12 tane tip 2 diyabet hastası.	Açık etiketli, randomize çapraz çalışma.	Tarçın içeren supplement kullanımının kilo kaybı ile ilgili olabileceği tespit edilmiş.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	diabetes: an open-label cross-over randomised controlled trial.				
Beejmo hun V, Peytavy-Izard M, Mignon C, et al., 2014 [16]. Fransa.	Acute effect of Ceylon cinnamon extract on postprandial glycemia: alpha-amylase inhibition, starch tolerance test in rats, and randomized crossover clinical trial in healthy volunteers.	Tarçın içeren bir öğün sonrası tarçının kan glukoz seviyeleri üzerine etkisinin araştırılması.	18 tane sağlıklı insan.	Randomize, çift kör, plasebo kontrollü, çapraz geçişli klinik çalışma.	Tarçın kullanımının post-prandial kan glukoz seviyesini düşürerek metabolik hastalık riskini azaltabileceği sonucuna ulaşılmış.
Magistr elli A, Chezem JC,	Effect of ground cinnamon on postprandial blood	Normal ağırlıklı ve kilolu yetişkinlerde tarçının	Sağlıklı, normal ağırlıklı 15 kişi, kilolu	Randomize çapraz tasarım çalışması.	Tarçın kullanımının normal ağırlıklı ve kilolu bireylerde postprandial kan glukoz seviyeleri düzenlenmesinde etkili olabileceği

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

2012 [17]. ABD.	glucose concentration in normal-weight and obese adults.	postprandial kan glukoz seviyelerine etkisinin değerlendirilmesi.	15 kişi.		tespit edilmiş.
Markey O, McClean CM, Medlow P, et al., 2011 [18]. İrlanda.	Effect of cinnamon on gastric emptying, arterial stiffness, postprandial lipemia, glycemia, and appetite responses to high-fat breakfast.	3 gr tarçın kullanımının; mide boşalması, postprandial lipemik ve glisemik yanıtlar, oksidatif stres, arteriyel sertlik, iştah duyumları ve yüksek yağlı bir yemek sonrası yiyecek alımı üzerine etkisinin incelenmesi.	9 tane sağlıklı genç insan.	Tek kör randomize çapraz çalışma.	Tarçın kullanımının belirtilen parametreler üzerinde herhangi bir etkisi belirlenmemiş.

TARTIŞMA

Sağlıklı ve normal ağırlıklı insanlar üzerinde yapılan çalışmalardan birinde tarçın kullanımının ad libitum enerji alımını azalttığı belirlenirken [13], iki çalışmada ise postprandial plazma glikoz seviyelerinde azalma sağladığı sonucuna ulaşılmıştır [13, 16]. Dokuz sağlıklı insan ile yapılan farklı bir çalışmada ise tarçının iştah ve kan glukoz seviyeleri üzerinde herhangi bir etkisi tespit edilmemiştir [18]. Sağlıklı ve BKİ'si normal sınırların üzerinde olan bireylerde yapılan bir çalışmada tarçın kullanımının oral glukoz tolerans testi sonrası tepe kan glukoz seviyesini düşürüp glukoz toleransını arttırdığı sonucuna ulaşılmış [11], farklı bir çalışmada ise tarçın içerikli supplement kullanımının açlık kan glukoz değerlerinde azalma ile yağsız vücut kitlesinde artış sağladığı tespit edilmiştir [14]. Magistrelli ve ark.'nın çalışmasında da tarçın kullanımının normal ağırlıklı ve kilolu bireylerde postprandial kan glukoz seviyeleri düzenlenmesinde etkili olabileceği saptanmıştır [17]. Hayvanlarda yapılan bir çalışmada tarçın kullanımının ghrelin hormonu salgılanımını etkileyerek gıda alımı ve gastrik boşalmayı azalttığı, tarçın içerikli diyetin obez sıçanlarda glukoz toleransı ile vücut kitlesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır [6]. Bu bulgular sistematik değerlendirmenin sonuçları ile genel olarak uyumludur [11, 13, 16, 17]. Tarçın kullanımının besin alımını azaltıcı ve kan glukoz seviyesi düzenlenmesi üzerine etkileri konularında yapılacak araştırmalar tarçının endokrin ve metabolik etkilerinin belirlenmesi açısından önemli olacaktır.

Obezite, Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalığı açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [19]. Pre-diyabetik 62 hasta ve Tip 2 diyabet hastalarındaki etkilerinin değerlendirildiği iki farklı çalışmada tarçın kullanımının, açlık kan glukoz seviyeleri yanı sıra vücut kitlesi düzenlenmesinde olumlu etkileri olabileceği tespit edilmiştir [14, 15]. Santral obezite, insülin direnci ve hiperglisemi metabolik sendromun önemli bileşenleridir [5, 20]. Obezite yaygınlığının artışının toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyen metabolik sendrom görülme oranlarının artmasına neden olduğu gösterilmiştir [20]. Gupta Jain ve ark.'larının 116 metabolik sendrom hastası ile yaptıkları çalışmada, 16 hafta boyunca günlük 3 g tarçın kullanımının vücut ağırlığının azaltılması ve metabolik sendromun tüm bileşenlerinde önemli etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır [12]. Bu araştırmada değerlendirilen çalışmalarda, tarçının tip 2 Diyabetes Mellitus ve metabolik sendrom hastalarında kan glukoz seviyeleri, vücut kitlesi ve metabolik sendrom bulguları üzerinde olumlu etkilerinin gösterilmiş olması literatür çalışmaları ile uyumludur [5, 21].

SONUÇ

Tarçın kullanımının obezite üzerine etkinliğinin değerlendirildiği insan çalışmalarının çoğunda tarçının vücut kitlesi ve kan glukoz seviyeleri düzenlenmesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu konuda yapılacak multidisipliner çalışmalar, günlük diyet alışkanlıklarında sıklıkla kullanılan tarçının; insan metabolizması üzerine etkisi, etkilerinin fizyolojik, biyokimyasal ve moleküler mekanizmalarının belirlenmesi konusunda yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Apovian CM. *Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden*. Am J Manag Care, 2016; 22: 176-85.
2. Qasim A, et al. *On the origin of obesity: identifying the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations*. Obesity reviews, 2018; 19: 121-149.
3. Trandafir L, Temneanu O. *Pre and post-natal risk and determination of factors for child obesity*. Journal of medicine and life, 2016; 9: 386.
4. Meldrum DR, Morris MA, Gambone JC. *Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will?* Fertility and sterility, 2017; 107: 833-839.
5. Mollazadeh H, Hosseinzadeh H. *Cinnamon effects on metabolic syndrome: a review based on its mechanisms*. Iranian journal of basic medical sciences, 2016; 19: 1258.
6. Camacho S, et al. *Anti-obesity and anti-hyperglycemic effects of cinnamaldehyde via altered ghrelin secretion and functional impact on food intake and gastric emptying*. Scientific reports, 2015; 5: 7919.
7. Gürson O, Özçelikay G. *Tarçın'ın Tarih Boyunca ve Günümüzdeki Kullanımı Use of Cinnamon throughout the History and Present*. Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM, 2005; 18: 171-183.
8. Necyk C, Zubach-Cassano L. *Natural health products and diabetes: A practical review*. Canadian journal of diabetes, 2017; 41: 642-647.
9. Jarvill-Taylor KJ, Anderson RA, Graves DJ. *A hydroxychalcone derived from cinnamon functions as a mimetic for insulin in 3T3-L1 adipocytes*. Journal of the American College of Nutrition, 2001; 20: 327-336.
10. Abarca-Gómez L, et al. *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-*

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 2017; 390: 2627-2642.
11. Gutierrez JL, Bowden RG, Willoughby DS. *Cassia cinnamon supplementation reduces peak blood glucose responses but does not improve insulin resistance and sensitivity in young, sedentary, obese women*. *Journal of dietary supplements*, 2016; 13: 461-471.
 12. Jain SG, et al. *Effect of oral cinnamon intervention on metabolic profile and body composition of Asian Indians with metabolic syndrome: a randomized double-blind control trial*. *Lipids in health and disease*, 2017; 16: 113.
 13. Hochkogler CM, et al. *Cinnamyl isobutyrate decreases plasma glucose levels and total energy intake from a standardized breakfast: a randomized, crossover intervention*. *Molecular nutrition & food research*, 2018; 62: 1701038.
 14. Liu Y, et al. *A dietary supplement containing cinnamon, chromium and carnosine decreases fasting plasma glucose and increases lean mass in overweight or obese pre-diabetic subjects: a randomized, placebo-controlled trial*. *PloS one*, 2015; 10: e0138646.
 15. Whitfield P, et al. *The effect of a cinnamon-, chromium-and magnesium-formulated honey on glycaemic control, weight loss and lipid parameters in type 2 diabetes: an open-label cross-over randomised controlled trial*. *European journal of nutrition*, 2016; 55: 1123-1131.
 16. Beejmohun V, et al. *Acute effect of Ceylon cinnamon extract on postprandial glycemia: alpha-amylase inhibition, starch tolerance test in rats, and randomized crossover clinical trial in healthy volunteers*. *BMC complementary and alternative medicine*, 2014; 14: 351.
 17. Magistrelli A, Chezem JC. *Effect of ground cinnamon on postprandial blood glucose concentration in normal-weight and obese adults*. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012; 112: 1806-1809.
 18. Markey O, et al. *Effect of cinnamon on gastric emptying, arterial stiffness, postprandial lipemia, glycemia, and appetite responses to high-fat breakfast*. *Cardiovascular diabetology*, 2011; 10: 78.
 19. Kahn SE, Hull RL, Utzschneider KM. *Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes*. *Nature*, 2006; 444: 840.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

20. Sherling DH, Perumareddi P, Hennekens CH. *Metabolic syndrome: Clinical and policy implications of the new silent killer*. Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics, 2017; 22: 365-367.
21. Qin B, Panickar KS, Anderson RA. *Cinnamon: potential role in the prevention of insulin resistance, metabolic syndrome, and type 2 diabetes*. Journal of diabetes science and technology, 2010; 4: 685-693.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-133 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF ATTITUDE AND BEHAVIOR OF INTENSIVE CARE NURSES FOR END-LIFE CARE

Dr. Öğrt.Üyesi Ümmühan AKTÜRK¹, Gülüstan ŞAHİN², Velat AKCAN³

Özet

Amaç: Bu çalışma, bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini bir Devlet Hastanesinde Haziran- Eylül 2019 tarihleri arasında dahili -cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 132 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler hemşireleri tanıtım formu, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 29.44 ± 5.53 , çalıştıkları süre 12.26 ± 10.02 olup, hemşirelerin %60.6 kadın, % 43.2'si evli, % 65.9'u Lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %59.1'inin yoğun bakımda 2-5 yıllık bir deneyime sahip olduğu, %68.9'u mesleğini isteyerek seçtiğini, %81.1'inin yoğun bakım hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %100 ölen hasta ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum alt boyut puan ortalaması 17.89 ± 3.66 , Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış alt boyut puan ortalaması 33.93 ± 5.37 dir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 51.83 ± 6.96 dir. Araştırmada hemşirelerin yaş ile Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış alt boyutu ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranış toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$, $r = .285$; $p < 0.040$, $r = .179$). Buna göre hemşirelerin yaşları ilerledikçe Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının da pozitif yönde arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada ki hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları pozitif yönde orta düzeyin üzerinde puana sahip oldukları belirlenmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Buna göre hemşirelerin profesyonel tutumlarını artırıcı mesleki eğitimler düzenlenmelidir. Profesyonellik yolunda ilerlemenin en temel yolu, hemşirenin mevcut mesleki durumları ile ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Tutum, Yaşam sonu bakım, Yoğun bakım hemşiresi.

Abstract

Purpose: The aim of this study was to evaluate the attitudes and behaviors of nurses working in intensive care units of a hospital towards End of Life Care.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 132 nurses working in internal-surgical intensive care units in a State Hospital between June-September 2019. The data were collected by using nurses 'introductory form, Intensive Care Nurses' Attitudes and Behaviors Towards End-of-Life Care Scale. Descriptive statistics and correlation statistics analysis methods were used in the evaluation.

Results: The mean age of the nurses was 29.44 ± 5.53 , and the duration of the study was 12.26 ± 10.02 , 60.6% of the nurses were female, 43.2% were married and 65.9% were undergraduate graduates. 59.1% of the nurses stated that they had 2-5 years experience in intensive care, 68.9% stated that they chose their profession willingly, 81.1% had information about intensive care and they met 100% of the patients who died. The mean score of the Attitude Towards End-of-Life Care for Intensive Care Nurses was 17.89 ± 3.66 , and the mean score of End-Life Behavior for Intensive Care Nurses was 33.93 ± 5.37 . The total average score of the Intensive Care Nurses' Attitude and Behaviors Scale for End of Life Care is 51.83 ± 6.96 . In the study, a positive correlation was found between the age of the nurses and the subscale of Behavior for End of Life Care and the total scale score of Attitude and Behavior for End of Life Care ($p < 0.001$, $r = .285$; $p < 0.040$, $r = .179$). Accordingly, it was determined that the attitudes and behaviors towards end-of-life care increased positively as the age of nurses advanced.

Conclusion: In the study, it was determined that the nurses' attitude and behavior towards end-of-life care had a positive score above medium level.

Accordingly, professional trainings should be organized to increase the professional attitudes of nurses. The most basic way to progress towards professionalism should be to increase the awareness of nurses about their current professional situations.

Keywords: Palliative care, Attitude, End of life care, Intensive care nurse.

GİRİŞ

Palyatif bakım olarak da tanımlanan yaşam sonu bakım, tıbbi girişimlerin süreci önleyemediği bir dönemdir. Bu dönemde amaç, son günlerde yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesinin ölüm sürecine hazırlanması ve “iyi bir ölüm”ün sağlanmasıdır. Yaşam sonu bakımın amacı, hasta ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (1,2,3).

Ölümcül hastalıklar, hasta ailesini zorladığı kadar sağlık ekibini de zorlamaktadır. Sağlık alanında çalışan bireyler, özellikle hemşireler ölüme yakın hastalarla ve ölümlle sürekli karşılaşmaktadır. Şüphesiz ki, hemşirelik mesleğinin en zor yönlerinden biri ölümü beklemekte olan hastaya bakım vermek ve tedavi uygulamaktır (4,5,6). Özellikle ölümlle daha sık karşılaşan yoğun bakım hemşirelerinde bu durum daha da fazla zorlaşmaktadır (7).

Ölüme yaklaşan hastanın acısını azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, kaygı, korku, ağrı gibi semptomları kontrol etmek ve diğer fizyolojik semptomları yönetmek, hastanın tedaviye katılımını sağlamak gibi girişimler hemşirelik yaklaşımlarındandır (4). Bu nedenle, yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için yaşam sonu bakıma ilişkin hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için kendi duygularını tanıması gereklidir. Yaşamın son günlerinde hasta ile iletişim kurmak ve ona gereksinimi olan desteği verebilmek için, hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin kendi tutumlarını ve davranışlarını gözden geçirmeleri, hastalara daha kaliteli fiziksel ve psikolojik bakım sağlamalarında etkili olmaktadır (8).

AMAÇ

Bu çalışma, bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini araştırma bir devlet Hastanesinde Haziran 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 132 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler hemşireleri tanıtım formu, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Zomorodi (6) tarafından 2008 yılında Amerika’da geliştirilen ölçek, üç aşamada geliştirilmiş olup, ilk aşamada yoğun bakım hemşireleriyle yaşam sonu bakım sürecine ilişkin nitel

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

görüşmeler ve madde analizleri yapılmıştır. Orjinal ölçüm aracına uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucunda, genel olarak iki faktör elde edilmiştir. Bu alt boyutlar, "yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutumları" ve "yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik davranışları" olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı tutum alt boyutu 10 maddeden, davranış alt boyutu ise 6 madde olmak üzere toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tutum alt boyutu "*tamamen katılmıyorum*", "*katılmıyorum*", "*kısmen katılmıyorum*", "*katılıyorum*", "*tamamen katılıyorum*" olmak üzere beşli likert tipinde değerlendirilmektedir. Davranış alt boyutu ise "*asla*", "*nadiren*", "*ara sıra*", "*genellikle*" ve "*her zaman*" olmak üzere beşli likert tipinde değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Yalçınkaya tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Ölçeğin tümünün Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.70, iki alt boyutun güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.71 ve 0.65 olarak bulunmuştur (9).

BULGULAR

Hemşirelerin yaş ortalaması 29.44 ± 5.53 , çalıştıkları süre 12.26 ± 10.02 olup, hemşirelerin %60.6 kadın, % 43.2'si evli, % 65.9'u Lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %59.1'inin yoğun bakımda 2-5 yıllık bir deneyime sahip olduğu, %68.9'u mesleğini isteyerek seçtiğini, %81.1'inin yoğun bakım hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %100 ölen hasta ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ölçek puan ortalaması 17.89 ± 3.66 , Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış ölçek puan ortalaması 33.93 ± 5.37 dir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 51.83 ± 6.96 dir. Araştırmada hemşirelerin yaş ile Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış alt boyutu ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranış toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$, $r = .285$; $p < 0.040$, $r = .179$). Buna göre hemşirelerin yaşları ilerledikçe Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının da pozitif yönde arttığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmada Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ölçek puan ortalaması 33.93 ± 5.37 , Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış ölçek puan ortalaması 17.89 ± 3.66 dir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 51.83 ± 6.96 dir. Yalçınkaya'nın geçerlilik güvenilirliğini Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yönelik Tutum ölçek puan ortalaması 33.83 ± 4.63 , Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış ölçek puan ortalaması 18.04 ± 4.18 dir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 51.83 ± 6.96 dir (9). Bu sonuçlara göre her iki araştırmada çıkan ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutların birbirine benzer olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Çalışmada ki hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları pozitif yönde orta düzeyin üzerinde puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Buna göre hemşirelerin profesyonel tutumlarını artırıcı mesleki eğitimler düzenlenmelidir. Profesyonellik yolunda ilerlemenin en temel yolu, hemşirenin mevcut mesleki durumları ile ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri., Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2010: 89s.
2. Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. J Adv Nurs, 2006; 54(5): 594-601.
3. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Inter Med, 1993; 119(2): 121-126.
4. Bahar A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6):147-158.
5. Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25(4 Özel ek): 62-65.
6. Zomorodi M, Lynn M. Instrument Development Measuring Critical Care Nurses' Attitudes and Behaviours with End-of-Life-Care, Nurs Res. 2011, 59(4): 234-240.
7. Köse G, Durmaz O, Özet FG. Yoğun bakım ünitelerinde ve yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin ölüme karşı düşünce ve tutumlarının karşılaştırılması. Acıbadem Hemşirelik Bilimsel Çalışmalar, 2011. http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/11_Yogunbakimolum.pdf
8. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, İzmir: E.Ü. Basımevi, 2000.
9. Yalçınkaya SÖ, Dikmen Y. (2016). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Ölçeği”Nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi

S-135 PALYATİF BAKIMDA AĞRI YÖNETİMİ

PAIN MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE

Tuğba Çınarlı, Esra Danacı, Zeliha Koç

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Samsun/ Türkiye

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Zonguldak/ Türkiye

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

Özet

Ağrı doğum, büyüme, hastalık ve ölüm gibi yaşamın her anında ortaya çıkabilen insan varlığının doğası ile ilgili olan bir süreçtir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP), ağrıyı “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum” olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte klinik açıdan en yararlı bulunan tanım ise McCaffery tarafından yapılmıştır. McCaffery ağrıyı “bireyin söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamaktadır. Acıyı ve ağrıyı başarılı bir şekilde hafifletmek, gidermek ve değerlendirmek oldukça zordur. Kanıtlar ağrının, palyatif bakım ortamında tedavi edilemediğini, bu durumun hastanın rahatsızlığına önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ve hastaların yaşam sonu dönemde acı çektiğini göstermektedir. Bu nedenle optimal ağrı kontrolü sağlamak için tüm sağlık bakım profesyonellerinin palyatif bakım ortamlarında ağrı sıklığını, ağrının yönetimini engelleyen nedenleri değerlendirebilmesi ve rahatlama sağlamak için kullanılan en uygun tedavilerin farkında olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acı, ağrı, palyatif bakım

Abstract

Pain is a process related to the nature of human existence that can occur at any moment in life such as birth, growth, disease and death. The International Association for the Study of Pain (IASP) describes pain as an "unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage." However, the most clinically useful definition has been made by McCaffery. McCaffery describes pain as “whatever the experiencing person says, if a person says it exists, then it does”. It is rather difficult to alleviate, relieve and evaluate suffering and pain successfully. Evidence indicates that pain cannot be treated in a palliative care setting, that this situation contributes

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

significantly to the patient's discomfort, and that patients suffer in the end-of-life period. Therefore, in order to achieve optimal pain control, all health care professionals should be able to evaluate the frequency of pain in palliative care settings and the reasons that prevent pain management, and be aware of the most appropriate treatments for relief.

Keywords: Suffering, pain, palliative care

GİRİŞ

Ağrı doğum, büyüme, hastalık ve ölüm gibi yaşamın her anında ortaya çıkabilen insan varlığının doğası ile ilgili olan bir süreçtir. Çoğu ağrı hafifletilebilmekte, hastaların ağrıları nispeten giderilebilmektedir. Acının ve ağrının başarıyla dindirebilmesi için ağrının doğru sürekli ve düzenli aralıklarla değerlendirilmesi zorunludur (Fink and Gates, 2010). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP), ağrıyı “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (Dikmen Demir, 2013). Bununla birlikte klinik açıdan en yararlı bulunan tanım ise McCaffery tarafından yapılmıştır. McCaffery ağrıyı “bireyin söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamaktadır (McCaffery ve Pasero, 1999). Ağrının subjektif bir semptom olduğunu kabul etmek önemlidir. Bu nedenle öz bildirim, ağrının geçerli bir ölçütüdür. Bununla birlikte, değişmiş bilinç düzeyi, dil engelleri, afazi veya diğer nedenlerden dolayı ağrıları iletemeyen hastaların aksi ispatlanıncaya kadar ağrı içerisinde olduğu kabul edilmelidir. Hasta yakınları, hasta ile önemli bir zaman dilimi geçirmeleri nedeniyle hastanın temel konfor seviyesini doğru bir şekilde değerlendirebilmektedir. Hemşire, aileyi hastanın ağrı içinde olup olmadığı, ağrıya eşlik eden diğer semptomların varlığı açısından sorgulamalıdır (Şener ve Çınarlı, 2019).

Ağrıyı, sürekliliği dikkate alındığında akut ağrı ve kronik ağrı olarak sınıflandırarak tanımlamak mümkündür (Fink and Gates, 2010). Akut ağrı, şu an olan veya potansiyel doku hasarından kaynaklanan ağrı olarak tanımlanmaktadır (Acar ve Başer, 2019). Doku hasarı, inflamasyon, hastalık süreci veya cerrahi bir prosedürle ilişkilendirilen bu ağrı türü (Fink and Gates, 2010) ani olarak ortaya çıkmakta ve yaralanma iyileştiğinde ya da hastalık geçtiğinde sona ermektedir (Acar ve Başer, 2019). Bu nedenle şiddetine bakılmaksızın, akut ağrı nispeten kısa sürelidir. Akut ağrı, saat, gün, hafta veya birkaç ay ile ifade edilebilmektedir. Buna karşılık, kronik ağrı zaman geçtikçe kötüleşmekte, şiddetlenmekte (aylar, yıllar veya bir ömür) uzun süre devam etmekte ve hastanın işlevini veya iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Fink and Gates, 2010). Kronik ağrının kaynağı her zaman kolaylıkla

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

belirlenmemektedir. Ağrının miktarı ile hastanın ağrıya yanıtının ilişkilendirilmesi zor olabilmektedir (Acar ve Başer, 2019).

Kanıtlar ağrının palyatif bakım ortamlarında etkili bir şekilde tedavi edilmediğini, bu durumun hastanın rahatsızlığına önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ve bu nedenle hastaların yaşam sonu dönemde acı çektiğini göstermektedir. Dinmeyen ağrı palyatif bakım konsültasyonlarının en sık nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (Fink and Gates, 2010). Bu nedenle palyatif bakım hemşirelerine hastalarının yaşamının son anına kadar etkili bakımı ve huzurlu ölümü sağlamada önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Palyatif bakım hastanın tanı aldığı an itibari ile başlayan, ailenin yas sürecinde desteklenmesine kadar devam eden bir süreçtir. Bu zaman dilimi içerisinde hastalar ev, hastane ya da herhangi bir bakımevinde yaşamlarını yitirebilirler. Ancak hastaların yaşamını yitirdiği yer ve koşullara bakılmaksızın palyatif bakım alma hakları vardır (Aksakal, 2018).

Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların rahatlatılması palyatif bakımın önemli temel bir ilkesidir (Aksakal ve ark., 2018). Bu nedenle etkili ağrı ve semptom kontrolünü sağlamak için gerekli olan farmakolojik müdahaleleri güvenli bir şekilde uygulayarak hastanın yaşam kalitesini arttırmak palyatif bakım hemşiresinin önemli rol ve sorumluluklarından biridir (Aksakal, 2018). Ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi ağrı tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Ağrı değerlendirme süreci çok boyutlu faktörleri içeren ve sürekliliği devam eden bir süreçtir (Fink and Gates, 2010). Bu süreç ağrı şiddetinin değerlendirilmesi ile başlamakta; ağrının süresini ve karakteristik özelliklerini belirten ayrıntılı ağrı öyküsü alma, hastanın psikolojik durumunu ve o anki ruh halini değerlendirme, fizik muayene ve özellikle nöropatik ağrıdan şüpheleniliyorsa nörolojik muayene yapma, ağrının nedeninin belirlenmesine yönelik uygun tanılama yapma, uygun radyolojik ve laboratuvar testleri uygulama ve gerektiğinde yeniden değerlendirme yapma ile devam etmektedir (Düzgün, 2018).

İlk ağrı değerlendirmesi yapılırken ağrının şiddeti, karakteri, yeri, gün içindeki değişiklikleri, ağrıyı arttıran ve azaltan sebepler, ani ağrı ataklarının olup olmadığı, yan etkiler, tolerans gelişip gelişmediği, hastanın rutin yaşamını ve uyku düzenini ne kadar etkilediği sorularak ağrının tanımlanması gerekmektedir (Eygör ve Uyar, 2016). Bu amaçla **OPQRST** [O Onset (Başlangıç); P Palliative or provocative factors (Ağrıyı hafifleten ve arttıran faktörler); Q Quality (Niteliği); R Radiation (Yayılmı); S Severity (Şiddeti); T Time (Süreyle ilişkili

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

faktörler) olarak tanımlanan kelimelerin İngilizce ilk harflerinden oluşan kısaltmadan yararlanılarak ağrı sistematik bir şekilde tanımlanabilmektedir (Özel ve Aslan, 2016). Bununla birlikte birçok hasta ağrılarının artmasını hastalıklarının ilerlemekte ve kontrolsüz ağrının kaçınılmaz olduğu ile ilişkilendirmektedir. Bu durum ise hastalarda umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açabilmektedir. Bu hastaların ağrılarının kontrol edilebileceği ve yaşam kalitelerinin korunabileceği güvencesine ihtiyaçları vardır. Bu nedenle hastadan ağrıya yönelik kapsamlı bir öykü elde edilebilmesi için ağrının hasta için anlamı, hastayı nasıl etkilediği ele alınmalıdır (Perron ve Schonwetter, 2001).

Ağrının Kantitatif Değerlendirilmesi

Ağrı değerlendirmesi, ağrı yönetimi ve hasta sonuçları arasındaki bağlantıyı kurmada kritik öneme sahiptir. Mükemmel bir ağrı değerlendirmesi yapmadan optimal ağrı kesici uygulamak imkansızdır (Acar ve Başer, 2019). Her ne kadar ağrı, hastanın kendi rapor ettiği subjektif bir deneyim olsa da, bir hastanın analjeziye yanıtını izlemek için ağrının yoğunluğunu belirlemek esastır (Fink and Gates, 2010). Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde; Numerik Ağrı skalası, Görsel Analog Skala, Sözel Tanımlama Skalaları ve Yüz İfadesi Skalası gibi pek çok yöntem kullanılabilir. Değerlendirmede hangi ağrı skalasının tercih edileceğinden çok, her seferinde aynı değerlendirme aracının kullanılması tutarlılık açısından önem arz etmektedir. Ciddi kognitif bozukluğu olan hastalarda ise objektif bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla davranışsal değerlendirme ve hasta yakınlarıyla görüşme yöntemleri tercih edilmektedir (Eyigör ve Uyar, 2018).

Kognitif bozukluğu olan hastanın ağrı değerlendirmesinde ağlama, inilti, iç çekme, bağırma, çığlık atma ve sızlanma gibi sözel belirtiler; yüz buruşturma, hızlı hızlı göz kırpması, gözleri sıkıca yumma, kaşlarını çatma, dudak ısırma, üzgün durma gibi yüz ifadeleri; yumruklarını sıkma, huzursuzluk, hırçınlık, postür değişiklikleri, rijidite, yay gibi kıvrılma ve ağrılı vücut bölgesini bir yere sürtmeye çalışma gibi vücut hareketleri ile içe kapanıklılık, sessizlik, yataktan çıkmak istememe, ajitasyon, uykusuzluk, iştahsızlık ve normalde yaptığı bazı aktivitelerden, bakım ve pozisyon verilmesinden kaçınma gibi sosyal ilişkiler ve aktiviteler gözlemlenmelidir (Düzgün, 2018).

Optimal Ağrı Değerlendirmesine Yönelik Engeller

Doğru ve zamanında yapılan ağrı değerlendirmesi optimal ağrı yönetiminin temel taşıdır. Buna rağmen hemşireler ve sağlık bakım profesyonelleri tarafından yapılan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

çalışmalar ağrının yeterince değerlendirilmemesi ve belgelendirilmemesinin yetersiz ağrı yönetimine katkıda bulunduğunu göstermektedir (Fink and Gates, 2010).

Optimal ağrı değerlendirmesi ve tedavisinin başarılmasının önünde çok çeşitli engeller yer almaktadır. Bu engeller sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili engeller, sağlık bakım sistemi ile ilişkili engeller ile hasta, aile ve toplumla ilişkili engeller olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Hasta bakımında ağrı değerlendirmesi ve hafifletilmesinin bir öncelik olarak tanımlanmasında eksiklik, ağrı değerlendirme performansına ilişkin yetersiz bilgi, ağrının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin tekrarlanması ile bunların dökümanite edilmesi için zaman yetersizliği algısı, geçerli ağrı ölçüm araçlarının kullanılmaması, klinisyenin hasta ile empati yada ilişki kurmasındaki yetersizlik, bakımda sürekliliğin olmayışı, sağlık bakım profesyonelleri arasında iletişim yetersizliği, hastalara ön yargı ile yaklaşma sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili engeller arasında yer almaktadır (Fink and Gates, 2010).

Sağlık bakım sistemi ile ilişkili engellere ise sağlık sisteminin sağlık bakım profesyonellerini ağrı değerlendirmesinden sorumlu tutmada yetersiz olması, ağrı değerlendirme performansı ve dökümantasyonuna yönelik kurumsal politikaların olmayışı örnek olarak verilmektedir. Ağrı deneyiminin son derece öznel ve kişisel doğası, ağrı hakkında konuşmanın önemi konusunda hastanın ve ailenin farkındalığının olmaması, hastanın ağrısını bildirmedeki isteksizliği, hastanın personeli rahatsız etmek istememesi, sağlık profesyonelleriyle ağrıya ilişkin hasta iletişiminin yetersizliği, hastanın kendisine inanılmamasından korkması, ağrıyı tanımlayacak ortak bir dilin olmayışı, ağrı ve tedavisine ilişkin asılsız inançlar ve mitler ise ağrı değerlendirmesini engelleyen hasta, aile ve toplumla ilişkili engeller başlığında yer almaktadır (Fink and Gates, 2010).

Ağrı Yönetimi

Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlatılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılması açısından önem arz etmektedir (Düzgün, 2018). Ağrı yönetimi, ağrının fiziksel, emosyonel, ruhsal ve sosyal tüm yönlerini içeren multidisipliner, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin gerektiğinde bir arada kullanıldığı, bireye özel bir yönetim programını içermelidir (Eyigör ve Uyar, 2017).

Ağrının Farmakolojik Yönetimi

Ağrı tedavisinde farmakoterapinin sağlıklı bir şekilde anlaşılması palyatif bakım hemşireliği için önem arz etmektedir. İlk olarak, bu bilgi hemşirenin kapsamlı bakım planına katkıda

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bulunmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca, hemşirenin ilaçla ilişkili olumsuz etkileri tanımasını ve değerlendirmesini, ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimlerini anlamasını ve hasta ve bakıcıları uygun ilaç kullanımını konusunda bilgilendirmesini sağlamaktadır. Bu aynı zamanda, hastanın refahı ve buna tanıklık eden diğer bireyler için rahat bir ölüm sürecini güvence altına alacaktır (Paice, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü ağrının farmakolojik tedavisi için üç basamaktan oluşan bir tedavi protokolü önermektedir. Birinci basamakta hafif ağrısı olan ve analjezik kullanmayan hastalarda, non-opioidler (asetaminofen ve nonsteroidal antiinflatuvar ajanlar) tek başına ya da adjuvan analjeziklerle birlikte verilmektedir. İkinci basamakta ise non-opioidlerle doz artırıldığı halde kontrol altına alınamayan, orta dereceli ağrısı olan hastalarda non-opioidlerle birlikte zayıf opioid analjezikler kullanılmaktadır. Üçüncü basamakta zayıf opioidlerle doz artırıldığı halde ağrının kontrol altına alınamadığı durumlarda güçlü opioidlere geçilmektedir (Gökçınar, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen bu üç basamaklı yaklaşımın katı bir protokol olarak düşünülmemesi gerektiği bildirilmektedir. Ağrı yönetiminin bireye özgü olduğu unutulmamalı; dikkatli bir değerlendirme ile hangi basamaktan tedaviye başlanacağı belirlenmeli ve birinci basamaktan başlamak için şartlanılmamalıdır (Düzgün, 2018).

Non Steroid Anti-İnflamatuvar (NSAİ) ilaçlar, asetaminofen ve asetilsalisilik asit non-opioid ilaç grubunu oluşturmaktadır. Hafif ve orta şiddetteki ağrılarda tek başına yeterli olurken, şiddetli ağrılarda opioidlerle birlikte kullanıldıklarında ağrı kontrolünü arttırmakla birlikte opioid dozu ve yan etkilerin azalmasında etkili olmaktadır. Asetaminofen bilinen en güvenli analjeziktir. Önemli ve tek yan etkisi yüksek dozlarda verildiğinde hepatotoksisite oluşturmasıdır. Oral, paranteral ve rektal formları bulunmaktadır. Asetilsalisilik asit yan etki potansiyelinin yüksek olması nedeniyle uzun süreli kanser ağrılarının tedavisinde kullanılmamaktadır (Gökçınar, 2014). NSAİ ilaçların gastrik ülser ve kanamaya, hepatorenal disfonksiyona ve trombosit fonksiyon bozukluğuna yol açabileceği unutulmamalıdır (Eyigör ve Uyar, 2017).

Opioidler orta ve ciddi şiddette ağrısı olan hastalarda hem etkin hem de güvenlidir. Renal, hepatik ve koagülasyon sistemlerine direk etkilerinin olmayışı nedeniyle en sık tercih edilen ilaçlardır (Eyigör ve Uyar, 2017). DSÖ'nün etki güçlerine göre olan sınıflandırma kullanılmakta olup, zayıf etkili opioidler, ikinci basamakta uygulanmaktadır. Kodein, dekstropropoksifen ve tramadol zayıf opioidlerdir. Üçüncü basamakta kullanılan güçlü etkili

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

opiooidler ise morfin, fentanil, hidromorfon, oksikodon ve meperidindir. Opiooidlerin en sık görülen ve önemli yan etkileri konstipasyon ve sedasyondur. Bununla birlikte bulantı kusma ve kaşıntı gibi yakınmalar da ortaya çıkabilmektedir (Düzgün, 2018).

Adjuvan analjezikler, farmakolojik olarak analjezik olmamalarına karşın analjeziklerin etkilerini arttıran veya ağrıya eşlik eden semptomların giderilmesinde kullanılan ajanlardır. Başlıca adjuvan analjezikler, antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikostreoidler ve bifosfonatlardır. Bu ajanlar hastanın genel ve psikolojik durumu dikkate alınarak, ağrının tipi ve yerine göre kullanılmalıdır (Gökçınar, 2014).

Ağrının İnvazif Yönetimi

Tüm farmakolojik yöntemlere rağmen ağrı kontrolünün sağlanamadığı durumlarda ya da farmakolojik tedavi yan etkilerle sonuçlandığında ağrı invaziv girişimlerle tedavi edilmektedir (Eyigör ve Uyar, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün ağrı yönetiminde önerdiği basamak sistemine göre; ilk önce oral formdaki güçlü opiooidler yetersiz olduğunda sırasıyla parenteral opiooid, spinal opiooid uygulaması, bu yöntemler yetersiz olduğunda nörolitik sinir blokları, nöromodülasyon ve nöroablasyon yöntemleri kullanılmaktadır (Gökçınar, 2014). Ancak son yıllarda görüntüleme tekniklerinin gelişmesiyle birlikte blokların ağrı tedavisinde erken dönemde güvenle kullanılabileceği bildirilmektedir. Çölyak pleksus ve splankik sinir bloğu pankreas kanseri, metastatik mide kanseri gibi üst abdominal ağrıya neden olan kanserlerde tercih edilirken, nöromodülasyon özellikle nöroapatik kökenli kanser ağrılarında uygulanmaktadır (Eyigör ve Uyar, 2017).

Ağrının Nonfarmakolojik Yönetimi

Nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik tedaviye ek olarak ya da tek başına kullanılabilir. Nonfarmakolojik yöntemleri invaziv ve invaziv olmayan yöntemler olarak sınıflandırmak mümkündür. Meditasyon, progresif gevşeme, yardımla düşünme, ritmik solunum, biofeedback, terapötik dokunma, hipnoz, müzik, sıcak soğuk uygulama ve buz masajı invaziv olmayan yöntemlerdir. Akupunktur ise invaziv yöntemler arasında en çok bilinen ve kullanılan yöntemdir. Ağrı dışında bulantı, yorgunluk, depresyon, uykusuzluk ve iştahsızlık gibi diğer semptomlar için de tercih edilebilmektedir (Gökçınar, 2014).

SONUÇ

Ağrıdan kaynaklanan ızdırıp bireyin fiziksel, psikolojik, manevi ve günlük uğraşlarının tümünü etkilemektedir (Marie, 2013). Ağrı yönetiminde bireyin üst düzey yarar görebilmesi için multidisipliner bir yaklaşımla yaşam kalitesinin korunması ve artırılması hedeflenmeli

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

(Düzgün, 2018), hastaya özel riskler göz önünde bulundurularak hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemlerin kombine edildiği girişimler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Acar E, Başer HB. Ağrı. Duran L, editör. Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de. 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık 2019: 127-147.

Aksakal H. Palyatif bakım hemşireliği. Aksakal H, Kahveci K, Koç O, editörler. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı'nda. 1.Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi 2018: 15-24.

Dikmen Demir Y. Ağrı ve Yönetimi. Atabek Aştı T, Karadağ A, editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı'nda. 1. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık 2013: 634-667.

Düzgün G. Ağrı Yönetimi. Aksakal H, Kahveci K, Koç O, editörler. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı'nda. 1.Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi 2018: 25-40.

Eyigör C, Uyar M. Ağrı. Yıldırım Y, Fadıoğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2017: 271-287.

Fink RM, Gates RA. Pain Assesment. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford Newyork: Oxford University Press 2010: 137-159.

747

Gökçınar D. Palyatif Bakımda Ağrı Tedavisi. Kahveci K, Gökçınar D, editörler. Palyatif Bakım'da. 1 Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2014: 31-42.

Marie BS. Pain management in patients receiving palliative care. Oncol Nurse Advis 2013: 1-6.

McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical manual. 2nd ed. St. Louis: Mosby 1999.

Özel G, Aslan D. Hasta Değerlendirmesi. Özel G, Akbuğa Özel B, Özcan C, editörler. İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Paramedik Klinik Konular Mesleki Beceriler Operasyonel Uygulamalar'da, 1. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2016:113-147.

Paice JA. Pain at the End of Life. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford Newyork: Oxford University Press 2010: 161-186.

Perron V, Schonwetter, RS. (2001). Assessment and management of pain in palliative care patients. Cancer Control 2001; 8(1): 15-24.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Şener A, Çınarlı T. Acil serviste palyatif ve yaşam sonu bakım. Duran, L, editör. Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de. 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık 2019: 164-173.

S-136 PEDIATRİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ İÇİN REİKİ KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

EFFECTIVENESS OF REİKİ USE FOR SYMPTOM MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE IN PEDIATRİCS INTENSİVE CARE ÜNİT

Çiğdem ERDOĞAN¹, Türkan TURAN¹, Bakiye PINAR²

¹ Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli/Türkiye

² Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Denizli/Türkiye

Özet

Giriş: Günümüzde artan sağlık problemleri nedeniyle tıbbi tedavinin yanında alternatif ve tamamlayıcı tedavilerde uygulanmaktadır. Uygulayıcının doğal enerjisini kişiye aktaran “Reiki” de tamamlayıcı tedaviler arasında yer alan bir enerji terapisi. Eller aracılığıyla kişiye enerji aktarımı yapılarak bireyin uyumunu, dengesini artırmanın yanında gücünü de artırmaktadır. Bu tedaviler yetişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da kullanılmaktadır.

Amaç: Bu araştırmada pediatri yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan çocuklara uygulanan reikinin çocukların ağrı düzeyleri, oksijen saturasyonu ve nabızları üzerine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Araştırmaya pediatri yoğun bakım ünitesinde yatan 2-7 yaş arası 30 çocuk (deney=15, kontrol=15)dâhil edilmiştir. Deney grubunda bulunan çocuklara ortalama 20 dakika olmak üzere haftada 2 seans Reiki terapisi uygulanmıştır. Reiki seansları vücudun belirli noktalarına (baş bölgesine,bedenin ön tarafı, ayak bölgesi ve bedenin arka tarafına) 19 el pozisyonu kullanılarak uygulanmıştır. Reiki terapisi uygulanmadan önceve terapi sonunda çocukların ağrı, nabız ve oksijen saturasyon düzeyleri incelenmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir işlem yapılmamıştır.

Bulgular: Araştırmaya dâhil edilen 60 çocuğun yaş ortalamaları 3.8 ± 1.32 idi. Çocukların reiki öncesi demografik özellikleri, ağrı ve saturasyon düzeyleri, kalp hızları benzerdi ($p>0.05$). Çocukların reiki terapisi sonrasında oksijen saturasyonu ve kalp hızı değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ağrı şiddetinde ise gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tartışma: Çalışmanın sonucunda palyatif bakımda ağrı yönetiminde reiki seansı uygulamanın etkin olduğu belirlenmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Tamamlayıcı tedaviler arasında bulunan Reiki'nin çocuk yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının faydalı olabileceği düşünülmekte ve pediatri alanında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Reiki, çocuk, palyatif bakım, ağrı

Absract

Introduction: Due to the increasing health problems, it is being used in alternative and complementary therapies besides medical treatment. Reiki which transfers the practitioner's natural energy to the person, is an energy therapy that is among the complementary therapies. By transferring energy to the person through hands, it increases the individual's harmony and balance as well as strength. These treatments are used in children as well as adults.

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of reiki administration on pain levels, oxygen saturation and pulse rates of children hospitalized in the pediatric intensive care unit.

Methods: Thirty children (experiment = 15, control = 15) aged 2-7 years in the pediatric intensive care unit were included in the study. Reiki therapy was applied to the children in the experimental group for 2 sessions per week for an average of 20 minutes. Reiki sessions were applied to specific points of the body (head area, front of body, foot area and back of body) using 19 hand positions. Pain, pulse and oxygen saturation levels of children before and after Reiki therapy were examined. The control group did not receive any treatment.

Results: The mean age of the 60 children included in the study was 3.8 ± 1.32 . The demographic characteristics, pain and saturation levels and heart rates of the children before reiki were similar ($p > 0.05$). When oxygen saturation and heart rate were evaluated after reiki therapy, there was no significant difference between the groups ($p > 0.05$). There was a significant difference in pain severity between groups ($p < 0.05$).

Discussion: As a result of the study, it was determined that reiki sessions were effective in pain management in palliative care.

Conclusion: Reiki, which is one of the complementary therapies, is thought to be beneficial in pediatric intensive care units and further research is needed in the field of pediatrics.

Keywords: Reiki, child, palliative care, pain

GİRİŞ

Palyatif bakım alan çocuklar için, ağrı ve kaygıdan kurtulmak ile kullanılan farmakolojik ilaçların yan etkilerinden muzdarip olmayı engellemek oldukça zordur. Çocukların yaşadığı ağrı ve kaygı, farmakolojik müdahalelere her zaman tam olarak cevap vermez. Bu nedenle ağrı ve anksiyetenin azaltılmasını sağlamak için tamamlayıcı tedavilerin kullanılması son derece önemlidir (Samdup, Smith, Song, 2006; McCann, Newell, 2006).

Reiki “evrensel yaşam enerjisi” olarak çevrilebilir, “Rei” evrensel, “Ki” ise yaşam enerjisi anlamına gelir. Reiki, bireyin iyileşmesine, gevşemesine ve kendini yenilemesine olanak sağlayan, evrensel yaşam gücü enerjisini kullanan, invaziv olmayan, doğal bir şifa sistemidir. Japonya'da 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan reiki, hastalığın veya hastalığa bağlı semptomların düzelmesine katkıda bulunan vücuttaki enerji bloklarının uyarılmasını sağlayan bütüncül bir yöntemdir. Çalışmalarda prosedürel, cerrahi ve onkoloji popülasyonları arasında ağrı, depresyon, anksiyete, uyku ve yaşam kalitesi için yardımcı bir tedavi olarak reiki önerilmektedir (Potter, 2007; Meland, 2009; Richeson, Spross, Lutz, & Peng, 2010; Baldwin, Vitale, Brownell, Kryak, & Rand, 2017).

AMAÇ

Bu araştırmada pediatri yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan çocuklara uygulanan reikinin çocukların ağrı düzeyleri, oksijen saturasyonu ve nabızları üzerine etkisi incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini bir çocuk yoğun bakım ünitesinde tedavi gören çocuklar oluşturmuştur. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri olarak entübe olmama, analjezik, sedatif tedavi yada kas gevşetici ilaç almaması, ebeveyninin Türkçe yada İngilizce bilmesi ve araştırmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma verileri Ocak 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya pediatri yoğun bakım ünitesinde yatan 2-7 yaş arası 30 çocuk (deney=15, kontrol=15) dâhil edilmiştir. Deney grubunda bulunan çocuklara ortalama 20 dakika olmak üzere haftada 2 seans Reiki terapisi uygulanmıştır. Reiki seansları vücudun belirli noktalarına (baş bölgesine, bedenin ön tarafı, ayak bölgesi ve bedenin arka tarafına) 19 el pozisyonu kullanılarak uygulanmıştır. Bu pozisyonlar şunlardır:

Pozisyon 1; Eller yüz üzerinde burnun sağ ve sol tarafına yerleştirilir. Bupozisyon ile gözlerin rahatlaması sağlanır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Pozisyon 2; Eller yüzün iki yanında, şakaklara yerleştirilir. Bu pozisyon ile bedenin ve beynin sağ ve sol yanını dengeler ve zihni sakinleştirmek ve zihinsel aktiviteleri arttırmak için kullanılır.

Pozisyon 3; Eller kulaklar üzerine yerleştirilir.

Pozisyon 4; Eller başın üzerinde, sağ ve sol tarafa gelecek şekilde ve taççakrayı kapatmadan yerleştirilir.

Pozisyon 5; Eller başın arkasında, parmak uçlarınız kafatası bitimini (medullaoblangata) kavrar şekilde yerleştirilir.

Pozisyon 6; Elleri boğazın sağ ve sol tarafına bastırmadan yerleştirilir.

Pozisyon 7; Eller mide çakrası üzerine yerleştirilir. Bu pozisyon enerjidepolamak ve yaşam gücünü arttırmak için iyi bir pozisyondur.

Pozisyon 8; Eller mide çakrasının sağ tarafına, karaciğer bölgesine yerleştirilir. Bu pozisyon ile kızgınlık ve depresyon gibi ruh hallerinde duygusal dengelenme sağlar.

Pozisyon 9; Eller mide çakrasının sol tarafına yerleştirilir.

Pozisyon 10; Eller karın çakrası bölgesinde bastırmadan, leğen kemikleri üzerine gelecek şekilde yerleştirilir. Bir elin parmak uçları aşağıya, diğerinin parmak uçları yukarıya gelecek şekilde bir "V" pozisyonu oluşturulur. Bu pozisyon alt karın bölgesindeki organların tedavisinde kullanılır.

Pozisyon 11; Eller kalp çakrası üzerinde bir "T" oluşturacak şekilde yerleştirilir.

Pozisyon 12; Eller her iki bacakta üst baldırlara yerleştirilir. Bu pozisyon bacaklardaki problemler, gerginlikler ve yerleşmiş korkuları çözmek için kullanılır.

Pozisyon 13; Her iki el dizleri kavrayacak şekilde yerleştirilir.

Pozisyon 14; Burada bileklere ve ayaklara yapılacak bir uygulama vardır. Önce, her iki bileği eller kavrayacak şekilde tutulur. Daha sonra ayak altlarına elin ayası ayağın tam ortasına gelecek şekilde yerleştirilir. Burada iki alternatif pozisyon vardır :

İlki, ellerin parmak uçları alıcının ayak parmak uçlarıyla aynı hizada olduğunda refleksoloji yöntemine göre (ayak tabanından yapılan bir tedavi) ayağın altında olan tüm organlara denk gelen noktalara uygulamak için yararlı bir pozisyondur. Kök çakrayı kuvvetlendirip, bütün çakraların topraklanmasını da sağlar.

Diğeri, ellerin parmak uçları alıcının topuklarıyla aynı yönde olur. Bu pozisyonu uygularken alıcı, ayaktan başa doğru akan güçlü bir enerji hissedecektir. Bu, tüm bedeni güçlendirmek için çok yararlıdır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Pozisyon 15; Sırt bölgesinde eller omurgayı tam ortaya alacak şekilde sağ ve sol tarafa yerleştirilerek iki ya da üç hamlede uygulama yapılabilir. Bu pozisyon aynı zamanda sevgi, güvenlik duyguları ve zevk alma kapasitesini güçlendirir.

Pozisyon 16; Eller böbrekler üzerine gelecek şekilde yerleştirilir. Ruhsal olarak geçmişle ilgili stres ve acıyı hafifletebilir.

Pozisyon 17; Eller karın çakrasının arkasına gelecek şekilde bel bölgesinin üzerine yerleştirilir.

Pozisyon 18 ;Eller kök çakra üzerinde bir "T" oluşturacak şekilde yerleştirilir. Bu bölgedoğrudan kök çakrayla bağlantılıdır. Ruhsal olarak varoluşsal korkuları çözmek için kullanılabilir. Yaşamdan zevk almak ve çevreyle sağlıklı iletişim kurmakonularında burada yapılacak uygulamalar çok yararlı olacaktır.

Pozisyon 19; Bu pozisyonlar yine bedenin ön tarafında kullanılan üst baldır, dizler ve ayakpozisyonlarıdır. Etkileşimleri aynıdır(Omay 2000).

Reiki terapisi uygulanmadan önce ve terapi sonunda çocukların ağrı, nabız ve oksijen saturasyon düzeyleri incelenmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir işlem yapılmamıştır. Çocuklar deney urn yöntemi ile deney ve kontrol grubuna randomize olarak atılmıştır. Örneklem kriterlerine uyan bir çocuk olması durumunda, araştırmacının daha önce hazırladığı bu toplar siyah bir kese içine konarak araştırmacıların biri tarafından gözleri kapalı olarak seçim işlemi yapılmıştır. Seçilen topun rengine göre çocuk deney ya da kontrol grubuna atılmıştır. Böylece çocukların iki gruba rastgele bir şekilde dağıtılması sağlanmıştır. Veriler literatürdeki bilgiler doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve çocuğun yaşı, cinsiyeti, tıbbi tanısı, kalp hızı, saturasyonu gb bilgilerinin bulunduğu bilgi formu ve FLACC skalası ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 21.0 paket programıyla yapılmıştır. Sosyodemografik veriler ki-kare testi ve Student's-test kullanılarak analiz edilmiştir. Student t testi kullanılarak parametrik veriler yani kalp hızı, oksijen saturasyonu ve çocukların ağrı düzeyleri analiz edilmiştir.

BULGULAR

Deney ve kontrol grubundaki tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (cinsiyet, yaş ve tanı; $p > 0,05$). Gruplar arasında reiki öncesi ağrı düzeyi, oksijen saturasyonu ve kalp hızında istatistiksel olarak bir fark bulunamadı ($p > .05$) (Tablo 1).

Table 1. Grupların tanımlayıcı Özellikleri

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Reiki Grubu (n:15)	Kontrol Grubu (n:15)	χ^2	p
Cinsiyet				
Kız	8	7	0.321	.593
Erkek	7	8		
			t	p
Age	3.8±1.32	2.9±0.95	1.231	.072
Pain Scores	5.28±2.12	5.72±3.12	-1.578	.916
Heart Rate	123±10.5	121±10.2	-1.253	.854
SpO2 Levels	97±2.11	98±0.12	-1.582	.512

Gruplar arasında ağrı düzeylerinin, kalp hızı ve oksijen saturasyonunun karşılaştırılması

Ağrı düzeyleri reiki terapisi bittikten sonra değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında ağrı düzeylerinde anlamlı farklılıklar vardı ($p = .000$); Deney grubu (2.14 ± 1.43) kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük ağrı seviyelerine sahipti (5.66 ± 2.33). Kalp atım hızı ve oksijen saturasyonunda reiki terapisi bittikten sonra değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında ağrı düzeylerinde anlamlı bir fark yoktu ($p=.203$; $p=.509$) (Tablo 2).

754

Tablo 2. Reiki terapisi sonrası grupların ağrı skoru, kalp hızı ve oksijen saturasyonunun karşılaştırılması

	Reiki Grubu (n:15)	Kontrol Grubu (n:15)	t	p
Ağrı Skoru	2.14 ± 1.43	5.66 ± 2.33	-4.180	.000
Heart Rate	115 ± 27.16	120 ± 15.13	-1.274	.203
SpO² levels	98.1±2.13	98±1.42	-1.012	.509

Note: Veriler ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur

TARTIŞMA

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Reiki terapisi, refleksoloji, dikkati başka yöne çekme, masaj veya müzik dinlemek gibi tamamlayıcı tedaviler, palyatif bakımda semptomları yönetmek için çocuklarda güvenle kullanılabilir. Böylece artan ilaç kullanımına bağlı oluşacak yan etkiler engellenebilir. Dikkati başka yöne çekme, müzik terapisi gibi uygulamalara literatürde sık rastlanırken reiki ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmamaktadır (Friedrichdorf, 2010; Thrane and Cohen 2014).

Çocuklarda 2013 yılından önce reiki ile ilgili yapılmış çalışma olmayıp, son dönemlerde yayınlanan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu sınırlı sayıda çalışmalarda biri olan çalışmamızın sonucunda reiki uygulamasının çocuklarda ağrı yönetiminde etkili olduğu bulunmuştur. Benzer bir çalışmada ise yine reikinin çocuklarda ağrıyı azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Thrane, Maurer, Ren, Danford, Cohen 2017).

Genel olarak, bu çalışmanın sonuçları gelecekteki çalışmalar için teşvik edici olduğu ve Reiki tedavisinin çocuklarda semptom yönetimi için uygun bir uygulama olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım alan çocuklarla ve diğer pediatrik popülasyonlarla Reiki tedavisinin daha fazla araştırılması, Reiki tedavisinin yararının bilimsel kanıtını sağlamak için faydalı ve gereklidir. Pediatrik popülasyon için bir reiki uygulama rehberinin hazırlanması ve uygulama standardizasyonunun sağlanması önerilmektedir.

755

Araştırmanın sınırlılıkları tek bir yoğun bakım ünitesinde, az sayıda örneklem ile gerçekleştirilmesi ve ağrı skalasının değerlendirilmesinin tek bir hemşire tarafından yapılmasıdır.

SONUÇ

Pediatric yoğun bakım ünitesinde uygulanan Reiki tedavisi çocuklar üzerinde etkili olduğu bulunmuş ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Thrane SE, Maurer SH, Ren D, Danford CA, Cohen SM. Reiki therapy for symptom management in children receiving palliative care: a pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 2017; 34(4): 373-379.

Friedrichdorf SJ. Pain management in children with advanced cancer during end-of-life care. *Pediatr Hematol Oncol*. 2010; 27(4):257-261.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Potter PJ. Breast biopsy and distress: Feasibility of testing a Reiki intervention. *Journal of Holistic Nursing* 2007; 25: 238-248.

Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing* 2010; 3: 187-199.

Meland B. Effects of Reiki on pain and anxiety in the elderly diagnosed with dementia: A series of case reports. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2009; 15(4): 56-57.

Baldwin AL, Vitale A, Brownell E, Kryak E, Rand W. Effects of Reiki on pain, anxiety, and blood pressure in patients undergoing knee replacement. *Holistic Nursing Practice* 2017; 31: 80-89.

Samdup DZ, Smith RG, IL Song S. The use of complementary and alternative medicine in children with chronic medical conditions. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85(10):842-846.

McCann LJ, Newell SJ. Survey of paediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. *Arch Dis Child.* 2006;91(2):173-174.

Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manage Nurs.* 2014;15(4):897-908.

Omay, G.(2000). *Evrensel Yaşam Enerjisi Reiki*.Ankara:Grup-A Reikievi yayıncılık,

S-137 RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION, DISABILITY AND FRAILITY IN OLDER ADULTS

Güzin Çakmak 1, Ahmet Çiğiloğlu 1

1)Gaziantep University, Faculty of Medicine , Department of Geriatrics , Gaziantep, Turkey

Abstract

Introduction: Malnutrition is a common and severe problem in elderly. Malnutrition in elderly can be defined as inaccurate or insufficient status of nutrition. Frailty is a clinical syndrome. In this study we aimed to define relationship between malnutrition, disability and frailty.

Material and methods: Patients that applied to outpatient clinic of geriatrics were taken in this cross-sectional study. Patients were evaluated with MNA-SF, MNA-LF, GLIM criteria, Katz index, Lawton Brody scale, Fried's criteria, SOF index and bioimpedence tests.

Results: In our study, 37% of participants were frail and 55% pre-frail in order to Fried criteria, 47% of participants were frail and 39% pre-frail in order to SOF index. MNA-LF, GLIM scores and smooth muscle index were found to be related with both Fried's and SOF scores. Relationships were summarized in Table-1.

Conclusion: We showed that malnutrition was related with disability, frailty and sarcopenia in older people

Keywords: sarcopenia, malnutrition, frailty, disability

INTRODUCTION

Malnutrition is a common and severe problem in elderly. Malnutrition in elderly can be defined as inaccurate or insufficient status of nutrition (1). Evaluation of functional status of old people is a complicated job. Comprehensive geriatric assessment tests are commonly done for evaluating disability (2). Frailty is a clinical syndrome. This syndrome is defined as situation of weakness that caused by diminished physiological reserves, chronic diseases and other co-morbidities (3). In this study we aimed to define relationship between malnutrition, disability and frailty.

MATERIAL AND METHODS

Patients that applied to outpatient clinic of geriatrics were taken in this cross-sectional study. Risk for malnutrition was assessed by using Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) (4). In order to diagnose malnutrition we used both Mini Nutritional Assessment-Long Form (MNA-LF) (5) and Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria (6). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) and Lawton –Brody

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) were done for evaluation of disability (2). Frailty was evaluated by both Fried's frailty criteria and Study of Osteoporotic Fractures (SOF) frailty index (7). Smooth muscle mass index was calculated by the formula that "smooth muscle mass/height²". All of the tests were done by a skilled staff. The IBM SPSS Statistics 22 software program was used to analyze data. Relationships between parameters were investigated by spearman correlation analysis. Statistical significance level was determined as $p < 0.05$.

RESULTS

49 community-dwelling older adults were enrolled to the study. Their mean age was 73 ± 8 years old (yo). 22 of them were male and 27 of them were female. In order to MNA-LF only 7 of the patients were malnourished and 16 of them were in a risk of malnutrition but GLIM criteria diagnosed 12 of the patients as moderately malnourished and 10 of them severely malnourished. In order to Fried's frailty criteria 27 of the patients were pre-frail and 18 of them were frail. SOF frailty index diagnosed 19 of the patients as pre-frail and 23 of them frail. MNA-LF results were positively related with Katz index ($p=0.002$, $r=0.440$) and Lawton -Brody scale ($p=0.013$, $r=0.357$). Also scores for GLIM criteria were negatively related with Katz index ($p=0.04$, $r= -0.418$) and Lawton -Brody scale ($p=0.038$, $r= -0.300$). MNA-LF results were found to be negatively related with scores for Fried's criteria ($p=0.00$, $r= -0.582$) and SOF index ($p=0.02$, $r= -0.445$). Also, scores for GLIM criteria were positively related with scores for Fried's criteria ($p=0.00$, $r= 0.620$) and SOF index ($p=0.00$, $r= 0.602$).

We found that both scores for Fried's criteria ($p=0.019$, $r=-0.397$) and SOF index ($p=0.005$, $r=-0.443$) were negatively related with smooth muscle mass index (SMMI). Also scores for GLIM criteria were negatively related with SMMI ($p=0.003$, $r=-0.480$). Katz index scores were positively related with SMMI ($p=0.005$, $r=0.474$). Relationships were summarized in table-1.

DISCUSSION

Frailty is can be defined as an increased vulnerability resulting from age related diminished reserves and co-morbidities. Also ability to overcome stressors diminishes in this situation. Frailty was defined by Fried et al. as meeting three out of five phenotypic criteria about energy status of the patients: low grip strength, low energy, slowed waking speed, low physical activity, and/or unintentional weight loss (7). In our study, 37% of participants were

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

frail and 55% pre-frail in order to Fried criteria, 47% of participants were frail and 39% pre-frail in order to SOF index.

Like frailty, malnutrition is common in older patients with loss of independence. In our study we revealed that decline in ability to perform daily activities and instrumental activities were related with malnutrition.

Contribution of malnutrition to the development of frailty can be explained by sarcopenia and osteoporosis. In our study we also found that frailty, disability and malnutrition were related with sarcopenia.

CONCLUSION

We showed that malnutrition was related with disability, frailty and sarcopenia in older people. Also sarcopenia was related with frailty and disability. Prevention and treatment of malnutrition and sarcopenia is thought to be useful for management of disability and frailty. Also, when we evaluated the number of patients that diagnosed as malnourished; GLIM criteria were seemed to be more efficient to diagnose malnutrition cases.

Table-1:

Summary of the relationships between malnutrition, disability and frailty

	ADL	IADL	Fried's	SOF
MNA-LF	p=0.002, r=0,440	p=0.013, r=0.357	p=0.00, r= -0.582	p=0.02, r= -0.445
GLIM	p=0.04, r= -0.418	p=0.038, r= -0.300	p=0.00, r= 0.620	p=0.00, r= 0.602
SMMI	p=0.005 r=0.474	p=0.7	p=-0.397 r=-0.397	p=0.005 r=0.019

References:

- 1- Chen, C. C.-H., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 131–142.
- 2- What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Parker SG et al. *Age Ageing*. (2018)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 3- Frailty as a phenotypic manifestation of underlying oxidative stress. El Assar M, Angulo J, Rodríguez-Mañas L. *Free Radic Biol Med.* 2019 Aug 15. pii: S0891-5849(19)31163-3
- 4- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006; 10: 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y
- 5- Validity of Nutritional Screening Tools for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Isautier JM, Bosnić M, Yeung SSY, Trappenburg MC, Meskers CGM, Whittaker AC, Maier AB. *J Am Med Dir Assoc.* 2019 Aug 10. pii: S1525-8610(19)30519-5.
- 6- GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, Baptista G, Barazzoni R, Blaauw R, Coats A, Crivelli A, Evans DC, Gramlich L, Fuchs-Tarlovsky V, Keller H, Llido L, Malone A, Mogensen KM, Morley JE, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Pisprasert V, de van der Schueren MAE, Siltharm S, Singer P, Tappenden K, Velasco N, Waitzberg D, Yamwong P, Yu J, Van Gossum A, Compher C; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):1-9.
- 7- Relationship between oral health and Fried's frailty criteria in community-dwelling older persons. Kamdem B et al. *BMC Geriatr.* (2017)

S-138 GEBELİKTE EPİLEPSİ: OLGU SUNUMU

EPILEPSY IN PREGNANCY: CASE REPORT

Özlem Soylu*, Gülçin Nacar**

*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi

** İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Özet

Episepsi vakalarının yaklaşık dörtte biri reproduktif çağdadır. Ancak son yıllarda ilaç tedavisi ile nöbetlerin kontrol altına alınmasıyla epileptik kadınlar daha fazla oranda gebe kalabilmektedir. Epilepsi gebelikte en sık görülen nörolojik komplikasyonlardan biridir. Gebelikte epilepsi insidansı %0.3-0.7 arasında değişmektedir. Gebelikte epilepsi hem maternal hem de fetal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Epileptik kadınların büyük kısmında gebelikte nöbet sıklığında değişim olmazken, gebelerin üçte birinin nöbetlerinde artış meydana gelebilmektedir. Gebelikte miktarı artan östrojen ve progesteron nöral uyarılabilirliği artırabilmekte ve nöbet eşiği değiştirebilmektedir. Epileptik nöbetlerin yanı sıra kullanılan antiepileptik ilaçlar da maternal ve fetal komplikasyonlar neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda 21 yaşında 10 yıldır epilepsi tanısı bulunan gebe hastanın beyin ödemi + ensefalit tanısı nedeniyle klinikteki takibi incelenmiştir. Hastaya dekompresif cerrahi yapıldıktan sonra yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımı sürdürülmüştür. Bu olgu sunumunun amacı, 18 haftalık gebe olan epilepsi tanılı hastanın beyin ödemi + ensefalit tanısı ile klinikte almış olduğu tedavi ve bakımın incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: beyin ödemi, ensefalit, epilepsi, gebelik

Abstract

Approximately one quarter of the cases of epilepsy are in the reproductive age. However, epileptic women may become more pregnant by controlling seizures with drug treatment in recent years. Epilepsy is one of the most common neurological complications during pregnancy. The incidence of epilepsy in pregnancy varies between 0.3-0.7%. Epilepsy in pregnancy can cause both maternal and fetal complications. While the frequency of seizures does not change in the majority of epileptic women, one-third of pregnant women may have increased seizures. Increased estrogen and progesterone in pregnancy may increase neural

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

excitability and change seizure threshold. In addition to epileptic seizures, antiepileptic drugs can cause maternal and fetal complications. In this case report, a 21-year-old pregnant patient who had been diagnosed with epilepsy for 10 years was followed up in the clinic for brain edema + encephalitis. After decompressive surgery, the patient was treated and maintained in the intensive care unit. The aim of this case report is to investigate the treatment and care of the patient with epilepsy who is 18 weeks pregnant with the diagnosis of brain edema + encephalitis.

Keywords: brain edema, encephalitis, epilepsy, pregnancy

GİRİŞ

Epilepsi her yaş grubundan, tüm ekonomik düzeyden ve her ülkeden bireyi etkileyen çok eski yıllardan beri bilinen bir hastalıktır. Ancak düşük sosyoekonomik düzeyin ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan zorlukların epilepsi prevalansını yükselttiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre epilepsi prevalansı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerden daha yüksektir ve gelişmekte olan ülkelerde 1000' de 18.5 iken gelişmiş ülkelerde 1000' de 6' dır (Adadioğlu ve Oğuz, 2016; Görgülü ve Fesci, 2011; Aslan ve ark., 2018). Epilepsi, medikal ve cerrahi tedavi ile yaşamı etkilemeden ya da çok az etkileyerek kontrol edilebilen kronik bir hastalıktır. Ancak tamamen tedavisi ne yazık ki mümkün değildir (Aslan ve ark., 2018).

Episepsi vakalarının yaklaşık dörtte biri reproduktif çağıdadır. Gebelikte epilepsi insidansı %0.3-0.7 arasında değişmektedir. Ancak son yıllarda ilaç tedavisi ile nöbetlerin kontrol altına alınmasıyla epileptik kadınlar daha fazla oranda gebe kalabilmekte ve sağlıklı çocuk doğurabilmektedir (Aslan ve ark., 2018). Gebelikte epilepsi hem maternal hem de fetal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Erken doğum, düşük doğum kilosu, prematürite, gebelik haftasının gerisinde gerisinde fetal gelişim, konjenital malformasyon, yenidoğanda mental ve psikomotor retardasyon ile fetal/neonatal kayıp riski epilepsili gebelerde daha yüksektir (Thomas, 2006; Bayrak ve ark., 2014). Çim ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada epileptik gebelerin sağlıklı gebelere göre abortus, oligohidroamniyoz, erken doğum ve preeklamsi-eklemsi oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Çim ve ark., 2018).

Gebelikte epilepsi nöbetlerinin hem anne hem de bebek üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (Madazlı ve ark., 2004; Kutlu ve ark., 2012). Epileptik kadınların büyük

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kısmında gebelikte nöbet sıklığında değişim olmazken, gebelerin üçte birinin nöbetlerinde artış meydana gelebilmektedir (Batum ve ark., 2017). Gebelikte epileptik nöbetlerin artış nedenleri;

- Gebelikte epileptik annelerin tedavilerine uyumsuzluğu: Gebelikte epileptik anneler ilaçların yan etkilerinden dolayı ilaçlarını bırakabilmekte, ilaç dozlarını azaltabilmektedir.
- Gebelikte vücut sıvılarının miktarının artması: Gebelikte plazma volümünün artması ilacın dağıldığı hacmin artmasına ve yetersiz olmasına neden olur.
- Gebelikte renal klirens azalması ve ilaç kan düzeyinin düşmesi: Gebelikte renal glomüler filtrasyon hızı artarken, reabsorbsiyon hızında değişim olmaz. Bu nedenle ilaç kan düzeyi düşer.
- Gebelikte albümin düzeyinin görece azalması: Gebelikte plazma volümünün artması görece olarak albümin düzeyinin azalmasına neden olur. Albümine bağlı ilaç düzeyi azalır, dolaşımında serbest ilaç düzeyi artar.
- Gebelikte sık görülen psikiyatrik problemlerin epilepsi nöbetlerini tetiklemesi: Gebelikte sıklıkla görülen anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları epilepsi nöbetlerini tetikleyebilmektedir.
- Ayrıca gebelikte hormonları östrojen ve progesteronun nöbetler ile ilişkili olması: Östrojen nöbet eşiğini azaltırken, progesteron artırmaktadır. Östrojen epilepsi nöbetlerinde rolü olan bir nörotransmitter olan glutamatın aktivasyonunu uyarırken, inhibitör görevi yapan GABA'nın salınmasını baskılar. Progesteron ise östrojenin santral sinir sistemi üzerine göstermiş olduğu bu agresif etkinin tam tersi etki eder (Batum ve ark., 2017; Taşkın, 2016).

Epileptik nöbetlerin yanı sıra kullanılan antiepileptik ilaçlar da maternal ve fetal komplikasyonlar neden olabilmektedir. Gebelikte epilepsi nöbetlerini, en az ilaç ve en düşük doz ile sağlamak temel ilke olmalıdır. Ayrıca epilepsili gebeler için en az teratojen olan ve toleransı en iyi olan ilaç belirlenmeye çalışılmalıdır (Batum ve ark., 2017).

Olgu sunumunun amacı, 18 haftalık gebe olan epilepsi tanılı hastanın beyin ödemi + ensefalit tanısı ile klinikte almış olduğu tedavi ve bakımın incelenmesidir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın verileri, “Hemşire Veri Toplama Formu” ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler sonucu hastaya literatüre uygun hemşirelik bakımı uygulanmıştır.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 21 yaşında, 10 yıldır epilepsi tanısı bulunan, 18 haftalık bir gebedir. Hasta gebe olduğunu öğrenmesi üzerine antiepileptik ilaçlarını kullanmayı kesmiştir. Sık nöbet geçirmesi nedeniyle yatışı yapılmıştır. Yapılan tetkikler sonucu (LP, biyopsi) BOS’ da bakteri olduğu tespit edilmiştir. Beyin ödemi + ensefalit tanısıyla yatışı yapılan hastaya dekompresif cerrahi uygulanmıştır.

Fiziksel Muayene Sonuçları

- Hastanın vital bulguları stabil olduğu görülmüştür.
- Hastanın bilincinin yarı açık, entübe ve sedatize olduğu saptanmıştır.
- Hastanın sağ gözünde ışık refleksinin bulunmadığı, ekstremitelerinde amaçsız hareketlerin bulunduğu görülmüştür.
- Hastanın ekstremitelerinde ekimoz ve kuruluğun bulunduğu görülmüştür.
- Yüzde +1 derece ödem olduğu saptanmıştır.
- Tüm nabız bölgelerinden nabız alınlabildiği, kapiller dolgunluğun normal olduğu, kalp seslerinin ritmik olduğu, her iki akciğerin eşit havalandığı, ancak müköpürülan sekresyon olduğu görülmüştür.
- Abdomenin serbest olduğu ve barsak sesleri sayısının normal aralıkta olduğu görülmüştür.
- Hastanın ilaçlarını alabilmesi için NG sonda takılmıştır.
- Hastanın foley sondasının kontrol edilmiş ve açık sarı idrar çıkışının bulunduğu ve saatlik çıkardığı idrar miktarının normal sınırlarda olduğu saptanmıştır.

Hastanın Aldığı Tedavi

Tedavi	Doz	Endikasyonu	Gebelik Kategorisi
TPN	40 cc/sa	Besin gereksiniminin karşılanması	-
SF	60 cc/sa	Hidrasyon sağlama	-

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Dormicum	5 cc/sa	Sedazyon uygulama	D
Folik Asit	1×4 mg	Doğum defektleri ve bazı nöral tüp defektlerini önleme	A
Tegratol	2×400 mg	Antiepileptik	C
Panpast	1×1	Proton pompa inhibitörü	B
Prednol	1×1 gr	Kortikosteroid	C
Mannitol	6×150 mg	Ozmotik diüretik etkili	C
Meronem	3×2 gr	Antibakteriyel	B

Hasta 10. günde ekstübe edilmiştir. Hastanın bilincinin açık olduğu, ışık refleksinin bulunduğu, ekstremitelerinin hareketli olduğu saptanmıştır. 14. günde Kadın-doğum konsültasyonu istenmiştir. Yapılan USG sonucunda 20 hafta ile uyumlu canlı fetüs varlığı saptanmıştır. Hasta 1 ay takip edildikten sonra sağlık durumu stabilleşmiş ve taburcu edilmiştir.

765

Hemşirelik Bakımı

Epilepsili gebede hemşirelik bakımı, gebeden iyi bir öykü alınması, nöbetlerin önlenmesi ya da en aza indirilmesi, nöbetler sırasında yaralanmaların önlenmesi, gebenin prenatal izlemlere düzenli olarak katılması ve antiepileptik ilaçların düzenli kullanımını içermelidir (Özer, 2005; Batum ve ark., 2017).

Hemşirelik Tanısı 1: Anne fetüs bütünlüğünde bozulma riski

Beklenen sonuçlar: Anne ve fetüsün sağlığının korunması, gebeliğin komplikasyonsuz sürdürülmesi.

Girişimler:

- Annenin bilinç düzeyi, ANTA takibi düzenli aralıklar ile yapılmalı,
- Plasental dolaşıma engel olmaması için anne sol ya da sağ yan yatırılmalı ve sık pozisyon verilmeli,
- Fetal sağlık sık aralıklar ile değerlendirilmeli,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Anneye fetal sağlığı nasıl takip edebileceği öğretilmeli (Fetal hareketleri sayma, düzenli olarak antenatal izlemlere gitme)
- Annenin kullandığı antiepileptik ilaçların fetüste anomalilere neden olma riski bulunduğu anneye açıklanmalı,
- Ancak epileptik nöbetlerin fetüse daha fazla zarar verebileceği açıklanarak, antiepileptik ilaçları kullanmaya devam etmesi gerektiğini belirtilmeli,
- Hemşire antiepileptik ilaç dozlarının nörolog ve kadın doğum uzmanı iş birliğinde belirlenmesini sağlamalı,
- Hemşire en az teratojen olan ilaçların seçilerek mümkün olan en düşük dozla verilmesini sağlamalı,
- Hemşire gebelikte çok gerekli olmadıkça antiepileptik ilaçların değişimine engel olmalı,
- Hemşire anneyi, olası nöbet geçirme durumlarında travmalardan korunmak için yapması gerekenleri öğretmelidir.

Hemşirelik Tanısı 2: **Travma riski**

Beklenen sonuçlar: Nöbet sırasında gebe ve fetüsün travmadan korunması.

766

Girişimler:

- Gebeye aura başlar başlamaz güvenli bir yere geçmesi ve uzanmasının önemi açıklanmalıdır.
- Gebenin ailesine yaşam alanında delici kesici cisimlerin bulundurulmaması, çarpmaları önlemek için yerlere eşya bırakılmaması gerektiği açıklanmalıdır.
- Gebenin kuvvette banyo yapmaması ve yanında birinin bulunması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Nöbetlerden sonra gebenin hastaneye başvurması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Nöbetlerden sonra gebenin fizik muayenesi dikkatle yapılmalı, fetal sağlık değerlendirilmelidir.
- Gebelikte sıkça görülen anksiyete, depresyon, stresin nöbetleri tetikleme riski bulunmaktadır. Gebe psikolojik problemler yönünden taranmalıdır. Sosyal destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Stresle başa çıkma yolları gebeye öğretilmelidir. Gebe keyif alarak yaptığı bir hobi edilmesi yönünden cesaretlendirilmelidir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hemşirelik Tanısı 3: Ebeveynlik rol performansında etkisizlik riski

Beklenen sonuçlar: Gebenin hastalığının ebeveynlik rolünü yerine getirmesine engel olmayacağına ilişkin düşünce edinmesinin sağlanması.

Girişimler:

- Gebenin ebeveynliğe ilişkin duygu ve düşünceleri değerlendirilmelidir.
- Korkularını açıkça paylaşması için cesaretlendirilmelidir.
- Gebenin prenatal bağlanmasının güçlenmesi (bebek ile konuşma, şarkı söyleme, fetal hareketlerin sayılması gibi) sağlanmalıdır.
- Gebenin gebelik ve doğum sonu süreçte destek sistemlerinin harekete geçirilerek yalnız olmadığı hissettirilmelidir.
- Doğum sonu süreçte anne ve bebeğin güvenliği için alınması gereken önlemler açıklanmalıdır.
- Sürece gebenin eşinin de dahil edilmesi sağlanarak ebeveynlik sürecine beraber hazırlanmaları sağlanmalıdır.
- Gebenin eşi ile üstlenmesi gereken sorumluluklar ile ilgili görüşmeler yapılmalıdır.

Diğer hemşirelik tanıları: Beslenmede Bozulma

Sıvı volüm fazlalığı

Fiziksel mobilitede bozulma

Etkisiz solunum örüntüsü

Cilt bütünlüğünde bozulma riski

Oral müköz membranda bozulma riski

Intrauterin gelişimde gecikme riski (Biro, 2000;

Durna, 2012)

KAYNAKLAR

Thomas, S. V. (2006). Management of epilepsy and pregnancy. Journal of postgraduate medicine, 52(1), 57.

Görgülü, Ü., & Fesci, H. (2011). Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. Göztepe Tıp Dergisi, 26(1), 27-32.

Adadioğlu Ö, Oğuz S. (2016). Epilepsi ve Öz Bakım. Epilepsi Dergisi, 22 (1), 1-4.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Batum, M., Kısabay, A., & Yılmaz, H. (2017). Gebelikte Antiepileptik Seçimi Nasıl Olmalı? Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society, 23(2).

Özer, S. (2005). Epileptik Nöbetlerde Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 9(1), 28-34.

Aslan, S., Coşkun, A., & Oral, G. (2018). Epilepside Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecin Yönetimi ve Bakımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 49(1), 117-125.

Kutlu, G., Erdal, A., Aydoğan, S., Gomceli, Y. B., & İnan, L. E. (2012). Gebelik Sırasında Epilepsili Kadınların Takip ve Tedavisi. Journal of Neurological Sciences, 29(3).

Madazlı, R., Öncül, M., Albayrak, M., Uludağ, S., Eşkazan, E., & Ocak, V. (2004). Gebelik ve epilepsi: 44 olgunun değerlendirilmesi. Cerrahpaşa tıp dergisi, 35(3).

Bayrak, M., Bozdağ, H., Karadağ, C., Günay, T., & Göynüner, G. (2014). Epilepsi tanılı gebelerde obstetrik ve perinatal sonuçların retrospektif analizi. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST), 6(3), 127-132.

Çim, N., Tolunay, H. E., Karaman, E., Güneş Elçi, G., Aksin, Ş., Boza, B., ... & Şahin, H. G. (2018). Epilepsinin gebelik sonuçları üzerine etkisi. Van Tıp Dergisi, 25(2), 180-187.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 85-112.

Durna, Z. (2012). İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul. 2. baskı

Birol, L. (2000). Hemşirelik süreci. Bozkaya Matbaacılık. İzmir. 4. Baskı.

S-141 PALYATİF BAKIM VE SEMPTOM YÖNETİMİ

PALLIATIVE CARE AND SYMPTOM MANAGEMENT

Tuğba Çınarlı, Esra Danacı, Zeliha Koç

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Samsun/ Türkiye

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Zonguldak/ Türkiye

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

Özet

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı semptom yönetimi, takım çalışması, ilişkiler ve iletişim ile hastalık süresince ve ölümden sonra hasta yakınlarına destek olmak üzere dört temel öğeye dayandırmaktadır. Bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonellerinin çoklu semptomlar ile baş etmesinde en etkili yollardan biri olan semptom kontrolü palyatif bakımın vazgeçilmez bir unsurudur. Hastalık veya tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların etkin bir şekilde yönetilememesi, hastaların tedaviyi bırakması, tedavi dozunun azaltılması ve yaşam kalitesinin azalması gibi olumsuzluklarla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle semptom yönetimi, acıyı azaltmak, yaşamın işlevini ve kalitesini en üst düzeye çıkarmak için semptom sıkıntısını belirlemek ve hafifletmeye odaklanmış bir bakım sürecidir. Hasta bakım kalitesinin yanı sıra bakım verenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin de sürdürülmesi amacıyla sağlık profesyonellerinin hastayı bütüncül yaklaşımla ele alan iyi ve organize olmuş bir bakım planı hazırlamaları, uygulamaları ve sonuçlarını değerlendirmeleri son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, semptom yönetimi, yaşam kalitesi

Abstract

The World Health Organization bases palliative care on four main components: symptom management, teamwork, relationships and communication, and support to patient's relatives during and after illness. Symptom control, which is one of the most effective ways of coping with multiple symptoms in the care and treatment process for patients and health professionals, is an indispensable element of palliative care. Failure to effectively manage symptoms associated with the illness or treatment can result in adversities such as patients discontinuing treatment, reducing treatment dose, and decreasing quality of life. Therefore, symptom management is a care process focused on identifying and alleviating symptom distress in order to reduce pain and maximize the function and quality of life. In order to maintain the quality of patient care as well as the physical, psychological and social well-

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

being of the caregiver, it is crucial that health professionals prepare, implement and evaluate the results of a well-organized care plan that addresses the patient in a holistic approach.

Keywords: palliative care, quality of life, symptom management.

GİRİŞ

Palyatif Bakım

Sağlık bakım hizmetleri sunumunda kaydedilen ilerlemeler ölüm sürecini etkilemektedir. Bununla birlikte meydana gelen ölümlerin bir çoğunun kanser, kalp, böbrek, akciğer gibi uzun süreli ve zayıflatıcı hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir (Coyle, 2010). Bu yönüyle hayatı tehdit eden kronik bir hastalığa sahip olan ya da yaşam sonu dönemde bulunan bireyler palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır (Yancey, 2013). Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı “hayatı tehdit edici hastalıklar ile karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin ağrı ya da diğer fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerinin erken tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi yoluyla yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2019). Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonu ise palyatif bakımı “acıyı tahmin ederek, önleyerek ya da tedavi ederek yaşam kalitesini arttıran, hastalık süresince ortaya çıkan fiziksel, entelektüel, duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçların değerlendirilmesini, hastanın özerkliğini, bilgiye erişimini ve seçimini kolaylaştırmayı içeren hasta ve aile merkezli bakım” olarak ifade etmektedir (Coyle, 2010).

Palyatif bakım, hastalığa ilişkin semptomların önlenmesi, hafifletilmesi ya da giderilmesine odaklanmaktadır (Yancey, 2013). Palyatif bakım hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, kütatif tedavi ile birlikte ölüme kadar devam etmekte, ölüm sonrası yaşam sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakımın temel amacı; bireyin ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, problemlerinin erken tanınması ve yaşam sonu dönemde hastanın acısının hafifletilerek yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Taylor ve ark. 2011). Bununla birlikte palyatif bakım, hasta ve ailelerden bakım sistemine uymalarını istemek yerine bireylerin kültürlerine, değerlerine, tercihlerine ve isteklerine yönelik bütüncül ve merhametli bir bakım sunmaktadır (Coyle, 2010). Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak kabul etmekte, bireyin ölümüne kadar yaşamasına olanak sağlayan destek sistemlerini içermektedir (Fadıloğlu, 2017a).

Palyatif bakım, doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, uğraşı terapisti, manevi destek uzmanı, gönüllüler ve hasta yakınlarının yer aldığı, bireylerin

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ihtiyaçlarına ve elde bulunan kaynaklara göre şekillenen multidisipliner bir ekip tarafından sunulmaktadır (Coyle, 2010; Bilen, 2016). Palyatif bakım ekibi içerisinde özellikle hemşirenin hasta ve ailesi ile olan bireysel ilişkisi oldukça önemlidir. Bu ilişki, bilgi ve beceri yönünden palyatif bakım hemşireliğinin özünü oluşturmakta ve onu diğer hemşirelik uygulama alanlarından ayırmaktadır. Palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve varoluşsal yönlerine odaklanmakta, ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin umudunu korumaktadır (Coyle, 2010).

Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

İlerleyici ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan bireyler bir ya da daha fazla semptomu bir arada yaşamaktadırlar. Bu nedenle semptom yönetimi, acıyı azaltmak, yaşamın işlevini ve kalitesini en üst düzeye çıkarmak için semptom düzeyini belirlemeye ve hafifletmeye odaklanmış bir bakım sürecidir (Tuna ve ark. 2018). Semptom yönetiminde hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi son derece önemlidir. Hasta tarafından deneyimlenen semptom tanımlanması ile başlamakta, hastanın kültürel değerleri ve seçimleri doğrultusunda problemin altta yatan nedeni, etiyojisi ve patofizyolojisine yönelik bir bakım ve tedavi sunulmaktadır. Semptomun yeri, şiddeti, niteliği, ne zaman görüldüğü ile semptomu arttıran ve azaltan faktörler düzenli olarak değerlendirilmelidir. Palyatif bakım hastalarında sıklıkla fiziksel, psikososyal ve spiritüel semptomlar görülebilmektedir (Fadıloğlu, 2017b).

Yorgunluk

Palyatif bakım uygulanan hastalarda yorgunluk, en yaygın görülen, tanımlanması ve tedavisi en güç olan semptomlardan biridir. Etkili bir şekilde tedavi edilemeyen yorgunluk hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Yurtsever, 2017). Avrupa Palyatif Bakım Derneği yorgunluğu, “bitkinlik, güçsüzlük ve enerjide azalmanın subjektif olarak hissedilmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Yorgunluğun gelişiminde kişisel (yaş, medeni durum, gelir durumu vb.), psikososyal (depresyon, korku vb.), bakım (bakım verenlerin sayısı, sağlık bakım sağlayıcılarının duyarlılığı vb.), hastalık (hastalığın evresi, eşlik eden diğer hastalıklar, anemi, ağrı, dispne, beslenme değişiklikleri, uyku bozuklukları vb.) ve tedavi (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, ilaç yan etkileri vb.) ile ilgili faktörler rol oynamaktadır (Anderson ve ark. 2010).

Yorgunluğun değerlendirilmesinde hastanın yorgunluğa ilişkin öznel ifadesi ile birlikte geçerli ve güvenilir ölçüm araçları kullanılmaktadır. Yorgunluk statik değildir, saatlik olarak değişebilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından tekrar tekrar

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

değerlendirilmelidir. Yorgunluğun yönetiminde hasta, aile ve bakım veren bireylerin istekleri son derece önemlidir. Kanser ve ilerleyici kronik hastalıklarda yorgunluğu tedavi etmede farmakolojik (antidepresanlar, psikostimulanlar, progesteron steroidler vb.) ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar kullanılmaktadır. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar arasında hastanın uyku ve beslenme durumunun düzenlenmesi ile müzik dinleme, dua etme, hobi uğraşları ve meditasyon yapma gibi yöntemler yer almaktadır (Anderson ve ark. 2010).

Anoreksi ve Kaşeksi

Anoreksi ve kaşeksi başta kanser olmak üzere kalp yetmezliği, böbrek hastalıkları, KOAH, HIV/AIDS gibi kronik hastalıklar palyatif bakım sürecinde yaygın olarak görülebilmektedir. Anoreksi yemek yeme isteğinin azalması şeklinde tanımlanmaktadır (Bıçaklı ve Uslu, 2017). Anoreksi ve kaşeksi iki ayrı klinik semptom olmasına rağmen bir arada görülmektedir. Kaşeksi kilo, kas ve yağ doku kaybı ile ortaya çıkan karmaşık bir sendromdur. Hastada erken doygunluk, iştahsızlık, yorgunluk, dikkat süresi ve konsantrasyonda azalma, anemi, kas ve güç kaybı gibi belirtiler görülebilmektedir (Wholihan ve Kemp, 2010). Anoreksi ve kaşeksinin bakımına yönelik palyatif yaklaşımlar hastanın konforunun artırılmasını ve beslenmenin bireysel olarak planlanmasını içermektedir (Bıçaklı ve Uslu, 2017). Beslenme desteği, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler anoreksi ve kaşeksinin yönetiminde oldukça önemlidir (Wholihan ve Kemp, 2010). Beslenme desteğinde öncelikle oral yol tercih edilmeli, yeterli olmuyorsa enteral ve parenteral beslenmeye geçilmelidir. Anoreksi ve kaşeksinin farmakolojik yönetiminde hastanın iştahını arttırıcı ajanlar kullanılmaktadır. Mide bulantısı, kusma, diyare, konstipasyon, dispne, tat değişiklikleri ve depresyon gibi semptomların farmakolojik olarak kontrol altına alınması hastanın oral besin alımını arttırmaktadır (Bıçaklı ve Uslu, 2017).

Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma ileri evre kanser ve diğer yaşamı sınırlayıcı hastalığı olan bireylerde sıklıkla görülen semptomlardan biridir (Kav, 2017). Bulantı “epigastriyum ile boğazın arkasında meydana gelen ve kusmaya neden olabilen hoş olmayan öznel bir his” şeklinde tanımlanabilmektedir (King ve Tarcatu, 2010). Literatür incelendiğinde ileri evre kanser hastalarında bulantı ve kusmanın görülme sıklığı %40-70 arasında değiştiği bildirilmektedir (Glare ve ark. 2011). Bulantı ve kusma sıvı elektrolit dengesizlikleri, radyasyon, kemoterapi, opioidler, gastrointestinal problemler, artmış intrakranial basınç ve anksiyete gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Palyatif bakım hastalarında bulantı ve kusmaya sıklıkla

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, anoreksi ve dispne gibi semptomlar eşlik etmektedir (Kav, 2017).

Palyatif bakımda bulantı ve kusmanın değerlendirilmesinde kullanılan ilaçların etkinliği, bulantı dönemlerinin sıklığı, bulantı ve kusmayı arttıran ya da azaltan faktörler, besin alımı, oral mukozit varlığı ve bağırsak hareketlerinin tanınması oldukça önemlidir (King ve Tarcatu, 2010). Bulantı ve kusmanın yönetiminde doğru ilaç tedavisinin yanı sıra hasta ve ailelere farmakolojik olmayan yöntemlerin öğretilmesi de gerekmektedir (Kav, 2017). Farmakolojik olmayan yöntemler, fizyolojik tepkileri kontrol edebilmek için psikolojik müdahalelerin kullanılmasını içeren basit kişisel bakım tekniklerini ya da zihin-vücut terapilerinden oluşmaktadır. Bu teknikler gevşeme, biyofeedback, hipnoz, dikkati başka yöne çekme, akupunktur, akupresör, müzik, aromaterapi, rehberli görüntü ve sistematik duyarsızlaştırma şeklinde sıralanabilmektedir (King ve Tarcatu, 2010).

Disfaji Ve Ağız Kuruluşu (Kserostomi)

Disfaji ve ağız kuruluşu, ilerleyici terminal hastalıklarda sıklıkla görülen rahatsız edici semptomlardan biridir. Disfaji, gıdaları veya sıvıları yutmada zorluk şeklinde tanımlanmakta, aspirasyon ya da boğulma gibi ciddi durumlara neden olabilmektedir. Yaşam sonu bakımda sıklıkla görülen disfajinin yönetimi optimal beslenme ve hidrasyonun sağlanmasını içermektedir. Hastanın yutma refleksinin, hava yolunun ve ağız hijyeninin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Dahlin ve ark. 2010).

Palyatif bakımda, ağız kuruluşu (kserostomi) onkoloji hastalarında görülen başlıca semptomlardan biridir. Kserostomi “tükürük salgısının azalmasına bağlı oral kuruluk” olarak tanımlanmaktadır. Azalan tükürük fonksiyonu ve uzun süreli ağız kuruluşu diş eti, dil ve ağız mukozası lezyonları, ağız enfeksiyonları, tat değişiklikleri, çiğneme, yutma ve konuşma zorlukları ile ağız kokusu dahil olmak üzere çok sayıda oral soruna neden olmaktadır. Kserostomi yönetimi semptomları hafifletmeye yönelik uygulamalara odaklanmaktadır (Dahlin ve ark. 2010).

Konstipasyon

Konstipasyon palyatif bakım ortamında, özellikle ileri evre kanser hastalarında insidansı %70 ile %100 arasında değişen en yaygın semptomlardan biridir (Kasar ve Yıldırım, 2017). Konstipasyon sert dışkılama, boşaltım sıklığı ile bağırsak hareketlerinde azalma, dışkılamada zorlanma, rektal dolgunluk ve distansiyon şeklinde ifade edilmektedir. Konstipasyonun tanınması ayrıntılı öykü ve fizik muayene bulgularını içermektedir. Ayrıca Konstipasyon

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Değerlendirme Ölçeği gibi geçerli ve güvenilir ölçüm araçları konstipasyon şiddetinin belirlenmesinde oldukça önemlidir. Kullanılan ilaçlar, beslenme alışkanlığındaki değişiklikler, hiperkalsemi ve hipokalemi gibi durumlar bağırsak motilitesini azaltarak konstipasyona neden olabilmektedir. Konstipasyon yönetiminde en etkili yöntem kabızlığın önlenmesidir. Bununla birlikte konstipasyonun farmakolojik yönetimi laksatiflerin kullanımını içermektedir. Ayrıca diyetle yüksek lifli gıdalar ile sıvı alımının artırılması ve hastanın fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi son derece önemlidir (Economou, 2010).

Diyare

Palyatif bakım hastalarında konstipasyondan daha az görülmesine rağmen diyare hastayı zayıflatan ve yaşam kalitesini azaltan önemli bir semptomdur. Diyare, “günde üç ya da daha fazla bağırsak hareketi ile sonuçlanan dışkı hacmi ve akışkanlığında artış” olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2017). Diyarinin nedenleri arasında laksatiflerin fazla kullanılması, enfeksiyon, radyasyon ve kemoterapi gibi tedaviler sayılabilmektedir. Ayrıca hastada karın krampları, anksiyete, letarji, halsizlik, dehidratasyon, baş dönmesi, elektrolit kaybı, cilt kuruluğu, ağrı ve kilo kaybı gibi belirtiler görülmektedir (Economou, 2010). Diyare yönetiminde amaç, ishale neden olan faktörleri en aza indirmek ya da ortadan kaldırmak, beslenme ve sıvı-elektrolit dengesini sürdürmektir (Economou, 2010).

774

Dispne

Dispne ilerlemiş hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde azaltan semptomlardan biridir (Dudgeon, 2010). İleri evre kanser hastalarına %19-51 oranında görülmektedir (İncazlı ve Yıldırım, 2017). Dispne, Amerikan Toraks Derneği tarafından “yoğunluğu değişen, niteliksel olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile karakterize sübjektif bir deneyim” şeklinde tanımlanmaktadır (Dudgeon, 2010). Hastada boğulma hissi ve ölüm korkusu oluşturmakta, psikolojik iyilik halini ve sosyal fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedir (İncazlı ve Yıldırım, 2017). Dispnenin ne zaman başladığı (akut, kronik), pozisyondan etkilenip etkilenmediği, kalitesi, dispne ile ilişkili semptomlar, dispneyi azaltan ya da arttıran faktörler ve ilaçlara verdiği yanıt incelenmelidir. Klinik değerlendirme altta yatan patofizyolojinin belirlenmesi, uygun tedaviye karar verilmesi ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesini içermektedir. Etkili bir semptom yönetimi için farmakolojik yöntemlerin yanı sıra hastanın aktivitesinin planlanması, çevresinin düzenlenmesi, solunum tekniklerinin öğretilmesi ile hasta ve aile eğitiminin sağlanması gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması da son derece önemlidir (Dudgeon, 2010).

Anksiyete Ve Depresyon

Palyatif bakım ortamında bireyler kronik hastalığa bağlı geçici ya da kalıcı fiziksel değişiklikler, fonksiyon kayıpları, uzun süreli ağrı, eşlik eden diğer semptomlar, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, iş, aile ve sosyal rollerinde değişiklik ile ölüm sürecine yönelik korkular yaşamaktadır (Pasacrete ve ark. 2010). Bu durum palyatif bakım hastalarında anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik semptomların oluşmasına neden olmakta, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Anksiyete, kötü bir şey olacağı hissi, güvensizlik, endişe ve huzursuzluk şeklinde ifade edilmektedir (Elbi, 2017). Buna bağlı olarak palyatif bakım ortamında anksiyete ve depresyonun tam olarak tanılanamaması ve tedavi edilmemesi hastanın immün cevabını azaltmakta, hayatta kalma süresini kısaltmakta ve tedaviye uyum yeteneğini bozmaktadır. Hastalık tanısı konulduğu andan itibaren sağ kalım süresini arttırmak, anksiyete ve depresyonu azaltarak yaşam kalitesini arttırmak için psikofarmakolojik, psikoterapötik ve davranışsal yöntemlerin kullanılması oldukça önemlidir (Pasacrete ve ark. 2010).

Deliryum

Deliryum, tüm sağlık bakım ortamlarında sıklıkla görülen nöropsikiyatrik bir hastalıktır (Heidrich ve English 2010). Yaygın organik beyin işlev bozukluğu sonucu ortaya çıkan akut konfüzyon durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Tanı ve tedavisi oldukça güç olan, hasta ve ailenin yaşam kalitesini düşüren bir sendromdur. Hastada dikkat süresinde azalma, huzursuzluk, öfori, oryantasyon, düşünme, konuşma, duygulanım, uyku uyanıklık döngüsü ve bellekte bozulma gibi belirtiler görülmektedir (Karadakovan, 2017). Erken tanı için deliryum riski taşıyan hastaların kapsamlı ve sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. Standartlaştırılmış değerlendirme araçları, klinik ortamda deliryumun tanılanması ve ciddiyetinin belirlenmesi için kullanılmaktadır. Deliryumun yönetiminde şüpheli nedenlerin ele almak için multidisipliner bir ekiple çalışmak, deliryumun fiziksel ve duygusal sıkıntısını hafifletmek için uygun şekilde belirlenmiş farmakolojik müdahaleleri uygulamak son derece önemlidir. Ayrıca hastaların, ailelerin ve sağlık personelinin deliryum atak olasılığı konusunda eğitilmesi, tamamlayıcı müdahalelerin farmakolojik yönetimlerle bütünleştirilmesi gerekmektedir (Heidrich ve English 2010).

Uykusuzluk

Palyatif bakım ortamında uykusuzluk çoğunlukla kronik hastalığı olan, anksiyete ve depresyon yaşayan bireylerde görülmektedir. Kontrol edilemeyen uykusuzluk psikiyatrik ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

nörobilişsel alanlarda problemlere neden olmakta, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Gastrointestinal ve genitoüriner değişiklikler, ağrı, ateş, öksürük, dispne, kaşıntı, yorgunluk gibi semptomlar ile kullanılan ilaçlar ve tedavinin yan etkileri uykusuzluğa neden olabilmektedir (Bourdeanu ve ark. 2010). Uykusuzluk tedavisinde altta yatan neden/nedenler değerlendirilmeli, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler bir arada kullanılmalıdır (Aydın, 2017). Uykusuzluğun farmakolojik tedavisinde daha çok hipnotik ajanlar tercih edilmektedir. Farmakolojik olmayan yaklaşım ise bilişsel-davranışçı terapiler, tamamlayıcı tedaviler, psikoeğitim ve egzersizi içermektedir (Bourdeanu ve ark. 2010). Sonuç olarak palyatif bakım hasta ve yakınlarının değerlerine, kültürlerine ve tercihlerine yönelik bireyselleştirilmiş, bilgi odaklı, semptom kontrolü sağlayan, hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştiren, hastalık süreci ve ölüm sonrası dönemde kayıp danışmanlığı sağlayan bir destek sistemidir.

KAYNAK

Anderson PR, Dean GE, and Piech MA. Fatigue. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 187-211.

Aydın A. İnsomnia. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:488.

Bıçaklı DH, Uslu R. Kaşeksi. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:506.

Bilen A. Palyatif Bakım. Toplum ve Hekim 2016; 25.

Bourdeanu L, Hein MJ, Tryon PR. Insomnia. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 469-474.

Coyle N. Introduction to Palliative Nursing Care. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 3-13.

Dahlin CM, Cohen K, Goldsmith T. Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 239-260.

Dudgeon D. Dyspnea, Death Rattle, and Cough. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 303-320.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Economou DC. Bowel Management: Constipation, Diarrhea, Obstruction and Ascites. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 277-280.

Elbi H. Anksiyete. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017: 289.

Fadiloğlu Ç. Palyatif bakım. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017a:19.

Fadiloğlu Ç. Palyatif bakımda semptom yönetimi. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017b:237.

Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clinical interventions in aging, 2011; 6: 243.

Heidrich DE, English N. Delirium, Confusion, Agitation, and Restlessness. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 449-467.

777

İncazlı SB, Yıldırım Y. Dispne. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:439-450.

Karadakovan A. Deliryum. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:393-410.

Kasar KS, Yıldırım Y. Kontipasyon. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:533-546.

Kav S. Bulantı ve Kusma. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım'da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:347-360.

King C, Tarcatu D. Nausea and vomiting. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 221-238.

Pasacreta JV, Minarik PA, Nield-Anderson L. Anxiety and Depression. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 425-448.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care; 7th ed. China: 2011.

Tuna Hİ, Ünver G, Molu B. Palyatif bakım alan son dönem kanser hastalarında semptom kümeleme ve hemşirelik. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 2; 64-69.

Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4(2): 81-90.

Wholihan D, Kemp C. Anorexia and Cachexia. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 211-221.

World Health Organization (WHO). Definition Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/en/> (Erişim: 01.09.2019)

Yancey V. The Experience of Loss, Death, and Grief. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM, ed(s). Fundamentals of Nursing. Eighth Edition. Elsevier Mosby, 2013:719.

Yıldırım Y. Diyare. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım’da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:453-460.

Yurtsever S. Yorgunluk. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, editörler. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım’da. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri 2017:681.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-143 MALATYA İLİNDE PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA BASI ÜLSERİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

PREVALENCE AND CLİNICAL CHARACTERİSTİCS OF PRESSURE ULCER İN PATİENTS FOLLOWED İN THE PALLİATİVE CARE ÜNİT İN MALATYA

Nihal Altunışık¹, Zeliha Korkmaz Dişli²

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye¹

Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

Özet

Giriş: Bası ülseri (dekübitis ülseri, yatak yarası), en sık parapleji, kuatripleji, koma tablosu bulunan yoğun bakım hastalarında ve yaşlılarda ortaya çıkan, uzun süre basıya maruz kalan bölgelerde iskemi sonucu ortaya çıkan ülselerdir. Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan multidisipliner bakımdır.

Amaç: Dermatoloji literatüründe bası ülselerinin prevalansını ve klinik özelliklerini inceleyen bildiri sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada Malatya ilinde palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bası ülselerinin prevalansının tespit edilmesi ve ülselerin klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araç ve Gereçler: 08.2018 – 08.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Ülselerin yerleşim yeri, derinliğine göre klinik evresi kaydedildi.

Bulgular: Palyatif ünitesinde hizmet verilen 218 hastanın toplam 98'inde bası ülseri vardı. Bu hastaların 108'i kadın, 110'u erkek, yaş ortalaması 72,23, ortalama yatış süreleri 15,1 gündü. Hastaların %64,2'ünde nörolojik patoloji, %12,2'sinde kalp yetmezliği %7'sinde malignite mevcuttu. En çok evre 2 (%56) bası ülseri saptandı (Tablo 1). Bası ülseleri başlıca koksiks bölgesinde (%38) yerleşim gösteriyordu (Tablo 2).

Tartışma: Bu çalışma günümüzde tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yerini alan ve yeni bir disiplin olan palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bası ülselerinin sıklığını ve klinik özelliklerini saptamamızı sağlamıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Oluşumu kolay önlemlerle engellenebilen bası ülserleri yatağa bağımlı ve ciddi hastalığı olan hastalarda hala sık görülen bir sağlık problemidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, bası ülseri, klinik

Abstract

Background: Pressure ulcer (decubitus ulcer, bed sores) is most commonly seen in intensive care patients with paraplegia, quadriplegia, coma and elderly people. It occurs as a result of ischemia in the areas that are exposed to compression for a long time. Palliative care; is a multidisciplinary care to prevent or relieve symptoms that may occur in people with serious illness.

Purpose: The number of papers examining the prevalence and clinical features of compression ulcers in the dermatology literature is limited. The aim of this study was to determine the prevalence of pressure ulcers in patients followed up in the palliative care unit in Malatya and to investigate the clinical features of ulcers.

Methods: The files of the patients hospitalized in the Palliative Care Unit of Malatya Training and Research Hospital between 08.2018 and 08.2019 were analyzed retrospectively. The location of the ulcers and the clinical stage of the ulcers were recorded.

Results: Of the 218 patients followed in the palliative unit, 98 had pressure ulcers. Of these patients, 108 were female and 110 were male. The mean age was 72.23 years and the mean hospital stay was 15.1 days. 64.2% of the patients had neurological pathology, 12.2% had heart failure and 7% had malignancy. The most common stage 2 (56%) pressure ulcers were detected (Table 1). Pressure ulcers were located mainly in the coccyx region (38%) (Table 2).

Discussion: This study enables us to determine the frequency and clinical characteristics of pressure ulcers in patients who are being followed up in a new discipline, palliative care unit, which is rapidly replacing other areas of medicine.

Result: Pressure ulcers, which can be prevented by easy measures, are still a common health problem in bed-dependent patients with serious illness.

Key words: Palliative care, pressure ulcer, clinic

GİRİŞ

Bası ülseri (dekübitis ülseri, yatak yarası), en sık parapleji, kuatripleji, koma tablosu bulunan yoğun bakım hastalarında ve yaşlılarda görülür. Uzun süre basıya maruz kalan bölgelerde iskemi sonucu ortaya çıkar. Yeni bir disiplin olan palyatif bakım ise ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan multidisipliner bakımdır (1, 2, 3).

Dermatoloji literatüründe bası ülserlerinin prevalansını ve klinik özelliklerini inceleyen bildiri sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada Malatya ilinde palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bası ülserlerinin prevalansının tespit edilmesi ve ülserlerin klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

ARAÇ VE GEREÇLER

08.2018 – 08.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, tanıları, ülserlerin yerleşim yeri, derinliğine göre klinik evresi kaydedildi.

BULGULAR

781

Palyatif ünitesinde hizmet verilen 218 hastanın toplam 98'inde bası ülseri vardı. Bu hastaların 108'i kadın, 110'u erkek, yaş ortalaması 72,23, ortalama yatış süreleri 15,1 gündü. En çok evre 2 (%56) bası ülseri saptandı (Tablo 1). Bası ülserleri başlıca koksiks bölgesinde (%38) yerleşim gösteriyordu (Tablo 2). Hastaların %64,2'ünde nörolojik patoloji, %12,2'sinde kalp yetmezliği %7'sinde malignite mevcuttu (Tablo 3).

Tablo 1. Ülserlerin klinik evresine göre hasta dağılımı

	Hasta sayısı
Evre 1	13
Evre 2	55
Evre 3	9
Evre 4	7
Derin doku hasarı	4
Evrelendirilemeyen evre (nekroz)	10
Toplam	98

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 2. Bası ülserlerinin evrelere göre yerleşim bölgelerinin dağılımı

	Koksiks	Sakrum	Sol Gluteal	Sağ Gluteal	Sol Trokanter	Sağ Trokanter	Sol Gluteal	Sağ Gluteal	Sol Topuk	Sağ Topuk	TOPLAM
Evre 1	11		3				1				15
Evre2	14	11	12	12	2	3			1		55
Evre 3	4	2					1				7
Evre 4	3	1					1				5
Derin doku hasarı									3	2	5
Evrelendirilemeyen evre (nekroz)	6	3					1	1			11
Toplam	38	17	15	12	2	3	4	1	4	2	98

Tablo 3. Evrelere göre klinik tanıların dağılımı

	Nörolojik	Malignite	Dekübit ülseri	Kalp yetmezliği	Diğer	TOPLAM
Evre 1	9	2	2	1	1	15
Evre2	38	4	6	6	1	55
Evre 3	2		2	3		7
Evre 4	2	1		1	1	5
Derin doku hasarı	4		1			5
Evrelendirilemeyen evre (nekroz)	8		1	1	1	11
TOPLAM	63	7	12	12	4	98

TARTIŞMA

Palyatif bakım günümüzde tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yerini almış ve yeni bir disiplindir. Palyatif bakım ünitesinde ciddi hastalığı olan kişilerde oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için multidisipliner bir yaklaşım sergilenmektedir. Bası ülserleri uzun süre yatan hastalarda çoğunlukla yoğun bakım hastalarında ve ileri yaşlarda daha fazla görülen, ölüm riskini artıran, hastanede süresini uzatan ve tedavi giderleri yüksek olan bir sağlık problemidir (1,2).

Bası ülserleri basıya maruz kalan herhangi bir vücut bölgesinde oluşabilmekle beraber en sık sakral bölgede yerleşir (4). Çalışmamızdaki hastalarda en sık koksiks bölgesinde yerleşim izlendi.

Çalışmamızda ülserler derinliğine göre evrelendirildiğinde ise; 13 hastada evre 1, 55 hastada evre 2, 9 hastada evre 3 ve 7 hastada evre 4 ülser tespit edildi. Barczak ve ark.'larının yaptığı çalışmada ülserlerin %74'ünün evre 1 ve evre 2'de olduğunu saptamışlardır (5).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bası ülserlerinin oluşumunda uzun süre basınca maruz kalmak önemli bir tetikleyicidir (2). Hastalarımızın çoğunda uzun süre yatmayı gerektiren ve bu nedenle basıya maruz kalmayı kolaylaştıran nörolojik, kardiyak patolojiler ve maligniteler gibi sağlık problemleri mevcuttu.

SONUÇ

Bası ülserleri yatağa bağımlı ve ciddi hastalığı olan hastalarda hala sık görülen bir sağlık problemidir. Çoğunlukla ileri yaş ve ciddi hastalığı olan hastaların takip edildiği palyatif bakım ünitelerinde alınacak önlemlerle bası ülseri görülme sıklığının azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKÇA

1. Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 2582- 90.
2. Aktürk AŞ, Atmaca E, Zengin S, et al. Prevalence and Clinical Features of Pressure Ulcers in Patients Receiving Home Health Care Services in the City of Kocaeli. Türkderm 2010; 44: 128-31.
3. Beğer T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4:244-53.
4. Gunningberg L: Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish health-care settings. J Wound Care 2004;13:286-90.
5. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM: Fourth national pressureulcer prevalence survey. Adv Wound Care 1997;10:18-26.

S-144 PALYATİF BAKIMDA ÖLÜM KAYGISI VE HEMŞİRELİK

DEATH ANXIETY İN PALLIATIVE CARE AND NURSING

Nurdan Cetin

Muharip Hava Kuvvet Komutanlığı, Birinci Basamak Muayene Merkezi, Eskişehir, Türkiye

Özet

Palyatif bakım hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan disiplinler arası tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Palyatif bakım tedavi seçeneklerinin azalması ve prognozun giderek kötüleşmesi gibi nedenlerden dolayı ölümlerle sonuçlanabilir. Ölüm; tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup, bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir. Ölüme karşı insanların gösterdiği tutumlar kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Ölüm kaygısı doğumdan itibaren varolan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığını içeren duygudur. Palyatif bakımda hemşireden ölmekte olan hastayı bütüncül olarak ele alması, yaşam kalitesini en üst düzeye çıkararak psikososyal açıdan iyilik halini sürdürmesine yardım etmesi beklenir. Bu zor ve karmaşık süreçte hemşirenin ölüme ilişkin duygularının farkında olması ve bu duyguları iyi yöneterek hasta bakımını sağlaması palyatif bakımın niteliğini artırır. Bu makale palyatif bakım içerisinde ölüm kaygısı ve hemşirelik kavramları üzerine odaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, ölüm kaygısı, hemşirelik.

Abstract

Palliative care is an interdisciplinary medical specialty aimed to relieving patient suffering and improving quality of patient life. Palliative care may result in death because of causes such as reduced treatment options and progressively worsening prognosis. Death; It is a universal event which is the last stage of life, shared by all living organisms and is the last stage of the individual in psychological and physical sense. People's attitudes towards death can vary from person to person. Death anxiety is the emotion that exists since birth, including the awareness that man will no longer exist, that he or she can lose himself and the world, that he can become nothing. In palliative care, the nurse is expected to handle the dying patient holistically and to help him maintain his psychosocial well-being by maximizing quality of life. In this difficult and complex process, the awareness of the nurse's feelings about death, and provide to patient's care by managing these feelings well increases the quality of

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

palliative care. This article focuses on the concepts of death anxiety and nursing in palliative care.

Keywords: Palliative care, death anxiety, nursing

GİRİŞ

Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığa sahip bireylerin sayısında hızla artış yaşanmaktadır (1, 2). Son yıllarda tıp alanındaki ilerlemeler birçok hastalığın önlenmesini ya da tedavisini olanaklı hale getirirken, yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Yaşam süresinin uzamasıyla nitelikli bakıma olan ihtiyaç artmış ve palyatif bakım da yeni bir disiplin olarak açığa çıkmıştır (3, 4). Ölüm öncesi, ölüm ve sonra ki yas dönemini de içine alan bu kapsamlı süreçte hemşirelerden ölüm kaygısı başta olmak üzere birçok zor duygu ile baş edebilmeleri ve nitelikli bakımı sunmaları beklenir.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım içerisinde ölüm kaygısı ve hemşirelik kavramları üzerine odaklanmaktır.

Palyatif bakım ilk olarak 1967 yılında Dame Cicely Saunders tarafından İngiltere’de kurulmuş ve hızlı bir şekilde diğer ülkelere yayılmıştır (5, 6). Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı 2002 yılında “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (7). Palyatif bakımın temel amacı tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda yaşam kalitesinin korunması ve hastanın her açıdan rahatlığının sağlanmasıdır (8). Hastanın tanı almasıyla başlayan palyatif bakım, ölüm öncesi, ölüm ve sonra ki yas dönemini de içeren kapsamlı bir süreçtir. Bu süreçte hastalara multidisipliner bir ekip hizmet verir. Bu ekipte tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri öncelikli olmak koşuluyla psikolog, farmakolog, din görevlisi, yas danışmanları, diyetisyen, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapisti, vaka yöneticileri, eğitimli gönüllüler, evde bakım yardımcıları yer alır. Kronik hastalık ya da travma nedeniyle bakıma muhtaç olan ve yaşam kalitesi kötüleşen tüm yaş grubunda ki hastalar bu bakımdan yararlanabilir (2, 4). Hastane, ev ve toplum temelli olmak üzere çeşitli bakım modelleri mevcut olmakla beraber (4) palyatif bakım her ülkenin sahip olduğu imkanlar ölçüsünde evde, hastanede, polikliniklerde, bakım merkezlerinde hastanın ihtiyaç duyduğu her yerde verilebilir (6, 9). Hastanın tanı almasıyla başlayıp ağırlıklı olarak ölüm, öncesi ve sonrasındaki yas

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dönemini de kapsayan bu bakım süreci duygusal olarak acı veren, zorlayıcı bir yaşam deneyimidir (8).

Ölüm yaşamın sonu anlamına gelen evrensel bir olgudur. Eski çağlardan beri insanlar tarafından üzerinde düşünülen, insanoğlunun emosyonel yaşamını şekillendiren en temel gerçekliktir (10, 11). Ölümün herkese göre farklı bir anlamı vardır. Bazıları için bir yok oluşken bazılarına göre hiçliği anımsatmaktadır. Ölüm bazılarına göre ise inançları doğrultusunda yeniden varoluş anlamına gelir (12). Kuramsal açıdan incelendiğinde psikoanalitik görüşe göre insan doğuştan yaşam ve ölüm içgüdüleri ile dünyaya gelir. Ancak her insan bilinç dışında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bu inanç, insanın ölümlü olmaya karşı güçlü bir duygusal tepki vermesine yol açar. Dolayısıyla, bu yaklaşıma göre, insanoğlu ölümü gerçekten kavramaz ve bilinç dışı kendi ölümlülüğü düşüncesine gereksinim duymaz, bastırır (13). Varoluşçu görüşe göre, insan doğduğunu ve öleceğini bilen tek canlıdır. Bu gerçek insanı hayatı anlamlı yaşayıp yaşamadığı konusunda kaygılandırır. Varoluşçular için ölüm kavramı, yaşarken unutulması gereken bir durum değildir; aksine yaşama ışık tutan, onun bir parçası olarak görülmektedir. (14). Hümanist bakış açısından değerlendirildiğinde insanın ölüme karşı tutumu, kişisel anlam arayışını içeren bir deneyimdir. Ölüm farkındalığı bireyi, kendi yaşamını tekrar değerlendirmeye itmektir. Bu değerlendirme çabası, bireyin yaşamını anlamlı hale getirmesi açısından önemlidir. (15, 16).

Ölüm yaşamın doğal bir parçasıdır. Ancak günümüzde modern toplum yaşamıyla ölüm manevi bir olgu olmaktan çıkarılarak, mücadele edilmesi ya da aşılması gereken bir konu olarak algılanmaktadır. İnsan ölümünün farkındadır, bilir. Yaşam içerisinde bu bilinç insanda kaygı olmak üzere çeşitli duygusal tepkilere neden olur (17). Ölüm kaygısı yok olma, tükenme ve çaresizlik hisleri ile bastırılan bir duygudur. Ölüm olgusunun insanlar tarafından belirsiz bir şekilde sona erme, acı çekerek ölme, yalnızlık, bilinmeyene gitme, yenilgi, sevdiklerini terk etme şeklinde algılanması ölüm kaygısının temelini açıklar (18). Ölüm tüm insanlar için kaçınılmaz bir gerçektir. Her insan gelişimsel sürecinde bu kaygıyı farklı şekillerde yaşayabilir. Burada önemli olan insanların bu gerçekle uyumlu bir varoluş sürdürebilmesidir. Aşırı ölçüsüz, patolojik bir şekilde açığa çıkan kaygı insanın ruhsal dengesini bozabilir (19). Yalom'a göre ölüm kaygısı yaşamın erken zamanlarında oluşmuş, bilinç dışındaki korkudur ve insan hayatına öylesine nüfuz etmiştir ki, insan ölümsüzlük fikrine ulaşabilmek için her yolu dener. Biyolojik olarak var olma çabası, dinsel olarak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ölümden sonraki yaşam arzusu, sanat eserleri ile var olabilme gayreti bunun yaşam içindeki göstergeleridir (20, 21).

Ölüme karşı verilen tepkiler her kişi de farklı şiddet ve düzeyde olmakla birlikte genel olarak depresyon, inkar, kızgınlık, hostilete, yansıtma, direnç, regresyon ve suçluluk duygusudur (22, 23, 24, 25). Ölümcül hastalığa yakalanan bireyler ile çalışan Elizabeth Kubler-Ross ölüme karşı verilen çeşitli tepkileri genel olarak beş aşama altında toplamıştır. Bunlar reddetme-inkâr, öfke-kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Reddetme-inkâr; ilk aşamadır. Bu dönemde hasta öleceğine inanmak istememektedir. Bir yanlışlık olduğunu umarak, gerçeği kabullenmekten kaçar.

Kızgınlık-öfke aşamasında birey “Neden ben? Niçin?” sorularını kendisine sormaktadır. Hayatının bitmesi ile planlarını, hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bunu haksızlık olarak görür ve yoğun öfke yaşar.

Pazarlık; ölümlle mücadelede üçüncü aşamayı oluşturur. Bu evrede birey Tanrıyla, hemşire-hekimlerle veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, hayatı uzatacak, ölümü geciktirecek isteklerde bulunmaya başlar.

Depresyon; genellikle çaresizliğin bir habercisi olarak görülmektedir. Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta içine kapanmıştır, kimseyle konuşmak istemez.

Kabullenme; onaylama aşamasında karşımıza çıkmaktadır. Gerçekten birey mutlu olmasa da ölümü kabullenmiştir. Kabullenme, bireyin yaşama değer vermesini ve yaşama isteğini daha fazla arttırmaktadır (26).

Hemşirelik merkezine insan ve bakım kavramlarını temel almış bir meslektir. Palyatif bakım ekibi içerisinde rol alan hemşireler sürekli olarak ölümü yaklaşan hastalara bakım vermekte, ölüme şahit olmaktadır. Ölmekte olan hastalara bakım vermek beraberinde çok güçlü sorun ve stresörleri getirir. Kaliteli ve bütüncül bir bakım her hasta için gereklidir ancak yaşamın son günlerinde ölmekte olan hastalar için bu süreç çok daha kıymetlidir. Bu sebeple yaşamlarının son günlerinde olan hastaların daha nitelikli ve duyarlı bir bakıma ihtiyaçları vardır. Hemşireler yaşam sonu bakım hakkında gerekli beceriye sahip olsalar bile her bir ölüm karşısında insan olarak keder, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk ve çaresizlik hissedebilirler. Hatta sık sık ölüme şahit olarak, bireysel duyarlılıklarını yitirip tükenmişlik yaşayabilirler. Bu nedenle öncelikli olarak palyatif bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin kendi duygularının ve tutumlarının farkında olmaları önemlidir. Gerek eğitim sürecinde okullarda

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

gerekse çalışma yaşamında kliniklerde ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelere kendi ölüm kaygısı ile nasıl baş edeceği, ölüme ilişkin tutumlarının farkında olarak bu süreçte yaşadığı duyguları nasıl yöneteceği öğretilmelidir (8, 27, 28).

Ölüm kaygıları ile yüz yüze gelinen yaşamın son günlerinde hastanın ve ailesinin duygusal gereksinimlerini ön planda tutan, güven veren terapötik bir ilişkiye ihtiyaçları vardır. Hasta ile iletişim kanalları hep açık tutulmalı, mümkün olduğu kadar yanında olunmalı, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli, gerçekçi beklentiler geliştirmesine yardım edilmeli, hasta ailesi ile birlikte olmaya desteklenmelidir (29). Ayrıca yaşamın son günlerinde hemşirelik bakımı içerisinde ele alınması gereken diğer bir konuda hastanın umudu üzerinde çalışmaktır. Bu süreçte umudu tanımlamak, artırmaya dönük girişimlerde bulunmak önemlidir. Literatürde Periyakoil ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna göre, hemşirelerin acı çeken ölümcül hastaların umudunun değişebileceğinin ancak hiçbir zaman kaybolmayacağını farkında oldukları belirtilmiştir. Unutulmamalıdır ki hemşire yalnızca varlığıyla dahi hastasına destek olabilir (30).

SONUÇ

Yaşamın son evrelerini kapsayan palyatif bakım süreci hem hasta hem de ona bakım veren hemşire açısından oldukça zor bir süreçtir. Bu süreçte hemşirelerin ölüme ilişkin kaygıları hem hastalarında hem de kendilerinde tanınmaları ve bu duyguları yönetebilmeleri, hasta ve ailesinin öncelikleri doğrultusunda bakımı planlamaları, güven temelli terapötik ilişkiyi sağlamaları, hastanın yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkararak iyilik halini sürdürmesine yardım etmeleri palyatif bakımın niteliğini artırır.

KAYNAKLAR

1. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. Quality standard for end of life care for adults. 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>
3. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011; 24(3): 4-9.
4. Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4:(2), 81-90.
5. Graham F, Clark D. The changing model of palliative care. Medicine 2007; 36: 64-66.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

6. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et.al. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2192-2200.
7. World Health Organization (WHO) (2019) Definition Of Palliative Care.
8. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(2): 178-187
9. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal* 2012; 54(4).
10. Gençtan E. Yaşam ve olum, insan olma. (6.basım.). İstanbul: Remzi Kitapevi. 1989.
11. Uçar H. Hemşirelik esasları el kitabı (İçinde). M. Atalay (Ed.). Ölüm Kavramı ve Ölümçül Hastada Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd Sti. 1997: 195-201.
12. Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; III-II 34-43.
13. Freud S. Sanat ve edebiyat. (Çev: E. Kapkın, A.T. Kapkın). İstanbul: Payel Yayınevi. 1999.
14. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy (3rd Ed.) Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company 1990.
15. Widera-Wysoczańska A. Everyday awareness of death: A qualitative investigation. *Journal of Humanistic Psychology* 1999; 39(3): 73-95.
16. Sezer S, Saya P. Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 13: 151-165
17. Bauman Z. Ölüm ve ölümsüzlük ve diğer yaşam stratejileri. (N. Demirdöven Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları 2000.
18. Topuz İ. Ölüm algısı ölçeği (ÖAÖ) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi* 2013; 11(26); 279-300.
19. Kawagoe H. Death education in home hospice care in Japan. *J Palliat Care* 2000; 16:37-45
20. Yalom, I. Varoluşçu psikoterapi (Çev. Z. İyidoğan-Babayiğit). 3. basım. İstanbul: Kabalcı Yayınevi. 2001.
21. Bakırtaş T. Varoluşçu psikoterapi Irvin D. Yalom çev: Zeliha İyidoğan Babayiğit Kabalcı Yayıncılık, İstanbul 2011: 756
22. Karahisar F. Ölümçül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum. 2006.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

23. Keser ÖN. Ölüm ve ölümü yaklaşan bireyin bakımı. F. A. Ay (Ed.). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık. 2007.
24. Birol L. Terminal evredeki hasta bakımı. N. Akdemir, L. Birol (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (s. 65.). Ankara: Sistem Ofset. 2004.
25. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(2): 69-74.
26. Kubler ER. Ölüm ve ölmek üzerine (B. Büyükal. Çev.). İstanbul: Boyner Holding Yayınları. 1997.
27. Ferrel B, Virani R, Grant M, Juarez G. Analysis of palliative care content in nursing textbooks. J Palliat Care 2000; 16:39-47.
28. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret. 2004.
29. Merja K. Emotional support for dying patient the nurses's perspective. European Journal of Oncology Nursing 2003; 7(2): 120-129.
30. Periyakoil VS, Kraemer HC, Noda A, Moos R, Yesavage,JA. The development and initial validation of the terminally ill grief or depression scale (TIGDS). International Journal of Methods in Psychiatric Research 2005; 14(4): 202-212.

S-145 TOPLUMA DAYALI PEDİATRİK PALYATİF BAKIM

COMMUNITY BASED PEDİATRİC PALLIATIVE CARE

Mukaddes Demir Acar¹ Ulviye Günay²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Tokat, Türkiye.

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Malatya, Türkiye.

Özet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden sorunları bulunan hasta ve ailesine fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerinin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi tedavi ve önleme çalışmaları yapılarak yaşam kalitesini geliştiren bakım yaklaşımı” şeklinde tanımlamıştır. Aynı zamanda hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini vurgulamıştır. Pediatrik palyatif bakım (PPC) ise daha özel olarak doğum öncesi yaştan genç erişkinliğe kadar olan süreçteki çocuklara sunulmaktadır. Çocuklar, fiziksel ve psikososyal yönlerden yetişkinlerden son derece farklı olan ve bu farka bağlı özel bakım, iletişim, eğitim gereksinimi olan büyüme gelişmesi yönüyle dinamik varlıklardır.

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde nitelikli bakım ile prematürel, doğumsal anomaliler gibi pek çok sorunu olan yenidoğanların ölüm oranları azalmıştır. İlaçlar, ventriküloperitoneal şantlar ve diğer cerrahi girişimler, santral venöz erişim hatları, gastrostomi tüpleri ve ventilatörler çocukların yaşam süresini arttıran gelişme örnekleridir. Bu gelişmelere paralel olarak bakım ve tedaviden yararlanan çocukların palyatif bakım gereksinimleri de artmıştır.

Günümüzde pediatrik palyatif bakımın çoğu hastane ortamında sağlanmaktadır. Topluma dayalı pediatrik palyatif bakım (CBPPC) programları ise pediatrik palyatif bakıma erişimin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu çalışmada hastaneler, CBPPC programları, okullar, atletik takımlar, ibadet yerleri ve diğer toplum temelli kuruluşlar arasında güçlü ittifaklar ve ortaklıklar geliştirebilmenin önemi ele alınmaktadır. Multidisipliner işbirliği yaklaşımı ile tüm bakım vericilerin ortak bilgi ve tutumu sonucu, çocukların, yaşadıkları, öğrendikleri, büyüdükleri ve geliştikleri doğal ortamların hepsinde fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, ruhsal ihtiyaçlarının ele alınma fırsatını elde etmeleri sağlanacaktır. Özellikle hemşire, tedavi edici, koruyucu, bakım verici, rehabilite edici, danışman, eğitici rolleri göz önüne alındığında

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

eşsiz bir konuma sahiptir. Sonuçta, holistik yaklaşımla ve diğer profesyonellerle işbirliği ile topluma dayalı palyatif bakım sunulması mümkün olacaktır.

Anahtar kelimeler: pediatri, palyatif bakım, toplum, hemşire

Abstract

World Health Organization (WHO) defined palliative care as “a family-centered patient care approach that improve the quality of life of the patient and his/her family when they encounter life-threatening problems, pain, physical, psychosocial and spiritual problems after identifying, carefully evaluating, and treating them at earlier periods to prevent pain”; and emphasized the importance of starting palliative care in the early periods of the disease. Pediatric Palliative Care (PPC), on the other hand, is offered especially to children from prenatal period to young adults. Children are dynamic beings in terms of growth development and require special care, communication and education, which are very different from adults in physical and psychosocial terms.

In our present day, the mortality rate of newborns with many problems like prematurity and congenital anomalies has decreased with qualified care provided in neonatal intensive care units. Drugs, ventriculo-peritoneal shunts, and other surgical procedures, central venous access lines, gastrostomy tubes and ventilators are examples of development, which increase the life expectation of children. Parallel to these developments, the palliative care needs of children who benefit from care and treatment have also increased.

Today, most of the pediatric palliative care is provided in hospitals. Community-Based Pediatric Palliative Care (CBPPC) programs, on the other hand, are an integral part of access to pediatric palliative care. In this study, the importance of developing strong alliances and partnerships among hospitals, CBPPC programs, schools, athletic teams, places of worship and other community-based organizations is dealt with. With a multidisciplinary cooperation approach, it will be provided that children will have the opportunity to address their physical, psychological, social, emotional and spiritual needs in all of the natural environments in which they live, learn, grow and develop as a result of common knowledge and attitude of all caregivers. Nurses have a unique position especially in terms of therapeutic, preventive, caregiver, rehabilitative, consultant and educator roles. As a result, it will be possible to provide community-based palliative care through a holistic approach and cooperation with other professionals.

Key Words: pediatrics, palliative care, community, nurse

GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşam kalitesini optimize eden, acı çekmeyi önleme ve semptomları tedavi etmeye yönelik hasta ve aile merkezli bir bakımdır. Palyatif bakımın başlaması teşhiste başlar ve hastalık yörüngesi boyunca devam eder (WHO, 2016). Pediatrik palyatif bakım ise (PPC), prenatal dönemden genç erişkinliğe kadar geçen zamanda bir pediatrik hastalık tanısı almış bireylerin hastane ortamındaki bakımlarına dayanır. Çocuklarda palyatif bakım fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönleri içeren aktif, bütüncül bir bakım yaklaşımıdır. Çocukta sıkıntıya neden olan ve yaşamdan zevk almasını önleyen ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, anksiyete, konstipasyon, iştahsızlık, depresyon, konfüzyon gibi bulguların ve yalnızlık, izolasyon gibi durumların hafifletilmesine ya da giderilmesine odaklanır. Palyatif bakım yas danışmanlığı ve güçlendirici bakım ile yas yaşayan ailelerin işlevlerini ve bütünlüklerini sürdürmelerini de sağlar (AAP, 2000; Johnston, vd., 2008; Kantar, 2017; Algier, 2005; Elçigil, 2006; Şahan Uslu, Terzioğlu, 2015) Topluma dayalı pediatrik palyatif bakım (CBPPC) ise pediatrik palyatif bakımın bir dalı olarak; hastane, hospis, ev ve toplum arasında köprü görevi görür. Hayatı tehdit eden çocuklar için karmaşık bakım koşullarını koordine ederek topluma entegre eder (Davis, 2016; Kaye, vd., 2015; Kantar, 2017) Ancak maalesef kurumsal düzeyde sadece birkaç CBPPC programının varlığı bildirilmektedir. (Kaye, vd., 2015). Ülkemizde ise palyatif bakım, hastane düzeyinde ele alınmakta, topluma ve okula entegre programların yer aldığı CBPPC programı henüz literatürde ve uygulamada yer almamaktadır. Özellikle okul sağlığı hemşireliği, aile sağlığı merkezleri, evde bakım merkezleri topluma yakın olan sağlıkla ilgili birimlerdir. Bu birimlerin topluma yakın olma yönü ile benzer olmasına rağmen tam olarak topluma dayalı pediatrik palyatif bakım kavramını karşılamadığı düşünülmektedir. Topluma yakınlık özelliği gösteren Okul Sağlığı Hemşiresinin görevlerinde “kronik hastalıklı çocukların izlem ve bakımı” yer alırken kurumsal düzeyde Okul Sağlığı Hemşiresi, henüz ülkemizde yeterli istihdama sahip değildir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Bununla birlikte, kurumsal olarak kronik hastalığı olan ve/veya engelli çocukların kendi evinde öğretmen eşliğinde eğitimi, okulların fiziki şartlarının iyileştirilmesi gibi yeni düzenlemeler ile son yıllarda toplumsal düzeyde gelişmeler sağlanmıştır (Sart, Barış, Sarıışık, 2016). Ayrıca onkoloji gibi kronik hastalıklara yönelik çeşitli dernek, vakıf, belediye düzeyinde sosyal destek sağlayan kurumlar yer almaktadır. Verilen topluma dayalı pediatrik palyatif örneklerinin kurumsal oluşum içerisinde yaygınlaşması, geliştirilen standartlar ve bunların uygulanması ile gereksinimi olan her

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çocuğun palyatif bakımdan eşit olarak yararlandığı sistematik bir programa gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu derleme ile çoğunlukla bilinen pediatrik palyatif bakım kavramının yanında literatürde sınırlı sayıda yer alan topluma dayalı pediatrik palyatif bakım kavramına vurgu yapılması amaçlanmıştır.

Çocuklar, birlikte öğrenen, büyüyen ve gelişen dinamik varlıklar olup dünyayı ve kendini tanıma sürecinde öz-farkındalığa, öz-savunmaya gereksinim duyan, bağımsız ve işlevsel yetişkin olabilme yolunda gelişim gösterirler. Çocukların, henüz sıkıntıyla başa çıkmayı öğrenmedikleri bu süreçte, kriz yönetimi konusunda destek kaynaklarının da yetersizliği ile birlikte problem yaşayarak “Ben kimim?” sorusuna cevap veremedikleri bilinmektedir. Gerek doğumda tanı alsın, gerekse sonradan kazanılan ciddi hastalıklar olsun bir çocuğun sosyal, duygusal ve manevi ihtiyaçları gelişimsel düzeyine uygun olarak ele alınmalıdır (Davis, 2016). Kronik hastalıklar uzun süre hastanede yatış ve tıbbi kontrolleri gerektiren süreçler olduğu için çocukların sosyal ortamlardan kopmalarına yol açarak sosyal destek eksikliğinin de eşlik ettiği durumlarda sosyal izolasyona yol açabilmektedir (Çavuşoğlu, H. 2019; Törüner, Büyükgöncü, 2012; Conk, Başbakkal, Yılmaz, Bolışık, 2013). Bu süreçte topluma dayalı pediatrik palyatif bakım programı ile çocuğun hastane dışında doğal ortam özelliği gösteren evi, okulu, ibadet yeri, kulüpleri gibi sosyal ortamlarda oyun, arkadaş ve diğer etkileşimli aktivitelerinde bulunmasına fırsat tanıyan bir yaklaşım sağlanmalıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin ve eldeki kaynakların uygun organizasyonu ile sistematize ve multidisipliner işbirliğinin sağlandığı palyatif bakımın toplumla ve okuluyla entegre sunulması yaşam kalitesini arttıracak ve palyatif bakımının amacını yerine getirecektir (Davis, 2016; Kaye, vd., 2015; Saruç, 2013; Algier, 2005; Elçigil, 2006; Şahan Uslu, Terzioğlu, 2015; Kabalak, Öztürk, Çağıl, 2013). Zira Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Palyatif bakımı, “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilerek acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren aile merkezli bir bakım yaklaşımı” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2016). Görüldüğü gibi palyatif bakım sadece semptomları hafifletici olarak fiziksel boyutta değil bütüncül olarak ele alınmış bir bakım felsefesidir.

KAYNAKLAR

Algier, L. (2005). Palliative care in children. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58, 132-135.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- American Academy of Pediatrics (2000). Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics*, 106(2),1,351-357.
- Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H. B., Bolışık, B. (2013). *Pediatric hemşireliği*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. ss.905-922.
- Çavuşoğlu, H., *Kronik hastalığı olan çocuk*, Çocuk Sağlığı Hemşireliği Ankara: Sistem Ofset, ss.113-128.
- Davis, K. G. (2016). Integrating pediatric palliative care into the school and community. *Pediatric Clinics*, 63(5), 899-911.
- Elçigil, A. (2006). *Pediatric palliative care and nursing*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9,4, 75-81.
- Hemşirelik Yönetmeliği (2011), T.C Resmi Gazete, sayı: 27515. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliğinde-değişiklik/hemsirelik%20%202011.pdf> (Erişim Tarihi 16.09.2019).
- Johnston, D.L., Nagel, K., Friedman, D.L., Meza, J.L., Hurwitz, C.A., Friebert, S. (2008). Availability and use of palliative care and end-of-life services for pediatric oncology patients. *J Clin Oncol*, 26,4646-4650.
- Kabalak, A.A., Öztürk, H., Çağır, H. (2013). End of life care organization; palliative care. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2),56-70.
- Kantar, M. (2017). Pediatric palliative care. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 10(1),42-4.
- Kaye, E. C., Rubenstein, J., Levine, D., Baker, J. N., Dabbs, D., & Friebert, S. E. (2015). Pediatric palliative care in the community. *CA Cancer J Clin*, 65,315-333.
- Sart, Z. H., Barış, S., Sarıışık, Y., (2016). *Düşkün, Y. Engeli olan çocukların Türkiye’de eğitime erişimi: durum analizi ve öneriler*, İmak Ofset Basım, ISBN: 978-605-9178-42-6
- Saruç, S. (2013). The role of the social worker and social work standards in palliative and end of life care. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24, 2,193-207
- Şahan, Uslu, F., Terzioğlu, F. (2015). Palliative care education and organization in the World and Turkey. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4,2,81-90
- Törüner, E. K., Büyükgönenç, L. (2012). *Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Ankara: Göktuğ Yayıncılık, ss. 185-205

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

WHO Definition of Palliative Care: WHO Definition of Palliative Care for Children. World Health Organization Web site. 2016. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (Erişim Tarihi 19.03.2019).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-146 PALYATİF BAKIM EKİBİ VE PALYATİF BAKIM HİZMETİ VEREN
HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI**

**RESPONSIBILITIES OF THE NURSER THAT PROVIDE PALIATIVE CARE
TEAM AND PALIATIVE CARE SERVICE**

¹Zeliha CENGİZ

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan palyatif bakım birçok sağlık disiplininin bir arada olduğu multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Ülkemizde Sağlık bakanlığı, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını hemşire, doktor, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak belirlemiştir. Hastanın gereksinimlerine göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir. Ayrıca ekipte bir spiritüel bakım uzmanının da yer alması istenir. Palyatif bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakımın kalitesini arttırabilmek için mesleklerarası ekip işbirliği içerisinde olmalı ve bilgi paylaşımı yapmalıdır.

Abstract

Palliative care offered to individuals with incurable disease requires a multidisciplinary study that combines many health disciplines. In our country, the Ministry of Health has identified the occupational groups that will be included in the core group in the execution of palliative care services as nurses, doctors, social workers, dietitians and psychologists. Physiotherapists, dietitians, respiratory therapists, occupational therapists, pharmacists, specialists in alternative treatment methods (such as massage therapy, reiki) may support the surgeon, medical oncologist, anesthesiologist, radiation oncologist, or other specialist areas suggested by the team leader, depending on the patient's needs. They are also asked to include a spiritual care specialist. In order to ensure the continuity of palliative care and to increase the quality of care, the inter-professional team should cooperate and share information.

GİRİŞ

Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün bu tanımında palyatif bakımın, hastalığın erken döneminde verilmeye başlanmasının önemi vurgulanmaktadır (1,2).

Dr. Cicely Saunders tarafından 1967 yılında “St. Christopher Son Dönem Bakım Evi” açılmasıyla modern anlamda ilk hospis kurulmuştur. Saunders kendini ölmekte olan hastaların bakıma adanmış ve hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, semptom kontrolünün sağlanması, ailelerinin hastaya nasıl bakması gerektiği hakkında eğitimlerin planlanmasına yönelik çalışmalarda bulunmuştur. Bu anlamda günümüzdeki palyatif bakımın temeli Saunders tarafından oluşturulmuştur (1-4).

Palyatif bakım terimi 1974 yılında ilk kez Kanadalı Doktor Balfour Mound tarafından kullanılmıştır. 1976 yılında İngiltere’de hastanelerde palyatif bakım hizmetleri verilmesinde öncü olan terminal hasta bakımı için hastane destek ekipleri oluşturulmuş ve 1987 yılında ise uzmanlık alanı olarak palyatif tıp bölümünü açmıştır (5,6).

1. Palyatif Bakım Ekibi

Ülkemizde Sağlık bakanlığı, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak belirlemiştir. Hastanın gereksinimlerine göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir. Bazı Batı ülkelerinde ekipte bir din görevlisinin/spiritüel bakım uzmanının da yer alması istenir. Ülkemizde hastalara spiritüel bakım sağlayan özel bir sağlık ekibi üyesi bulunmamakla beraber, 07.01.2015 tarihinde Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında “Sağlık Tesislerinde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” imzalanmış ve Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından belirlenen kişilere eğitim verilmeye başlanmıştır (3-6).

Palyatif bakım ekibinde yer alan her bir sağlık profesyonelinin kaliteli palyatif bakım hizmeti sunabilmesi için; ekip olarak hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü değerlendirme yapabilmesi, hasta ve ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü girişimler yapabilmesi, etkin ekip çalışması ve iletişimi sağlayabilmesi hasta ve ailesi ile terapötik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

iletişim becerilerini kullanabilmesi ve hasta ve ailesi hakkında doğru karar verebilmek ve bu kararı hasta ve ailesi ile tartışabilmesi beklenmektedir (6-8).

1. 1. Palyatif Bakımda Mesleklerarası Ekip Çalışması

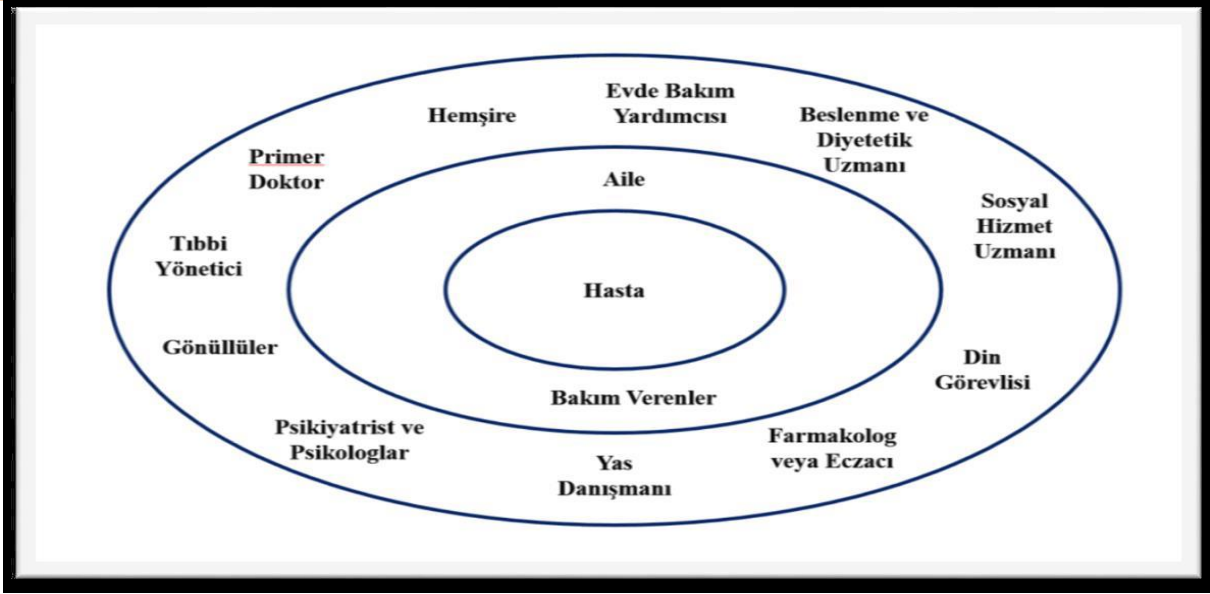
Mesleklerarası ekipte yer alan tüm sağlık profesyonellerinin lisans eğitimleri süresince ya da mesleki kuruluşlar ve organizasyonlar ile palyatif bakım konusunda eğitim almaları gerekmektedir. Palyatif bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakımın kalitesini arttırabilmek için mesleklerarası ekip işbirliği içerisinde olmalı ve bilgi paylaşımı yapmalıdır. Mesleklerarası ekip işbirliği içerisinde sunulan palyatif bakım hizmeti temel olarak üç kavrama dayanmaktadır (9).

Etkili İletişim: Etkili iletişim hem mesleklerarası ekip ile hem hasta ve ailesi ile sağlandığında, bakıma yönelik daha doğru kararlar alınabilmekte, daha az çatışma yaşanmakta, terapötik ilişki ile hasta ve ailesinin memnuniyeti artmakta, bakım verenlerde daha az stres ve tükenmişlik yaşanmaktadır (9).

Etkili Ekip İşlevi: Ekibin oluşumu ve ardından ekibin görevlerinin etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için sürece ihtiyaç vardır. Ekibin her bir üyesi bakım çemberinde etkin rol oynamaktadır. Ekip içerisinde ekibin faaliyetlerini kolaylaştırmak ve etkili ekip dinamiği sağlayabilmek için nitelikli liderliğe ihtiyaç vardır (9).

Değişimin kolaylaştırılması: Bakım çerçevesi içerisindeki ekipte yer alan tüm profesyonellerin tutum, bilgi, beceri ve davranışlarında açıklık ve uyarlanabilirliğin en üst düzeye çıkarılması gerekmektedir. Ekip hastalık ve yas sürecinde hasta ve ailesine yardımcı olabilecek tüm becerilere sahip olmalıdır. Örgütsel gelişme, eğitim, araştırma ve savunuculuğun tüm yönlerinde değişim stratejileri etkin kullanılmalıdır (9).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES



Kaynak; Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines” www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif

2.1. Palyatif Bakımda Ekip Üyeleri ve Yeterlilikleri

Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alması gereken sağlık profesyonellerinin yeterlilikleri aşağıda belirtilmiştir.

800



Şekil 3. Multidisipliner palyatif bakım ekibi

Hemşire

Hemşireler, genel olarak hasta ile büyük oranda iletişimde olan palyatif bakım ekip üyesidir. Palyatif bakım hemşiresinin yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlamak,
- Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirmek ve yönetimini sağlamak,
- Birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirmek, sağlık sorunlarını ve önceliklerini belirlemek,
- Yapılacak tedavinin türüne göre tedavi öncesi bireyi değerlendirmek ve normalden sapma durumlarda doktoruna bilgi vermek,
- Birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirmek,
- Birey ve ailesine hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri vermek,
- Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürmesine ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırmak,
- Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirlemek ve destek almalarına yardımcı olmak,
- Birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi vermek,
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (10-17).

Doktor

Doktorlar interdisipliner palyatif bakımda önemli bir rol oynarlar. Doktorlar genel olarak tıp uzmanlığının getirdiği yetenekler dışında, palyatif bakımının temel becerileri arasında yer alan ağrı ve diğer semptomların kontrolü, ileri tedavileri planlama ve hastalığı yönetebilecek temel becerilere sahip olmak durumundadırlar (18,19). Literatür doğrultusunda oluşturulan palyatif bakım alanında görev yapacak doktorun yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Aldığı eğitim doğrultusunda kazandığı bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve ailesine yönelik tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapmak,
- Hastalara uygulanan sistemik tedaviler ile tümör kontrolü sağlayarak tümör ile ilişkili semptomların giderilmesi ve bu tedaviler ile ilişkili ortaya çıkan yan etkilerin yönetimini sağlamak,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

- Hasta ve ailesinin yaşadığı sorunlar için ekibin diğer üyelerine yönelik farkındalık oluşturmak ve gerekli konsültasyonlar ile ekip işbirliğinde sorunların çözümünü sağlamak,
- Palyatif bakım hizmeti ile ilgili periyodik toplantılar düzenlemek, aksaklık ve noksanlıkları tespit ederek hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar almak ve uygulanmasını sağlamak,
- Verilen hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlamak,
- Olası komplikasyonların önlenmesi için çalışmak,
- Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapmak,
- Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlamak, izlemek,
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (18-21).

Diyetisyen

Palyatif bakım alanında görev yapacak diyetisyenin yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Palyatif tedavi uygulanan hastanın beslenme şeklini ve süresini hasta ve hasta yakınlarının ve doktorun görüşleri göz önünde bulundurarak planlamak,
- Bireylerin hastalığına, antropometrik ölçümlerine, laboratuvar bulgularına ve tedavisine uygun olarak besin ögesi gereksinimlerini belirlemek, diyet tedavilerini ve beslenme eğitimi hizmetlerini planlamak, uygulamak ve izlemek,
- Beslenme konusundaki eğitimi, deneyimi ve becerisi ile hastanın ihtiyaçlarına göre klinik nutrisyon uygulamaları yapmak,
- Malnutrisyon derecesine göre hastanın nutrisyonel gereksinimlerini hesaplamak, destek sürecini izlemek, sonuçlarını gözlemek ve geçiş beslenmelerini planlamak,
- Genel sağlıklı beslenme ilkeleri konusunda ve gerekiyorsa oral beslenme destek ürünlerinin kullanımı ve intoleransının tanınması konularında hastayı ve yakınlarını bilgilendirmek,
- Evde parenteral veya enteral beslenme desteği alacak hastaların beslenme süreçlerini planlamak ve hasta yakınlarını bu konuda bilgilendirmek,
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (18-23).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Sosyal Hizmet Uzmanı

Palyatif bakım alanında görev yapacak sosyal hizmet uzmanının yeterlilikleri aşağıda belirtilmektedir;

- Sosyal hizmet uzmanı hastalar ve aileleri için mevcut hizmetlerin koordine edilmesinde görev almak ve onlara yararlanabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında rehberlik etmek,
- Hastaneye yatış ve çıkış aşamasındaki ücret, aile sorunları, hastalığın yarattığı travmalar, uyum güçlüğü, tıbbi bakıma direnç, hastane sonrası yaşama ilişkin kaygılar, ulaşım, barınma, aile içinde bakım gibi sorunlar hakkında hasta ve ailesini değerlendirmek,
- Sağlık hizmeti alanların sosyal sağlığını destekleyici ve güçlendirici tıbbi sosyal hizmet programlarını uygulamak, izlemek ve değerlendirmek,
- Hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek sosyal, ekonomik ve duygusal faktörleri anlamasında yardımcı olmak,
- Hastanın ve ailesinin moralini desteklemek, onlara güven duygusu vermek,
- Hastanın ve ailesinin yararına toplum kaynaklarını (evde bakım hizmeti gibi) harekete geçirmek,
- Palyatif bakım ekibi üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak (18-23).

Psikologlar

Psikologların rolü hasta yaşamın sonunda ise yas süreci boyunca hasta ve aileye destek sağlama, hastalığın ilerleme sürecinde ise destek sağlama yanında yetersizlik ve hastalıkla ilgili sosyal ve bireysel problemlerle baş etmede hasta ve ailesine destek sağlamaktır. Hastanın psikolojik olarak değerlendirilmesi ve psikiyatrik problemlerin önceden belirlenmesi önemlidir. Bu disiplinde palyatif bakım ekibi içerisinde destekleyici rodedir. Psikologlar yas danışmanlığı, emosyonel destek ve ihtiyaç duyulduğunda yönlendirir (18-23)..

Spiritüel Danışmanlar

Spiritüel danışmanlar yaşamın anlamı ile ilgili soruları ele alabilecek yetenekte, ön yargısız bir dinleyici ve tecrübeli olmalıdır. İleri evre kanser hastası ve ailesi bu dönemin getirdiği sıkıntılar ile ilgili bazı sorulara sahip olabilmektedirler. Spiritüel danışmanın rolü ilk olarak dinlemek, geçmişteki anıları hatırlamaya yardımcı olmak ve ileride olacaklar için hasta ve aileyi hazır olmasını sağlamaktır. Spiritüel danışman, hastanın yaşamının anlamını, geçmişte yaşanılanların hatırlanmasını ve yaşamın bir bütün olarak değerlendirilmesini ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

insan olmanın anlamını bulmasına yardımcı olmaktadır. Spiritüel danışmanlar yaşam sonu bakım ile ilgili eğitilmiş olmalıdırlar. Hasta ve ailesinin kültürel değerleri, inançları ve sahip olduğu ritüeller göz önüne alınarak yapılan spiritüel danışmalık hasta ve ailesinin bu sürecinde yaşadığı sıkıntılara çözüm oluşturabilir (18-23).

Farmakologlar

Palyatif bakımda semptom yönetiminin önemli bir bileşeni olan ilaç tedavisinde farmakologlar önemli bir rol oynamaktadır. Farmakologlar palyatif bakım için gerekli temel ilaçlara hasta ve ailelerinin ulaşmasına destek olurlar. Farmakologların uzmanlığı aynı zamanda, ilaç uygulama yolları, uygun formülasyonlar, ilaç reaksiyonları, ilaç dozları ile ilgili bilgi sağlayarak sağlık bakım ekibine destek olmak için gereklidir. Morfin ve diğer uygun ilaçlar palyatif bakım için gereklidir. Düşük ve orta düzeyde gelire sahip ülkelerde, ilaçların hazırlanması için farmakologların genelde azlığının yanında, aynı zamanda birçok kanser hastasının rahatlıkla ödeyemeyeceği kadar pahalı ilaçların olması ile yakından ilgili olarak ilaçlara ulaşım sınırlıdır. Bu sebeplerle farmakologların temel yeteneklere sahip olması ve yeterli düzeyde eğitilmiş olması palyatif bakım hizmet sunumunda önemlidir. Farmakologlar (morfin gibi güçlü) analjezik ilaçlara kanser hastalarının daha kolay ulaşması ve kullanmaya başlaması için konsensus oluşturmalıdırlar (18-23).

Gönüllüler

Palyatif bakım ekibi içerisinde gönüllülerin rolü sağlık bakım ortamına göre değişiklik gösterir. Düşük ve orta düzeyde sağlık bakım kaynağına sahip ortamlar da, gönüllüler hastalar için bakım sağlayabilirler. Gönüllüler hasta ve ailesinin yaşam kalitesini optimal düzeye getirmek için çalışan sağlık birim profesyonellerine yardım etmek amacıyla palyatif bakım ekibinde ve hospislerde yer alabilirler. Gönüllüler toplumun tüm kesiminden gelebilirler ve sıklıkla hasta ve sağlık bakım endüstrileri arasında bir iletişim sağlarlar. Bir palyatif bakım ekibinde gönüllüler toplumun uzmanlığı/deneyimini ve toplum desteğinin bir boyutunu getirebilirler. Uygun eğitim ve destek ile gönüllüler, danışmanlar olarak çalışarak ya da uygulama sorumluluklarına yardımcı olarak direkt hasta ve ailesine hizmet sağlayabilirler. Gönüllüler aynı zamanda bazı tıbbi bakım tiplerinin ulaştırılmasında, ya da rehabilitasyona yardımcı olma, genel destek fonları, sağlık eğitimi sağlama, bilinçliliği artırma gibi diğer rollerde de görevlendirilebilirler (18-23).

KAYNAKLAR

1. Topal K. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(4):231-5
2. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. J Pain Symptom Manage 2014;47: e2-5.
3. Cassel B. Financial Challenges; for hospital-based palliative care programs, Oncology, 2007; 30-32
4. Radbruch L, Payne S, Lima L, Lohmann D. The Lisbon Challenge: Acknowledging Palliative Care as a Human Right. Journal of palliative medicine 2013;16(3):301-04.
5. İnan N. Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics 2017;10(1):20-4
6. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. SB.Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-6.
7. İnan N. Palyatif bakım tanımına çoklu bakış. Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. Erişim Tarihi: 15.12.2017.
8. Öngel K.Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(4):236-40.
9. Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. 2013 [Erişim tarihi 22 Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://www.chpca.net/media/319547/norms-of-practice-eng-web.pdf>.
10. Carlson R, Devich L, Frank R. Development of a Comprehensive Supportive Care Team for the Hopelessly Ill on a University Hospital Medical Service" JAMA 1988;259(3):378-83.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

11. Global Atlas of Palliative care at the end of life
http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Erişim tarihi:
10.06.2019.
12. Kadriye K, Gökçınar D. Türkiye’de palyatif bakımın tarihsel seyri. Palyatif Bakım
içinde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2014;5:1-5.
13. National Consensus Project. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care
[Internet]. 2013 [Erişim tarihi 22 Haziran 2019]. Erişim adresi:
<https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp>
14. Guthrie AE, Green CJ., Matzoo ML, Palliative and end-of- Life Care, Medical-
Surgical Nursing Health and Illness Perspectives, Eds; Monohan F D, Sands J K,
Neighbors M, Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier,
Canada, 2007;156-176
15. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines
for Quality Palliative Care*. New York, 2004. www.nationalconsensusproject.org
(Erişim tarihi 03. 06. 2019)
16. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development:
A global view. London: International Observatory on End of life Care, 2006.
17. Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines”
www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif
18. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, et al. Kanseri
hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü.
Agri. 2014;26(2):47–56.
19. The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework. A Reference Guide for
Health Professionals and Volunteers [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018].

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Erişim adresi: [http://www.spiritualcare.ca/uploads/PPC/2017/NS Palliative Care](http://www.spiritualcare.ca/uploads/PPC/2017/NS_Palliative_Care)

Competencies Framework v6.pdf

20. Beyhan B. Palliative care practices in Germany's health system. Turkish J Oncol. 2012;27(3):142–9.
21. Ryan, K. Role Delineation Framework for Adult Palliative Care Services [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 22 Haziran 2018]. Erişim adresi: Available from: <http://hdl.handle.net/10147/622898>
22. Saruç S. Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. Toplum ve Sosyal Hizmet 2013;24(2); 193-207.
23. Uslu Şahan F, Terzioğlu F. Evidence-based approaches in palliative care nursing. Anestezi Derg. 2017;25(3):30–6.

S-147 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİN GİRİŞİMCİLİK DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ENTREPRENEURSHIP LEVELS OF NURSING STUDENTS AND FACTORS AFFECTING

Rukuye Aylaz¹, Cansu Gündüz², Ayşe Berktaş²

1.Prof.Dr. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya , Türkiye

Email:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr

2.Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Giriş:Girişimcilik kavramı, sanayi devriminden bu yana tüm zamanlardakinden çok daha fazla önemli hale gelmiştir. Son yıllarda ise önemini geometrik olarak arttırmıştır. Yeni kurdukları işletmeler ile girişimciler, toplumların hayatını kolaylaştırmakta, ekonomik ve teknolojik olarak gelişmişlik seviyesini arttırmakta dolayısıyla günümüzün en önemli ekonomik sorunlarının başında yer alan işsizliğin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu temel sebeplere ilaveten yaşanan ekonomik krizlere çare olması için başarılı girişimciler tüm toplumların arzu ettiği ekonomik aktörlerdir. Üniversiteler, öğrencilerin girişimci özelliklerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahip olmakla birlikte, öğrencileri yeni girişimlere yönlendirmektedir. Öğrencilere, gelecekteki kariyerleri için sahip olmaları gereken bilgi ve becerilerin kazandırılması hedeflenmektedir. Bu anlamda üniversitelerde girişimcilik eğitiminin önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Bu araştırma hemşirelik öğrencilerin girişimcilik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma 12 Temmuz – 9 Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde yaz okulunda öğrenim gören 438 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 241 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu, Ölçme aracı olarak Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen üniversite öğrencilerinin girişimcilik düzeylerini belirlemeye yönelik 36 maddelik “Üniversite Öğrencileri Girişimcilik Ölçeği” kullanılmıştır. Her bir madde 5’li likert ölçeği (1, “Hiçbir zaman”dan 5, “Çok sık”a doğru) ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki maddeler 36 ile 180 puan arasında bir değere sahip olmaktadır. Katılımcılardan elde edilen puanlar toplanmak suretiyle

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

her bir kişinin genel girişimcilik düzeyine ilişkin ham puanlar belirlenmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamaları 22.27 ± 1.8 , %52.3'ü 4.sınıf öğrencilerinden oluşmakta, %79.3'ünün annesinin ilköğretim, %63.0'ın babasının üniversite mezunu %73.9'unun ekonomik durumunun orta ve öğrencilerin %11.2'sinin girişimcilik ile ilgili eğitim aldıkları saptandı. Araştırmada öğrencilerin girişimcilik puan ortalamaları 131.76 ± 21.6 (minimum 74, maksimum 180), girişimcilik puan ortalamaları ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması sonuçları incelendiğinde; sadece girişimcilik eğitimi alan öğrencilerin girişimcilik puan ortalaması ile arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($t = -2.41$, $p = 0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 131, standart sapması 21 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin yüksek girişimcilik özelliklerine sahip oldukları ve girişimcilik eğitimi almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin girişimcilik düzeylerinin daha iyi olabilmesi için girişimcilik eğitimine müfredat da yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelime: Girişimcilik, öğrenci, hemşire

Abstract

Introduction and Purpose: The concept of entrepreneurship has become more important than ever since the industrial revolution. In recent years it has increased its importance geometrically. With the newly established enterprises, entrepreneurs make life easier for their societies and increase their level of economic and technological development, thus contributing to the reduction of unemployment, which is one of the most important economic problems of today. In addition to these basic reasons, successful entrepreneurs are the economic actors that all societies desire in order to cope with the economic crises. Universities play an important role in developing the entrepreneurial characteristics of the students, but they direct students to new initiatives. It is aimed to provide students with the knowledge and skills they need for their future careers. In this sense, it can be said that entrepreneurship education has an important place in universities. This study was planned to determine the entrepreneurship levels of nursing students and the factors affecting them.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Method: This cross - sectional study was conducted between 12 July - 9 August 2019. The population of the study consisted of 438 students attending summer school in Inonu University Faculty of Nursing. In the research, it was aimed to reach the whole universe by not selecting the sample. However, 241 students were included in the study because some of them did not want to participate in the study and they did not attend. In the study, the information form prepared by the researcher was used as a data collection tool and the 36-item “University Students Entrepreneurship Scale yönelik was used to determine the entrepreneurship levels of university students developed by Yılmaz and Sünbül (2009). Each item was evaluated with a 5-point Likert scale (1, from “Never 5 to 5,“ Very often)). The items in the scale have a value between 36 and 180 points. The points obtained from the participants are summed to determine the raw scores related to the general entrepreneurship level of each person. In the evaluation of the data; In order to determine the relationship between number, percentage, mean and independent variables, variance analysis and t tests were used in independent groups. The significance level was accepted as $p < 0.05$. Written permission was obtained from the Dean of the Faculty of Nursing and verbal consent was obtained from the students to conduct the research.

Results: The mean age of the students was 22.27 ± 1.8 , 52.3% of them were 4th grade students. education. In the study, when the average of entrepreneurship score of the students is 131.76 ± 21.6 (minimum 74, maximum 180), the comparison of the mean scores of entrepreneurship with some features is examined; It was found that there was a significant difference between the average of entrepreneurship scores of the students who received only entrepreneurship education ($t = -2.41$, $p = 0.001$).

Results and Recommendations: In this study, the mean score of the students was 131 and the standard deviation was 21. When these values are taken into consideration, it can be said that the participant students have high entrepreneurship characteristics and that entrepreneurship education is effective. It is recommended that entrepreneurship education should be included in the curriculum in order to improve the entrepreneurship level of the students.

Key words: Entrepreneurship, student, nurse

GİRİŞ

Girişimcilik kavramı, sanayi devriminden bu yana tüm zamanlardakinden çok daha fazla önemli hale gelmiştir. Son yıllarda ise önemini geometrik olarak arttırmıştır. Yeni kurdukları işletmeler ile girişimciler, toplumların hayatını kolaylaştırmakta, ekonomik ve teknolojik olarak gelişmişlik seviyesini arttırmakta dolayısıyla günümüzün en önemli ekonomik sorunlarının başında yer alan işsizliğin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (1,2). Bu temel sebeplere ilaveten yaşanan ekonomik krizlere çare olması için başarılı girişimciler tüm toplumların arzu ettiği ekonomik aktörlerdir. Üniversiteler, öğrencilerin girişimci özelliklerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahip olmakla birlikte, öğrencileri yeni girişimlere yönlendirmektedir. Öğrencilere, gelecekteki kariyerleri için sahip olmaları gereken bilgi ve becerilerin kazandırılması hedeflenmektedir. Bu anlamda üniversitelerde girişimcilik eğitiminin önemli bir yeri olduğu söylenebilir.

Günümüzde bilim, teknoloji, ekonomi alanında yaşanan gelişmeler ve istihdamı arttırmak için yapılan çalışmalar göz önünde alındığında, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik faaliyetleri içinde barındıran girişimcilik kavramı çağımızın yükselen bir değeridir (1). Girişimcilik, genel anlamıyla yeni yüzyılda risk alma, yenilikleri yakalama, fırsatları değerlendirme ve tüm bunların hayata geçirilme süreci olarak tanımlanmaktadır (2,3). Tüm Dünya’da hızla artan nüfus nedeniyle sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinin sunumunda değişikliğine gitmiş ve bu hizmetleri direkt vermek yerine, özel sektörden bu hizmetleri kiralayarak ulaştırmaya çalışmıştır (4). Bu durum ise, bu hizmetleri verebilecek olan hemşirelerin sağlık hizmet sektöründe yer almalarına ve kendi işlerini kurmasına olanak sağlamıştır (5). Sağlık sektöründe bireysel iş sahibi olan hemşire sayılarının artmasıyla beraber, Dünya’daki en büyük hemşirelik birliği olan Uluslararası Hemşirelik Birliği (ICN), 2014 yılında girişimci hemşirelik rehberini yayımlamıştır. Bu rehber göre; girişimci hemşire, sağlık hizmetleri danışmanlığı, sağlık bakım ürünlerinin geliştirilmesi, pazarlaması ve yönetimi ile yaşlı bakımı, yara bakımı ya da doğrudan hemşirelik hizmetlerinin sunumunda işveren olan hemşireler olarak tanımlanmıştır (6).

Hemşirelik mesleğinde girişimciliğin eskilere dayanması ve birçok ülkede kadın girişimcilerin devlet tarafından desteklenmesine rağmen; hemşirelerin sadece %0.5-1’inin girişimci kişiler olarak hayatlarını sürdürdükleri bildirilmiştir (7,8). Yapılan çalışmalarda bu oranın düşük olmasına, Yasal konularda endişelerin olması, örneğin; malpraktis sigortasının olmaması,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yasa, yönetmelik ve tazminat prosedürleri konularındaki bilgisizlik ve düzenlemedeki genel endişeler Ayrıca, eğitim döneminde hemşirelik ve işletme kavramları bir arada görülmemektedir (8,9). Çalışma sonuçlarıyla ortaya konan tüm bu sorunlara karşın girişimci olarak çalışan hemşireler, hastanelerdeki iş yükünün fazla olması, kendi işine sahip olma, bağımsız çalışabilme, çalışma programını düzenleyebilme gibi nedenlerle kendi işini kurma gereksinimi duyduklarını ifade etmiştir (10). Girişimciliğin ülkelerin ekonomik ve sosyal alanlarda sağladığı katkıların yanında mesleki gelişime kazandırdığı değerler göz önüne alındığında, üniversitelerde girişimcilik ilgili faaliyetlerin artırılması akademik çalışmaların hedefi olmasının yanında, ileriki yıllarda önemli katkı sağlayacaktır (11). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, değişen hemşirelik müfredatında yer alan hemşirelikte girişimcilik derslerinin bazı üniversitelerde verilmesine rağmen hemşirelik öğrencilerinin girişimciliğe ilgisi ve becerisi işletme ve mühendislik öğrencileri kadar istendik düzeyde değildir (12). Bu araştırma hemşirelik öğrencilerin girişimcilik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel tipte olan çalışma 12 Temmuz – 9 Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde yaz okulunda öğrenim gören 438 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 241 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu, Ölçme aracı olarak Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen üniversite öğrencilerinin girişimcilik düzeylerini belirlemeye yönelik 36 maddelik “Üniversite Öğrencileri Girişimcilik Ölçeği” kullanılmıştır. Her bir madde 5’li likert ölçeği (1, “Hiçbir zaman”dan 5, “Çok sık”a doğru) ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki maddeler 36 ile 180 puan arasında bir değere sahip olmaktadır. Katılımcılardan elde edilen puanlar toplanmak suretiyle her bir kişinin genel girişimcilik düzeyine ilişkin ham puanlar belirlenmektedir.

Girişimcilik puanları 36-64 Çok düşük girişimcilik, 65-92 Düşük girişimcilik, 93-123 Orta düzeyde girişimcilik, 124-151 Yüksek girişimcilik, 152-180 Çok yüksek girişimcilik olarak değerlendirilmiştir (2).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 22.27 ± 1.8 (minimum 19, maksimum 32), %55.2'si kadın, %52.3'ü 4.sınıf öğrencilerinden oluşmakta, öğrencilerin %11.2'sinin girişimcilik ile ilgili eğitim aldıkları, % 33.2'si düz lise, %56.0'ı anadolu ve fen lisesi, en uzun yaşanan yer, il %53.5'dir. Araştırmaya katılanların %79.3'ünün annesinin ilköğretim, %63.0'ın babasının üniversite mezunu %73.9'unun ekonomik durumunun orta olarak saptandı. Araştırmada öğrencilerin girişimcilik puan ortalamaları 131.76 ± 21.6 (minimum 74, maksimum 180), girişimcilik puan ortalamaları ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması sonuçları incelendiğinde; sadece girişimcilik eğitimi alan öğrencilerin girişimcilik puan ortalaması ile arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($t = -2.41, p = 0.001$).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özellikleri

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Erkek	1	44.8
Kadın	08	55.2
	1	
	33	
Sınıf		
2. Sınıf		13.3
3.Sınıf	32	34.4
4.Sınıf	83	52.3
	1	
	26	
Medeni Durum		
Evli		3.7
Bekar	9	96.3
	2	
	32	
Girişimcilik Eğitim		
Alma		
Evet	27	11.2
Hayır	2	88.8
	14	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Mezun Olunan Lise		
Sağlık Lisesi		4.1
Teknik Lisei	10	6.6
Düz Lise		33.2
Anadolu ve Fen Lisesi	16	56.0
	80	
	1	
	35	
Anne Eğitimi		
Durumu	1	79.3
İlk Öğretim	91	14.9
Lise		5.8
Üniversite	36	
	14	
Baba Eğitim		
Durumu	1	63.1
İlk Öğretim	52	24.1
Lise		12.9
Üniversite	58	
	31	
En uzun Yaşanılan Yer		
Metropol		9.5
İl	23	53.5
İlçe	1	24.5
Köy	29	12.4
	59	
	30	
Gelir Durumu		
İyi		18.3
Orta	44	73.9
Kötü		7.9
	1	
	78	
	19	

Tablo 2. Üniversite öğrencilerinin genel girişimcilik düzeyler

Genel Girişimcilik	S	Art.Ort	Std.Sapma
	241	131	21.6

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırmaya katılan öğrencilerin girişimcilik puanlarının ortalaması 131, standart sapması 21 olarak belirlenmiştir. Bu değer dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin yüksek girişimcilik özelliklerine sahip oldukları söylenebilir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (2,3,13). Yapılan çalışmalar ile hemşirelikte girişimciliği teşvik eden faktörler artırılmaktadır. Bu faktörler; dünya nüfusun yaşlanıyor olması, yaşam tarzı, rahatlık, bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri beklentisinin artmasını sayabiliriz.

SONUÇ VE ÖNERİ

Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 131, standart sapması 21 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin yüksek girişimcilik özelliklerine sahip oldukları ve girişimcilik eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin girişimcilik düzeylerinin daha iyi olabilmesi için girişimcilik eğitime müfredat da yer verilmesi, girişimci hemşirelerin neler yapabileceklerini somutlaştırmak ve hemşirelikte girişimciliği teşvik eden faktörler artırmak önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Küçük O. Girişimcilik ve Küçük İşletme Yönetimi, 7. baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2014; s. 26-30.
2. Yılmaz E, Sünbül AM. Üniversite Öğrencilerine Yönelik Girişimcilik Ölçeğinin Geliştirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 21:195-203.
3. Akpınar T, Küçüköksel NÇ. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Girişimcilik Algısı ve Girişimciliği Engellenen Sebepler. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi 2015; 01:13-9.
4. Öztürk YE, Köksal O, Kıracı R. Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerine Yönelik Girişimcilik Ölçeğinin Geliştirilmesi. JHS 2014; 11:582-97.
5. Boore J, Porter S. Education for Entrepreneurship in Nursing. Nurse Educ Today 2011; 31:184-91.
6. International council of nurses(ICN). Guidelines on the Nurse Entre/Intrapreneur Providing Nursing Service. [http://www. hrhresourcecenter.org/node/1150](http://www.hrhresourcecenter.org/node/1150). (Erişim Tarihi: 09 Temmuz 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7. Arslan H, Şener DK. Hemşirelikte Yeni ve Önemli Bir Kavram: Girişimcilik. FN Hem Derg 2012; 20:140-5.
8. Roggenkamp SD, White KR. Four Nurse Entrepreneurs: What Motivated Them to Start Their Own Businesses. Health Care Manage Rev 1998; 23:67-75.
9. Elango B, Hunter GL, Wichell M. Barriers to Nurse Entrepreneurship: a Study of the Process Model of Entrepreneurship. J Am Acad Nurse Pract 2007;19: 198-204.
10. Shirey MR. An Evidence-Based Understanding of Entrepreneurship in Nursing. Clin Nurse Spec 2007; 21:234-40.
11. Salminen L, Lindberg E, Gustafsson M-L, Heinonen J, Leino-Kilpi H. Entrepreneurship Education in Health Care Education. <http://www.hindawi.com/journals/edri/2014/312810/>. (Erişim Tarihi: 10 Haziran 2016).
12. Gilmartin MJ. Principles and Practices of Social Entrepreneurship for Nursing. J Nurs Educ 2013; 52: 641-4.
13. Aksel İ, Bağcı Z. Girişimcilik Eğilimi; Bir Kamu Üniversitesinin İİBF'sinde Öğrenim Gören Son Sınıf Öğrencilerinde Bir Araştırma. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2016; 5 (7): 2120-213.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-151 YAŞLI BİREYLERDE YAŞAMDA ANLAMIN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF MEANİNG İN LIFE ON THE PERCEPTION LEVELS OF SPİRİTUALİTY AND SPİRİTUAL CARE İN ELDERLY İNDİVİDUALS

Ebru GÜL¹, Fatma KESKİN², Elanur VİCNELİOĞLU³

¹Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

²Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

³Öğrenci, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Hemşirelerin sıklıkla bakım verdiği yaşlılarda yaşamda anlam ve manevi bakımın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma yaşlılarda yaşamda anlamın maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

817

Yöntem: Veriler, Malatya Merkezde 1 aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan, gönüllü 65 yaş ve üzeri 156 bireyden, Tanıtıcı Anket Formu, Yaşamda Anlam Ölçeği (YAÖ), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğiyle (MMBDÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, OneWay-ANOVA, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yaşlıların %96.8'inin manevi bakımı gerekli gördüğü, %75.6'sının manevi sağlığını orta düzeyde tanımladığı ve %53.8'inin yaşamından kısmen memnun olduğu saptanmıştır. Yaşlıların manevi sağlık, gelir, yaşamdan memnuniyet durumlarıyla YAÖ ve MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). YAÖ alt ölçekleri yaşamda anlam arayışı ve anlamın varlığı ile MMBDÖ toplam puanları arasında çok anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin, yaşlılara yaşamlarındaki anlam doğrultusunda manevi bakım vermeleri ve geniş örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Manevi Bakım, Yaşamda Anlam, Yaşlı, Yaşlılık

Abstract

Introduction and purpose: It is thought that meaning in life and spiritual care are important in life in the elderly, where nurses frequently care. This study was conducted to determine the effect of meaning in life on spirituality and spiritual care perception levels in the elderly.

Method: Data were collected from 156 volunteers aged 65 years and over who live in a family health center in Malatya, using the Descriptive Questionnaire, The Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). Descriptive statistics, independent samples t test, correlation, OneWay-ANOVA, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis were used for data analysis.

Results: In the study, it was found that 96.8% of the elderly thought that spiritual care was necessary, 75.6% of them described their spiritual health as moderate and 53.8% were partially satisfied with their lives. There was a statistically significant difference between the mental health, income, life satisfaction status of the elderly and the total scores of the MLQ and SSCRS ($p < 0.05$). A significant correlation was found between the search for meaning and presence of meaning in the MLQ subscales and the total scores of SSCRS ($p < 0.001$).

Conclusion and Suggestions: It is recommended that nurses give spiritual care to the elderly in line with the meaning in their lives and similar studies with large sample groups are recommended.

Keywords: Nursing, Spiritual Care, Meaning in Life, Elderly, Old Age

GİRİŞ

Türkiye, dünyadaki birçok ülkenin demografik gelişmelerine benzer bir süreçten geçmekte olup, yıllar içinde beklenen yaşam süresi artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması, sağlık sektöründe bu grup için yeni yaklaşımlar getirmeyi gerektirmiştir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Yaşamda anlam bireyin yaşamını değerli yapan hedeflere sahip olmasıyla yakından ilgili olup, kişiden kişiye farklılık göstermekte ve yaşamın sürdürülebilmesi için motive edici temel bir etmen olduğu belirtilmiştir (Demirbaş, 2010). Yaşlılık döneminde görülen değişikliklerin beraberinde yaşamda anlamı etkilediği düşünülmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yaşlı refahının ve yaşlılıkta yaşamın anlamının anlaşılması için yaşamın subjektif ve objektif şartları arasındaki bağlantının, bireylerin yaşam deneyimlerinin, yaşam şartlarına ilişkin algı, düşünce ve beklentilerinin belirlenmesinin ulaşılmaması gereken önemli bir nokta olduğu belirtilmektedir (Özmete, 2008). Yaşlılara sunulan sağlık bakımında temel amaç, yaşlı bireylerin kendilerine yetebilen mutlu birer birey olmalarını sağlamaktır (Çelebi ve Yüksel, 2014). Maneviyat, yaşlılıkta meydana gelen değişimler ve stres ile baş etmede önemli bir etkiye sahiptir (Gürsu ve Ay, 2018). Maneviyat bireye destek ve umut sağlamakla beraber hayattan bir anlam, amaç ve yol bulmayı içermekte ve manevi bakımın önemi gün geçtikçe artmaktadır (Aksoy ve Çoban, 2017).

Eğer hemşireler yaşlılar için yaşamda anlamın önemi ile manevi bakım ve maneviyat ile ilgili bilgiye sahip olurlarsa; hemşirelik bakımında kullanırlarsa, bu durum yaşlı bireyler açısından katkıda bulunacak ve bakım kalitesini artıracaktır.

AMAÇ

Yaşlılık döneminde görülen değişiklikler bu bireylerin yaşamlarındaki anlamları değiştirmektedir. Hemşirelerin sıklıkla bakım verdiği yaşlı bireylerde yaşamda anlam ve manevi bakımın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma yaşlılarda yaşamda anlamın maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, 15 Mayıs – 30 Haziran 2019 tarihleri arasında, 1 Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) bulunduğu bölgede yaşayan 65 yaş ve üzeri, gönüllü 156 yaşlı birey ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bulunan 1 ASM'nin hizmet verdiği bölgedeki yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup 156 birey ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

- 65 yaş ve üzeri olmak,
- İletişim kurmada sorun yaşamamak,

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Anket Formu, Yaşamda Anlam Ölçeği (YAÖ), Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılacak yaşlı bireylere, araştırmanın verilerini toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırma için kullanılacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onayları alınmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu anket formu yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen 17 sorudan oluşmaktadır.

Yaşamda Anlam Ölçeği

Steger ve arkadaşları 2006 yılında yaygın olarak kullanılan anlam ölçekleri değerlendirildiğinde bu ölçeklerin hem depresyon hem de pozitif duygu-durum ile ilişkili olmasının bu ölçeklerin yapı geçerliliğindeki eksikliklerden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Bu nedenle yaşamda anlama ilişkin yeni bir ölçek geliştirme ihtiyacı duyulmuş ve bu amaçla Yaşamda Anlam Ölçeği (YAÖ)'ni geliştirmişlerdir (Steger, Fraizer, Oishi et al., 2006). Demirbaş tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek yedili Likert tipi olarak derecelendirilmiş, on madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır (Demirbaş, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.56 bulunmuştur.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) McSherry ve arkadaşları tarafından 2002 yılında 17 maddelik çok boyutlu olarak geliştirilmiştir (McSherry, 2002). Ergül ve Temel ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini yapmışlardır. Ölçek beşli likert tipi bir ölçektir. 3., 4., 13. ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85, en düşük puan 17'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması maneviyat

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ve manevi bakım algısının pozitif yönde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım ve dinsel alt boyutlarından oluşmaktadır. Ergül ve Temel tarafından geçerlilik güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ergül ve Temel, 2007). Bu çalışmada da Cronbach alfa katsayısı 0.76 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Maneviyat ve manevi bakım algısı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri
- Yaşamda anlam

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, standart sapma, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, OneWay-ANOVA, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach α güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Araştırmamızda sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılğı düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular tablolarla sunulmuştur.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=156)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (S)	%
Cinsiyet		
Kadın	92	59.0
Erkek	64	41.0
Medeni Durum		
Evli	138	88.5
Bekar	18	11.5
Eğitim Düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	10	6.4
Okuryazar	47	30.1
İlkokul mezunu	60	38.5
Ortaokul mezunu	29	18.6
Lise mezunu	10	6.4
Sosyal Güvence		
Var	147	94.2
Yok	9	5.8

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Gelir Düzeyini Algılama Durumu			
İyi	30	19.2	
Orta	112	71.8	
Kötü	14	9.0	
Çalışma Durumu			
Evet	5	3.2	
Hayır	151	96.8	
Meslek			
Ev Hanımı	83	53.2	
İşçi	2	1.3	
Memur	1	0.6	
Esnaf	1	0.6	
Emekli	69	44.2	
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu			
Evet	149	95.5	
Hayır	7	4.5	
Kronik Hastalıklar			
Diyabet	41	26.3	
Tiroid	4	2.6	
Kalp Hastalığı	20	12.8	
Hipertansiyon	80	51.3	
Anemi	1	0.6	
Romatoid Artrit	5	3.2	
Aile Yapısı			
Çekirdek Aile	124	79.5	
Geniş Aile	32	20.5	
Bakıma İhtiyacı Olma Durumu			
Var	10	6.4	
Yok	146	93.6	
Manevi Bakımın Gerekliliğine İnanma Durumu			
Evet	151	96.8	
Hayır	5	3.2	
Maneviyat ve Manevi Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumu			
Aldım	64	41.0	
Almadım	92	59.0	
Manevi Sağlığı Tanımlama Durumu			
İyi	36	23.1	
Orta	118	75.6	
Kötü	2	1.3	
Yaşamdan Memnun Olma Durumu			
Evet	54	34.6	
Kısmen	84	53.8	
Hayır	18	11.5	
	Minimum	Maximum	X±SD
Yaş	65	88	71.8±6.13

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmada yaşlı bireylerin yaş ortalamasının 71.8, %59’unun kadın, %88.5’inin evli, %38.5’inin ilkökul

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

mezunu, %94.2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %96.8'inin çalışmadığı, %53.2'sinin ev hanımı, %71.8'inin gelir durumunu orta düzeyde algıladığı, %95.5'inin kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %51.3'ünün hipertansiyon hastası olduğu bulunmuştur.

Yaşlı bireylerin %79.5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %93.6'sının bakıma ihtiyacı olmadığı, %96.8'inin manevi bakımın gerekli olduğuna inandığı, %41'inin manevi bakım bilgisi aldığı, %75.6'sının kendi manevi sağlığını orta düzeyde tanımladığı ve %53.8'inin kısmen yaşamından memnun olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşamda Anlam Ölçeği ve Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ile yaşamda anlam ölçeği ve maneviyat ve manevi bakımı dereceleme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Ölçekler	Özellikler	S	X±SS	İstatistiksel Anlamlılık	Test ve
YAÖ	Cinsiyet				
	Kadın	92	43.35±5.17	t: -1.037	
	Erkek	64	44.23±5.20	p: 0.301	
MMBDÖ	Cinsiyet				
	Kadın	92	68.45±5.74	Z: -.956	
	Erkek	64	68.10±4.38	p: 0.339	
YAÖ	Medeni Durum				
	Evli	138	43.63 ± 5.27	t=-.603	
	Bekar	18	44.33 ±4.51	p= 0.553	
MMBDÖ	Medeni Durum				
	Evli	138	67.90±5.31	Z=-3.037	
	Bekar	18	71.44±2.95	p= 0.002*	
YAÖ	Eğitim Düzeyi				
	Okuna yazma bilmiyor	10	39.00± 6.64		
	Okuryazar	47	43.06 ±4.57		
	İlkokul Mezunu	60	44.85±5.36	F= 3.295	
	Ortaokul Mezunu	29	44.31±4.87	p= 0.013*	
	Lise Mezunu	10	43.00±3.59		
MMBDÖ	Eğitim Düzeyi				
	Okuna yazma bilmiyor	10	65.80±11.30		
	Okuryazar	47	67.46±4.72	F= 2.038	
	İlkokul Mezunu	60	68.33±4.61	p= 0.092	
	Ortaokul Mezunu	29	70.31±3.79		
	Lise Mezunu	10	68.31±5.21		
YAÖ	Gelir Düzeyi				
	İyi	30	43.56+3.32	F= 3.657	
	Orta	112	44.18± 5.45	p= 0.028*	
	Kötü	14	40.28± 5.18		

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

MMBDÖ	Gelir Düzeyi			
	İyi	30	71.23±4.14	F= 6.948 p= 0.001*
	Orta	112	67.80 ±4.43	
	Kötü	14	66.14±9.51	
YAÖ	Yaşam memnuniyeti			
	Evet	54	45.22±4.64	F= 5.243 p= 0.006*
	Kısmen	84	43.33±4.63	
	Hayır	18	41.00±7.57	
MMBDÖ	Yaşam memnuniyeti			
	Evet	54	70.22±4.14	F= 12.452 p= 0.000**
	Kısmen	84	68.08±4.15	
	Hayır	18	63.66±8.68	

*p<0.05, ** p<0.001

Yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile YAÖ ve MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p> .05). Yaşlıların medeni durumları ile MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmış (p< .05) ve bu farklılığında bekar bireylerden kaynaklandığı bulunmuştur. Yaşlıların medeni durumları ile YAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> .05). Yaşlıların eğitim durumları ile MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p> .05). Yaşlıların eğitim düzeyleri ile YAÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p< .05). Yaşlı bireylerin gelir durumları ile MMBDÖ ve YAÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p< .05). Bu farklılığında gelir düzeyini orta olarak algılayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaşamdan memnun olma durumları ile YAÖ ve MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p< .05).

824

Tablo 3. Yaşamda Anlam Ölçeği, Yaşamda Anlam Arayışı ve Anlamın Varlığı alt ölçekleri ile Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği Arasındaki İlişki

	MMBDÖ	
	r	p
YAÖ	-.037	.648
Yaşamda Anlam Arayışı alt ölçeği	-.503**	.000
Anlamın Varlığı alt ölçeği	.649**	.000

**p<0.001

Yaşlı bireylerde YAÖ ile MMBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p> .05). Ancak YAÖ alt ölçeği yaşamda anlam arayışı ile MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında orta düzeyde (r=-0.503) çok anlamlı (p<0.001) bir negatif ilişki bulunmuştur. YAÖ

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bir diğer alt ölçeği anlamın varlığı ile MMBDÖ toplam puanları arasında iyi düzeyde ($r=0.649$) çok anlamlı ($p<0.001$) bir pozitif ilişki saptanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak yaşlılık döneminde görülen değişiklikler yaşamda anlam arayışı ve anlamın varlığını etkilemekte bu durumda bireylerde manevi bakımı etkilemektedir. Sağlık bakımında hemşirelerin, yaşlılara yaşamlarındaki anlam doğrultusunda manevi bakım vermeleri ve geniş örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aksoy M, Çoban Gİ. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. International Journal of Caring Sciences 2017; 10(3): 1136-46.

Çelebi ÇD, Yüksel MY. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi 2014; 4(2): 175-202.

Demirbaş N. (2010). Yaşamda Anlam ve Yılmazlık. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Ergül Ş, Bayık TA. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23(1): 75-87.

Gürsu O, Ay Y. Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. Journal of International Social Research 2018; 11(61): 1176-90.

McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. Int J Nurs Stud 2002; 39(7): 723-34.

Özmete E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2008; 15(15): 7-20.

Steger MF, Fraizer P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of Counseling Psychology 2006; 53(1): 80-93.

Yazıcı SÖ, Kalaycı İ. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 2015; 3(3): 385-90.

S-152 YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF FALL RISK IN THE ELDERLY

Gülsüm YETİŞ¹, Seher ÇEVİK², Emine AYDINALP³, Gönül AKBULUT⁴

¹İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

³T.C. Sağlık Bakanlığı, Çermik Devlet Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

⁴Atatürk Üniversitesi, Aşkale Meslek Yüksekokulu, Erzurum/ Türkiye

Özet

Amaç: Araştırma yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Malatya il merkezinde bulunan bir aile sağlığı merkezine Şubat-Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran 129 yaşlı birey oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis, Man Witney U testleri kullanılarak, sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların; %43.2'si düzenli uyku uyuyabildiklerini, %50.4'ün kol ve bacaklarında güçsüzlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Örneklemin %38.0'i gözlük, %69.0'ı ilaç, %21.7'si de yürümek için yardımcı gereç (baston, tekerlekli sandalye) kullanmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %62.8'inin İtaki Düşme Riski Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre düşme riski açısından yüksek riskli olduğu bulundu. Daha önce düşme öyküsü olan (9.70 ± 6.31), kollarında ve bacaklarında güçsüzlük yaşayan (8.93 ± 7.03), yürümek için yardımcı araç kullanan (10.50 ± 8.46), kronik hastalığı olan (8.63 ± 6.39) ve ilaç kullanan yaşlıların (8.82 ± 6.57) düşme riski puan ortalamalarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Sonuç: Yaşlı bireylerin yarısından fazlasında düşme riskinin yüksek olduğu, yardımcı araç ve ilaç kullanımının düşme riskini arttırdığı görüldü.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, düşme riski, hemşire

Abstract

Aim: The research was conducted as a descriptive and relationship seeker in order to evaluate the risk of falls in the elderly.

Methods: The sample of the study consisted of 129 elderly individuals who applied to a family health center in Malatya between February-May 2019. The data were collected by using Personal Information Form and the Itaki Fall Risk Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t test, Kruskal Wallis, Man Witney U tests, and the results were evaluated with 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: Participants of the study were; 43.2% of the elderly stated that they could sleep regularly and 50.4% stated that they had weakness in their arms and legs. 38.0% of the sample uses glasses, 69.0% uses medication, 21.7% uses walking aids (walking stick, wheelchair). It was found that 62.8% of the elderly individuals who participated in the study were at high risk in terms of falling risk according to the scores they received from the Ittaki Fall Risk Scale. The mean score of fall risk was found to be statistically higher in the elderly who had a history of falls (9.70 ± 6.31), had weakness in their arms and legs (8.93 ± 7.03), used walking aids (10.50 ± 8.46), chronic disease (8.63 ± 6.39), and using medication (8.82 ± 6.57) than the non-users ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the study; it was seen that the risk of falls was higher in more than half of the elderly individuals and the use of ancillary drugs and drugs increased the risk of falls.

Key Words: Elderly, fall risk, nurse

GİRİŞ

Yaşlanma, canlı yaşamında doğumla başlayan ve durdurulamayan, hücrelerden sistemlere kadar tüm vücudu etkileyen, yıpranmanın rejenerasyondan daha hızlı olması sonucunda ortaya çıkan bir süreçtir (1,2,3). Yaşlı nüfusta gözlenen ve beklenen artışla (4) birlikte yaşlılıkta görülebilecek sorunlar dikkat çekmeye başlamıştır. Vücut fonksiyonlarının azalması yaşlılarda fiziksel ve ruhsal problemlere neden olabilmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşlılık döneminin en önemli sağlık problemlerinden biri olarak görülen düşmeler (6), neden olduğu travma ve sağlık sorunları ile kişinin bakım ihtiyacını ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu durum konunun hem aileler hem de toplum için önemli

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

oranda yük oluşturan bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmesine yol açmaktadır (7). Yaşlılardaki düşmelere bağlı olarak, mortalite ve morbidite hızı artmakta, ayrıca bu durum bireyin genel fonksiyonlarının azalmasına yol açarak olarak bağımsız bir yaşam sürmesini engellemekte ve uzun dönem bakım sorunları ile erken ölüm riskini artırmaktadır (8).

Birçok risk faktörünün etkileşimi sonucu oluşan düşmelerin önlenmesi sürecinde düşmeye zemin hazırlayan faktörlerin tespit edilmesi oldukça önemlidir (9). Yaşlanmayla beraber meydana gelen fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve anatomik değişiklikler, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar ve çevresel faktörler düşme riskini arttıran en önemli faktörlerdir (10). Hastalarda genellikle birden fazla risk faktörü birlikte bulunur, bunlar arasında alt ekstremitede güçsüzlük, düşme hikayesi, yürüme ve denge sorunları, tıbbi sorunlar, fonksiyonel bozukluklar, görme sorunları, polifarmasi ve kognitif bozukluk sayılabilir (11). Yapılan çalışmalar geriatrik hastaların, genel güçsüzlük, mobilitenin azalması, inkontinans, uykusuzluk, konfüzyon, depresyon ve görme duyusunun azalması gibi nedenlerin yaralanma ve düşmeler yönünden risk oluşturduğunu göstermektedir (12).

Düşmeyi önlemeye ilişkin önlemler birincil, ikincil ve üçüncül önlemler olmak üzere üç farklı düzeyde ele alınabilmektedir. Bu önlemler arasında yaşlı bireyin tıbbi hikâyesi, ilaç tedavisi, fonksiyonel durumu ve ev güvenliğini içeren kapsamlı değerlendirme yapılması yer almaktadır (13).

AMAÇ

Buradan hareketle bu araştırma yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan bir aile sağlığı merkezine Şubat-Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran yaşlı bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 129 yaşlı birey oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanıldı. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Kişisel Tanıtım Formu; Kişisel tanıtım formu, araştırma kapsamına alınan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini, uyku düzenlerini, yürürken yardımcı araç kullanma durumlarını, görme durumlarını, hastalık varlığı ve ilaç kullanma durumlarını, inkontinans, ağrı, kol ve bacaklarda güçsüzlük, düşme öyküsü gibi risk faktörlerinin sorgulandığı toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

İtaki Düşme Riski Ölçeği; 17 yaş ve üzerindeki hastalar için oluşturulmuş olan ölçek, hasta demografik bilgilerini, değerlendirme yapma nedenini, major ve minör risk faktörlerini içermektedir. Ölçek 8 maddesi Major Risk Faktörlerini, 11 maddesi Minör Risk Faktörlerini değerlendirmek amacıyla toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçek skoru tüm maddelerin aldığı puanlar toplanarak oluşturulur. Ölçek toplam puanı 5 ve daha üzeri olanlar düşme riski açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir (14).

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, Oneway ANOVA, Kruskal Wallis, Man Witney U testleri kullanıldı. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri

Bireye ait özellikler	S ayı (N)	%	$\bar{x} \pm SS$
Yaş			71.3 1±7.70
Cinsiyet			
Kadın	6	4	
	3	8.8	
Erkek	6	5	
	6	1.2	
Medeni durum			
Evli	1	8	
	16	9.9	
Bekar	1	1	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	3	0.1	
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	2	1	
	5	9.4	
Okuryazar	4	3	
	5	4.9	
İlkokul	3	3	
	9	0.2	
Lise ve üzeri	2	1	
	0	5.6	
Emekli aylığı alma durumu			
Evet	6	5	
	9	3.5	
Hayır	6	4	
	0	6.5	

Araştırmada yaşlıların yaş ortalamasının 71.31 ± 7.70 olduğu, %51.2' sinin erkek, %89.9'unun evli, %53.5'inin emekli aylığı aldığı, %19.4'ünün okuryazar olmadığı bulundu (Tablo 1).

Tablo 2. Yaşlıların İtaki Düşme Riski Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Sayı (N)	%	Min-Max
1-4 puan arasında alanlar	48	37.2	1-31
5ve üzeri puan alanlar	81	62.8	

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %62.8'inin İtaki Düşme Riski Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre düşme riski açısından yüksek riskli olduğu bulundu (Tablo 2).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Yaşlıların Fiziksel Özellikleri

Bireye ait özellikler	Sa yı (N)	%
Bedensel Kitle İndeksi		
Zayıf (15.24-18.49)	4	3.5
Normal (18.5-24.9)	53	46.
		1
Kilolu (25-29.9)	41	35.
		7
Obez (30-39.77)	17	14.
		8
Görme problemi		
Var (gözlük kullanımı, göz problemleri)	49	38.
		0
Yok	80	62.
		0
Kol ve bacaklarda güçsüzlük		
Var	65	50.
		4
Yok	64	49.
		6
Yürüme için yardımcı araç		
Kullanıyor (baston, tekerlekli sandalye)	28	21.
		7
Kullanmıyor	10	78.
	1	3
Uyku Düzeni		
Düzenli	38	43.
		2
Kısmen Düzenli	30	34.
		1
Düzensiz	20	22.
		7

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Kronik hastalık		
Yok	38	29.
		5
Var	91	70.
		5
Hastalık ne?		
Dolaşım sistemi hastalıkları (HT, kalp yetm. vb)	26	53.
		1
Endokrin sistemi hastalıkları (DM, guatr vb)	8	16.
		3
Üriner sistem hastalıkları (prostat)	5	10.
		2
Hareket sistemi hastalıkları (eklem, kireçlenme vb)	2	4.1
Solunum sistemi hastalıkları (KOAHA, astım vb)	4	8.2
Sindirim sistemi hastalıkları (mide ve bağırsak problemleri vb)	4	8.1
İlaç kullanımı		
Var	89	69.
		0
Yok	40	31.
		0

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin; %46.1'inin beden kitle indeksinin normal (18.5-24.9) aralıkta olduğu bulundu. Yaşlıların %43.2'si düzenli uyku uyuyabildiklerini, %50.4'ü kol ve bacaklarında güçsüzlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Örneklemin %38.0'i gözlük, %69.0'ı ilaç, %21.7'si de yürümek için yardımcı gereç (baston, tekerlekli sandalye) kullanmaktadır. En fazla dolaşım sistemine ait hastalık (%53.1) olmak üzere, yaşlıların %70.5'inde en az bir kronik hastalık mevcuttur (Tablo 3).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 4. Yaşlıların Özelliklerine Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımları

Bireye ait özellikler	S ayı (N)	%	X±	S	Anla m
Bedensel Kitle İndeksi					
Zayıf (15.24-18.49)	4	3.5	11.50	9.32	1.663 ^a
Normal (18.5-24.9)	5	46.1	7.05	5.98	p=0.645
Kilolu (25-29.9)	4	35.7	7.68	5.23	
Obez (30-39.77)	1	7.8	8.82	8.71	
Görme problemi					
Var (gözlük kullanımı, göz problemleri)	4	38.0	8.79	7.08	t=1.318 ^b
Yok	8	62.0	7.01	5.70	p=0.119
Kol ve bacaklarda güçsüzlük					
Var	6	50.4	8.93	7.03	t=5.572 ^b
Yok	6	49.6	6.42	5.21	p=0.023
Yürüme için yardımcı araç					
Kullanıyor (baston, tekerlekli sandalye)	2	21.5	10.50	8.46	1030.5 ^c
Kullanmıyor	8	78.5	6.91	5.34	p=0.023
Uyku Düzeni					
Düzenli	3	43.8	7.18	6.05	2.932 ^a
Kısmen Düzenli	4	34.4	9.00	6.05	p=0.2

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Düzensiz	0 2 0	1 22. 7	3 9.8 0	23 8. 72	31
Kronik hastalık					
Var	9 1	70. 5	8.6 3	6. 39	t=0.68 1 ^b
Yok	3 8	29. 5	5.4 2	5. 51	p=0.008
İlaç kullanımı					
Var	8 9	69. 0	8.8 2	6. 57	t=4.33 1 ^b
Yok	4 0	31. 0	5.1 7	4. 82	p=0.002
Düşme öyküsü					
Var	3 0	23. 3	9.7 0	6. 31	t=2.01 8 ^b
Yok	9 9	76. 7	7.0 8	6. 19	p=0.046

834

^aKruskal Wallis, ^bBağımsız gruplarda t testi, ^cMan Witney U

Daha önce düşme öyküsü olan (9.70±6.31), kollarında ve bacaklarında güçsüzlük yaşayan (8.93±7.03), yürümek için yardımcı araç kullanan (10.50±8.46), kronik hastalığı olan (8.63±6.39) ve ilaç kullanan yaşlıların (8.82±6.57) düşme riski puan ortalamalarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi (p<0.05). (Tablo 4).

SONUÇ

Araştırmada yaşlı bireylerin yarısından fazlasında düşme riskinin yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Ayrıca düşme öyküsünün olmasının, kol ve bacaklardaki güçsüzlüğün, kronik hastalık varlığının, yürümek için yardımcı araç ve ilaç kullanımının yaşlılarda düşme riskini arttırdığı görüldü. Bu bağlamda yaşlılarda düşmeleri önlemek amacıyla; risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması, düşme riski yüksek olan yaşlılar için çevre güvenliğini sağlayarak koruyucu önlemler alınması, yaşlılarda düşmeye neden olan faktörler konusunda farkındalıkların sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yerlisu Lapa, T. Life satisfaction, leisure satisfaction and perceived freedom of parkrecreation participants. 3rd World Conference on Learning, Teaching and Educational Leadership (WCLTA-2012). Procedia – Social and Behavioral Sciences 93. Elsevier Ltd.
2. Fadiloğlu Ç. Yaşlılıkta evde bakım. In: Ç. Fadiloğlu, G. Ertem & F. Şenuzun Aykar (edits). Evde Sağlık ve Bakım. 1.Baskı. Ankara: Göktuğ Yay. 2013: 159-177.
3. Yetiş G, Gürbüz P. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşlılık kavramı ve yaşlılar hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2018; 11(1): 26-33.
4. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/nufus_projeksiyonlari_2018_2080.pdf Erişim: 20.08.2019.
5. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2016; 15(3): 181-89.
6. World Health Organization. (2007). WHO global report on falls prevention in older age, World Health Organization, 1-7
7. Rao SS. Prevention of falls in older patients. Am Fam Physician 2005;72(1):81-8.
8. Şencan İ, Canbal M, Tekin O, Işık B. [Fall injuries in the elderly people as a public health problem]. The New Journal of Medicine 2011;28(2):79-82.
9. Halil M, Cankurtaran M. [Approach to the geriatric patient]. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6 Suppl 1): 262-6.
10. Naharcı Mİ, Doruk H. [Approach to fall in elderly population]. TAF Prev Med Bull 2009;8(5):437-44. 7. Huang HC, Gau ML, Lin WC, George K. Assessing risk of falling in older adults. Public Health Nurs 2003;20(5):399-411.
11. Karan MA. Yaşlılarda düşme, önemi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Bilimleri Dergisi, 2018; 1(4): 129-132.
12. Totur B, Demir Korkmaz F. [Patient care in geriatric surgery]. Journal of Ege University School of Nursing 2011;27(2):61-8.
13. Beyazay S, Durna Z, Akın S. Yaşlı bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2014; 6(1): 1-12.
14. Tanıl V, Çetinkaya Y, Sayer V, Avşar D, İskit Y. Düşme riskinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2014; 1(1): 21-26.

**S-153 HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:
FARKLI İKİ HASTANE ÖRNEĞİ**

**NURSING ATTITUDES AGAINST DEATH AND RELATED FACTORS: TWO
DIFFERENT HOSPITAL SAMPLES**

Halit Emin Alıcılar¹, Rukuye Aylaz², Gülsen Güneş¹, Meltem Çöl¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Özet

Amaç: Ölüme yakın hastaların bakımında önemli rolü olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının, sunulan bakımın niteliği açısından belirleyici olması bu konunun araştırılmasını önemli kılmaktadır. Bu araştırma hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bazı faktörlerle ilişkinin incelenmesi ile elde edilen bulgular ışığında hemşirelerin bu konudaki eğitim gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Mayıs-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan toplam 1430 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 303 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 150 ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden 150 olmak üzere toplam 300 hemşireyle yapılması amaçlanmıştır. Her bir hastaneden 131 olmak üzere toplam 262 hemşireye ulaşılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile kişisel bilgi formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Bu ölçek, bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise uyarılama çalışması 2009 yılında Işık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği (kötü) yönünde değerlendirilmektedir. Veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Ölçekten alınan puanın normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-smirnov testiyle yapılmış, ölçek toplam puanı normal dağılıma uyduğundan ikili karşılaştırmalarda t testi, ikiden fazla değişkenlerde varyans analizi kullanılmıştır. Çalışma için İnönü Üniversitesi Etik Kurul onayı alınmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.49 ± 7.46 yıl, % 79.4'ü kadın, %20.6'sı erkek, % 50'si Ankara Üniversitesi, % 50'si İnönü üniversitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğu lisans mezunudur. Hemşirelerin %55,2'si ölüm konusunda bir eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ÖKTÖ puanları kadınlarda 136.39, erkeklerde 127.86 bulunmuştur ($p= 0.009$). Ankara Üniversitesinde çalışan hemşirelerde 136,46, İnönü Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerde 133,50 'dir ($p= 0.294$) Yirmibeş yaş ve altı hemşirelerde 139,26, 26-34 yaş grubunda 132,96, 35-44 yaş grubunda 134,69, 45 yaş ve üzeri hemşirelerde 139,68'dir($p= 0.377$); çekirdek aile olarak yaşayanlarda 134,37, yalnız yaşayanlarda 156, 66 ($p= 0.072$). ÖKTÖ puanları en düşük olan hemşireler FTR, gastroenteroloji, psikiyatri bölümlerinde çalışanlar, en yüksek puan alanlar ise yoğun bakım ve Acil bölümünde çalışan hemşirelerdir. Ölçeğin ölüm korkusu alt boyutundan alınan puan çalışılan bölümlere göre anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Acil ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Araştırmada kadın, genç ve ileri yaştaki hemşirelerde, yalnız yaşayanlarda, yoğun bakımlarda ve acilde çalışan hemşirelerde ölüme karşı daha olumsuz bir tutum saptanmıştır. İki üniversitede çalışan hemşireler arasında fark yoktur. Acil ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur. Özellikle acil ve yoğun bakımlarda, ölüme yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm kaygısı, hemşireler, ölüme karşı tutum

Abstract

Aim: The fact that nurses' attitudes towards death, which play an important role in the care of near-death patients, is decisive in terms of the quality of care provided makes this research important. This study was carried out in order to determine the educational needs of nurses in the light of the findings obtained by examining the attitudes of nurses towards death and some factors.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted between May and August 2019. The population of the study consisted of 1430 nurses working in Cebeci Research and Application Hospital of Ankara University and Turgut Ozal Medical Center of Inonu University. The sample size was determined as 303. The study was conducted with 300 nurses, 150 from Cebeci Research and Application Hospital of Ankara University and 150 from Inonu University Turgut Ozal Medical Center. A total of 262 nurses, 131 of which were from each hospital, were reached. Data were collected by face-to-face interview using

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

personal information form and Attitude to Death Scale (STAI). This scale was developed by Wong et al. In 1994 to evaluate the attitudes of individuals towards death. In our country, adaptation work was conducted by Işık et al. As the total score of the scale increases, negative attitude towards death develops (bad). The data were analyzed in SPSS package program. The suitability of the score obtained from the scale to the normal distribution was made with the Kolmogorov-Smirnov test. Ethics Committee approval was received for the study.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 33.49 ± 7.46 years, 79.4% were female, 20.6% were male, 50% were working in Ankara University and 50% in İnönü University. Most nurses have bachelor's degrees. 55.2% of the nurses stated that they received a training on death. The SCQI scores of the nurses were found to be 136.39 in women and 127.86 in men ($p = 0.009$). It was 136.46 for the nurses working at Ankara University and 133.50 for the nurses working at İnönü University ($p = 0.294$). Was 139.68 in nurses aged 45 years and older ($p = 0.377$); 134,37 in the nuclear family and 156, 66 in the single family ($p = 0.072$). The nurses with the lowest SCT scores were those working in the FTR, gastroenterology, psychiatry departments, and the nurses working in the intensive care and emergency departments with the highest scores. The scores obtained from the fear of death subscale of the scale were found to be significantly different compared to the sections studied. The fear of death score was found to be highest among nurses working in emergency and intensive care units.

Conclusions and recommendations: The study found a more negative attitude towards death among female, young and older nurses, lonely living, intensive care and emergency nurses. There is no difference between nurses working in two universities. The fear of death score was found to be highest among nurses working in emergency and intensive care units. Especially in emergency and intensive care units, training for death is recommended.

Keywords: Death anxiety, nurses, attitude towards death

GİRİŞ

Ölmekte olan hastaya hizmet vermek, sağlık çalışanlarının en çok zorlandığı görevlerden biridir. Özellikle yoğun bakım ve palyatif bakım servislerinde hastaların en çok etkileşim halinde olduğu sağlık personelleri hemşirelerdir. Hemşireler diğer sağlık personellerine göre hastalarla daha çok vakit geçirmektedir. Mortalite hızı yüksek olan bu servislerde görev yapan hemşireler, ölümle sıklıkla iç içedir. Ancak ölümle sıkça karşılaşmak,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sürecin kolaylaştığı anlamına gelmez. Her hastanın sosyokültürel yapısı, beklentileri, tepkileri farklıdır. Hemşireler her hastaya yönelik olarak süreci ayrı ayrı şekillendirmelidir. (1-4)

Hemşirelik, hastaya çok yönlü bir bakım sunmayı gerektirir. Öyle ki hemşirelerin yoğun bakım ve palyatif bakım servislerinde, hastaların fiziksel sorunlarını dindirmek ve ölüm sürecini rahatlatmak başlıca görevleri gibi görünse de ölümü bekleyen hasta ve yakınlarının duygularını anlamak, onlarla empati kurabilmek, onların beklentilerini karşılayabilmek de önemli sorumluluklarındandır. Hastalar günlerinin büyük bölümünü yalnız geçirirler. Bu dönemlerde hemşirelerin desteğini hissedebilmeleri çok önemlidir. Ancak tüm bunları eksiksiz yapabilmek elbette kolay değildir. Güç bir süreç yaşayan bu insanları anlayabilmek, bu sürece tanık olurken hemşirelerin kendi psikolojilerini de koruyabilmeleri ve güçlü kalabilmelerine bağlıdır. Aynı şekilde hemşirelerin ölüme karşı tutumları da bakım vermeyi etkiler. (1,5)

Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin yaşamın sonundaki hastaya bakım verme tutumlarının sıklıkla olumsuz olduğu görülmüştür. Bu durum, hemşirelik eğitiminde yaşatmanın öneminin vurgulanması kadar palyatif bakım ve ölüme ilgili eğitim gereksiniminin de ne derece gerekli olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada kadın öğrencilerin erkeklere göre daha çok ölüm kaygısı yaşadığı ve ölüm kaygısı yüksek olan öğrencilerin ölmekte olan hastaya bakım vermektense daha çok kaçındıkları görülmüştür (5). Hemşirelerde yapılan benzer bir araştırmada hemşirelerin %82,5'inin ölmekte olan hastaya bakmak istemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %63'ünün ölüme ilgili eğitim aldığı ancak sadece %10'unun bu eğitimi yeterli bulduğu görülmüştür (2).

Ölüme yakın hastaların bakımında önemli rolü olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının, sunulan bakımın niteliği açısından belirleyici olması bu konunun araştırılmasını önemli kılmaktadır. Bu araştırma hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının incelenmesi ile elde edilen bulgular ışığında hemşirelerin bu konudaki eğitim gereksinimlerinin saptanması ve hem yaşamın sonundaki hastaların hem de hemşirelerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma Mayıs-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışmakta olan 730 ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan 700 olmak üzere toplam 1430 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

OpenEpi programı aracılığıyla evreni bilinenlerde minimum örneklem büyüklüğü hesaplama yöntemiyle hesaplanmış ve %95 güven aralığı ile 303 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 150 ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden 150 olmak üzere toplam 300 hemşireyle yapılması amaçlanmıştır. Her bir hastaneden 131 olmak üzere toplam 262 hemşireye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

1.Tanımlayıcı Bilgi Formu

Literatürdeki kaynaklardan yararlanılarak oluşturulan form, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki deneyimlerle ilgili özelliklerini (çalışma yeri, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı, aile yapısı, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, çalıştığı anabilim dalı, çalıştığı birim, çalışma biçimi, çalışma süresi, iş memnuniyeti, ölümle ilgili eğitim alma durumu, ölüm eğitimini nerede aldığı, ölüm eğitiminden memnuniyet, 1.dereceden yakın kaybetme durumu, kronik hastalık durumu, kronik hastalık türü) içeren 21 sorudan oluşmaktadır.

2.Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendiren Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Wong ve arkadaşları(6) tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması Işık ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmış olup iç tutarlılık Cronbach α katsayısı .81 olarak bulunmuştur. Ölçek ölüm korkusu, ölümden sakınma, ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşımı kabullenme ve kaçışı kabullenme olmak üzere beş boyuttan oluşur. 7'li Likert tipindeki ölçek toplam 26 maddeden oluşmaktadır. 1-Kesinlikle katılmıyorum ve 7-Kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanır. Ölçekten alınan toplan puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği anlamı taşır. (7)

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma hakkında hemşirelere ön bilgilendirme yapılmış ve sadece gönüllü olan hemşirelere anket yapılmıştır. Çalışma için İnönü Üniversitesi Etik Kurul onayı alınmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Ölçekten alınan puanın normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-smirnov testiyle yapılmış, ölçek toplam puanı normal

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

dağılıma uyduğundan ikili karşılaştırmalarda t testi, ikiden fazla değişkenlerde varyans analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $33,49 \pm 7,46$ yıldır. %79,4'ü kadın, %20,6'sı erkektir. Hemşirelerin %50'si Ankara Üniversitesi, %50'si İnönü Üniversitesi'nde çalışmaktadır. %61,1'i evli, %32,8'i bekar ve %6,1'i duldur. %50,2'sinin çocuğu yoktur. Hemşirelerin %89,3'ü çekirdek ailede yaşamakta, %5'inin ailesi geniş, %3,4'ü parçalanmış yapıdadır. En uzun süre yaşadığı yerler %70,8'inde il, %19,2'sinde metropol, %5,8'i ilçe ve %4,2'sinde köydür. %71,5'i gelirinin giderini karşıladığını belirtmiştir. Hemşirelerin %23,2'sinin kronik bir hastalığı vardır.

Hemşirelerin çoğu (%85,1) lisans mezunudur. %5,3'ü lise ve ön lisans, %9,5'i yüksek lisans mezunudur. %46,9'u klinikte, %43,1'i yoğun bakımda, %4,6'sı poliklinikte ve %5,3'ü diğer birimlerde çalışmaktadır. %65,8'i gündüz + nöbet, %29,6'sı sadece gündüz ve %4,7'si sadece nöbet şeklinde çalışmaktadır. %64,8'i işinden memnun olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan 262 hemşirenin 25'i (%9,5) çocuk sağlığı ve hastalıkları, 24'ü (%9,2) göğüs hastalıkları, 10'u (%3,8) kardiyoloji bölümlerinde, 84'ü (%32,1) cerrahi bölümlerde (kalp-damar, plastik, kadın hastalıkları ve doğum, anestezi, genel cerrahi), 38'i (%14,5) yoğun bakımlarda, 9'u %3,4) erişkin acil servisinde, 40'ı (%15,2) hematoloji-onkoloji bölümlerinde ve 32'si (%12,2) diğer bölümlerde (FTR, gastroenteroloji, psikiyatri) çalışmaktadır.

Hemşirelerin %55,2'si ölüm konusunda bir eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim alanların %81,8'i bu eğitimi lisans düzeyinde almıştır. Ölüm eğitimi alan hemşirelerin %20'si tamamen, %67,6'sı kısmen bu eğitimi yeterli bulmuş; %12,4'ü yeterli bulmamıştır.

Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nden (ÖKTÖ) aldıkları puan kadınlarda ortalama $136,39 \pm 19,5$; erkeklerde ise $127,86 \pm 26,4$ bulunmuştur. Cinsiyete göre ÖKTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.009$).

Ankara Üniversitesinde çalışan hemşirelerde ÖKTÖ toplam puanı ortalama $136,46 \pm 19,2$, İnönü Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerde $133,50 \pm 23,0$ olup çalışılan hastaneye göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.294$).

Yaş gruplarına göre ÖKTÖ toplam puanı incelendiğinde 25 yaş ve altı grupta ortalama puan $139,26 \pm 26,7$; 26-34 yaş grubunda $132,96 \pm 20,4$; 35-44 yaş grubunda $134,69 \pm 22,7$;

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

45 yaş üzeri grupta $139,68 \pm 18,1$ 'dir. Yaş gruplarına göre toplam puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,377$).

Evlilerde ÖKTÖ puanı ortalama $134,3 \pm 21,7$; bekarlarda $134,4 \pm 20,1$ ve dul ya da boşanmış olanlarda $142,3 \pm 25,8$ 'dir. Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır $p = (0,432)$. Çocuğu olmayanlarda $133,8 \pm 22,6$; çocuğu olanlarda $135,8 \pm 20,2$ 'dir ($p = 0,49$). Çekirdek aile olarak yaşayanlarda $134,37 \pm 20,8$; geniş ailelerde $135,41 \pm 26,6$; parçalanmış ailelerde $128,28 \pm 19,4$ ve yalnız yaşayanlarda $156,66 \pm 27,01$ 'dir. Aile yapısına göre farklar istatistiksel açıdan anlamlılık sınırındadır ($p = 0,072$).

En uzun yaşadığı yer metropol olanlarda ÖKTÖ puanı ortalama $137,1 \pm 21,3$; il olanlarda $134,7 \pm 20,6$; ilçe olanlarda $140,0 \pm 14,3$; köy olanlarda $124,7 \pm 35,9$ 'dur ($p = 0,293$). Çalışma süresine göre ÖKTÖ puanları 2 yıl ve altı, 2-5 yıl, 5-10 yıl, 10-20 yıl, 20 yıl ve üzeri çalışanlarda sırasıyla $136,3 \pm 23,2$; $135,0 \pm 17,8$; $132,5 \pm 22,7$; $131,4 \pm 19,02$ ve $142,8 \pm 25,8$ 'dir ($p = 0,181$).

Lisans ve ön lisans mezunlarında ÖKTÖ toplam puanı ortalama $125,2 \pm 15,4$; lisans mezunlarında $135,5 \pm 21,7$ ve yüksek lisans mezunlarında $133,4 \pm 21,0$ 'dir. Eğitim durumuna göre ÖKTÖ puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,293$). Son 1 ayda yakın kaybı olanlarda $133,5 \pm 25,7$; yakın kaybı olmayanlarda $135,5 \pm 18,5$ 'tir ($p = 0,536$).

Gelir durumuna göre ÖKTÖ puanı geliri giderini karşılayanlarda $135,2 \pm 22,3$; geliri giderini karşılamayanlarda $134,6 \pm 19,0$ 'dir ($p = 0,833$). Sadece gündüz çalışanlarda $139,1 \pm 21,3$; sadece nöbetle çalışanlarda $134,8 \pm 12,1$; hem gündüz hem nöbetle çalışanlarda $132,9 \pm 21,7$ 'dir ($p = 0,154$).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışan hemşirelerde ÖKTÖ toplam puanı ortalama $131,2 \pm 19,7$; göğüs hastalıklarında $132,9 \pm 26,6$; kardiyolojide $132,4 \pm 15,9$; cerrahi bölümlerde (kalp-damar, plastik, kadın hastalıkları ve doğum, anestezi, genel cerrahi) $135,6 \pm 23,6$; yoğun bakımlarda $140,7 \pm 21,2$; acil bölümünde $141,2 \pm 11,8$; hematoloji-onkoloji bölümlerinde $136,1 \pm 17,1$ ve diğer bölümlerde (FTR, gastroenteroloji, psikiyatri) $127,3 \pm 19,2$ 'dir. Bölümlere göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamakla birlikte ($p = 0,274$) ÖKTÖ puanları en düşük olan hemşireler FTR, gastroenteroloji, psikiyatri bölümlerinde çalışanlar, en yüksek puan alanlar ise yoğun bakım ve acil bölümünde çalışan hemşirelerdir.

Poliklinikte çalışanlarda ÖKTÖ puanı ortalama $143,1 \pm 19,6$; klinik serviste çalışanlarda $133,7 \pm 20,6$; yoğun bakımda çalışanlarda $135,7 \pm 22,1$ ve diğer birimlerde (gündüz bakım gibi) çalışanlarda $126,8 \pm 23,3$ 'tür ($p = 0,336$). İşinden memnun olanlarda

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

135,0 ± 20,5; memnun olmayanlarda 134,0 ± 22,7'dir (p = 0,84). Kronik hastalığı olanlarda 132,5 ± 25,0; olmayanlarda 135,2 ± 20,3'tür (p = 0,342).

Ölüm eğitimi alanlarda ÖKTÖ puanı ortalamaa 136,0 ± 19,2; eğitim almayanlarda 133,0 ± 23,9'dur (p = 0,113). Ölüm korkusu alt ölçeğinden alınan puanlar ise kadınlarda 19,3 ± 6,3; erkeklerde 19,4 ± 7,5'tir (p = 0,928). Çocuğu olanlarda 32,9 ± 11,0; olmayanlarda 20,9 ± 10,0'dır (p = 0,114). Ölüm eğitimi alanlarda ise ölüm korkusu alt ölçeğinden alınan puanlar 32,4 ± 10,9; eğitim almayanlarda 31,3 ± 10,1'dir (p = 0,43).

Evli olanlarda ölüm korkusu daha düşük bulunurken (18,8 ± 6,36); bekarlarda 19,6 ± 6,61; dul ya da boşanmış olanlarda 22,9 ± 7,33'tür. Farklar istatistiksel anlamlılık sınırındadır (p = 0,06). Çekirdek aile tipinde yaşayanlarda 19,2 ± 6,46; geniş ailede yaşayanlarda 19,5 ± 6,51; parçalanmış aile tipinde 21,0 ± 8,0; yalnız yaşayanlarda ise 23,8 ± 6,70'tir (p = 0,321).

Ölçeğin ölüm korkusu alt boyutundan alınan puan çalışılan bölümlere göre anlamlı olarak farklı çıkmıştır (p = 0,008). Acil (23,4 ± 5,68) ve yoğun bakım (21,2 ± 5,67) bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur. Diğer bölümlerde cerrahi bölümler için 20,1 ± 6,78; göğüs hastalıklarında 20,4 ± 6,13; kardiyolojide 19,3 ± 5,24; çocuk hastalıklarında 18,0 ± 6,58; hemato-onkolojide 17,9 ± 7,17 ve diğer bölümlerde (FTR, gastroenteroloji, psikiyatri) 16,2 ± 5,54'tür.

TARTIŞMA

Bulgulardan yola çıkarak kadın hemşirelerin ve yalnız yaşayanların ölüme karşı daha çok olumsuz tutum gösterdiği söylenebilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25 yaş ve altında ve 45 yaş ve üzerinde olumsuz tutumların daha sık olduğu görülmektedir. Daha önceki benzer çalışmalarda yaşla ölüme karşı tutum arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (8–10). Genç yaştaki hemşirelerin daha olumsuz tutumları olduğuna dair bulguları olan çalışmalar da mevcuttur (7,11).

Evli olan hemşirelerin bekar veya dul olanlara göre ölüme karşı daha olumlu tutum gösterdiği görülmektedir. Bu bulgu önceki çalışmalarla çelişmektedir (8,9). Evli olan hemşirelerin ruhsal sağlıklarının daha olumlu olduğu, bunun ölüme karşı tutumları da etkilediği veya katılımcıların bireysel özelliklerinin belirleyici olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda diğer sosyo-demografik özelliklerin ölüme karşı tutuma etkisi gözlenmemiştir.

Katılımcıların %55'inin ölümle ilgili eğitim aldığı görülmektedir. Bu oranlar daha önceki çalışmalara göre oldukça yüksektir (2,12). İnci ve Öz çalışmalarında hemşirelerde ölüme yönelik eğitimin ölüme karşı olumsuz tutumları azalttığı yönünde bulgular elde etmiştir

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

(13). Ancak çalışmamızda ölüme ilgili eğitim almış olmanın ölüme karşı tutumlara anlamlı etkisi görülmemiştir. Bu da alınan eğitimin niteliğini sorgulamaya yol açmaktadır. Katılımcıların çoğu ölüm eğitimi aldığını belirtse de bu eğitimin kapsamı ve niteliği net olarak bilinmemektedir.

Ölçeğin ölüm korkusu alt ölçeğinde daha belirgin olmak üzere yoğun bakımlarda ve acil servislerde çalışan hemşirelerin ölüme karşı daha olumsuz tutum gösterdiği görülmektedir. Başka bir çalışmada acil serviste ve cerrahi birimlerde çalışanların daha çok ölüm kaygısı yaşadığı bildirilmiştir (14). Ölümle daha sık karşılaşan hemşirelerin daha çok ölüm kaygısı yaşadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (15,16). Yoğun bakım ve acil bölümlerinde hem ölüme sık karşılaşılması hem de hemşirelerin ölüme karşı daha olumsuz tutumlar geliştirmesi, bu bölümlerde çalışanların ölüme yönelik ne denli ihtiyaç duyduklarını özetler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada kadın, genç ve ileri yaştaki hemşirelerde, yalnız yaşayanlarda, yoğun bakımlarda ve acilde çalışan hemşirelerde ölüme karşı daha olumsuz bir tutum saptanmıştır. İki üniversitede çalışan hemşireler arasında fark yoktur. Acil ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur.

Ölüme ilgili alınan eğitimlerin ölüme karşı tutumlara katkı sağlamakta yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu bağlamda hemşirelere yönelik, kapsamlı ve nitelikli bir ölüm eğitiminin düzenlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle acil ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerde, ölüme yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ay F. Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu. Yoğun Bakım Hemşireleri Derg. 2001;5(1):44–7.
2. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2015;2 (2):41–6.
3. Sucaklı MH. Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. Turkish J Fam Med Prim Care. 2013;7 (3):52–7.
4. Karadağ E. Do Perceptions of Spiritual Care Affect Attitudes Towards Care for Dying Patients in a Group of Turkish Nursing Students? J Relig Health. 2019; Erişim: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00815-9>
5. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatr Hemşireliği Derg.* 2016;7 (3):135–41.
6. Wong P, Reker G, G. Gesser and. The Death Attitude Profile Revised: A multidimensional measure of attitudes towards death. *İçinde 1994. s. 121–48.*
 7. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg.* 2009;2:29–30.
 8. Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2013.*
 9. Çevik B. Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü, Ankara. 2010;*
 10. Kara N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü, İstanbul.*
 11. Benli SS, Yıldırım A. Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüm Karşı Tutum Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;6 (4):167–79.
 12. Menekli T, FADILIOĞLU Ç. Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *C. 17, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. Atatürk Üniversitesi; 2014. s. 0-*
 13. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölümüne ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2009;10(4):253–60.
 14. Taka F. Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
 15. Başer G, Yiğit R. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadığı duygular. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Derg.* 1996;13:209–15.
 16. Özdemir K. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 2014.*

S-154 YAŞAM SONU BAKIM ETİĞİ**END-OF-LIFE CARE ETHICS****Asuman Şener¹, Zeliha Koç²**¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun/ Türkiye²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye**Özet**

Palyatif bakımın bir evresi olan yaşam sonu bakımda; hasta, aile ve sağlık bakım profesyonelleri birçok etik sorunla karşılaşmaktadır. Yaşam sonu bakımın etik konularını; beyin ölümü, organ ve doku bağışı, postmortem prosedürler, otopsi, yaşam sonu desteğin durdurulması ve ötenazi gibi konular oluşturmaktadır. Hastaların yaşam sonu desteğinin geri çekilmesi kararı bazen sadece yaşadığı ülkenin bu konudaki yaklaşımı, kültürü ve dini inançlarından kaynaklanabilmektedir. Bir başka hastanın ise ölümüne kadar olan sürecinde acı çekmesine izin verilip verilmeyeceği ya da hastanın acısını azaltmak için gereken çabanın gösterilip gösterilmeyeceği konusunda ise birçok etik ikilem yaşanabilmektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonelleri etik bir sorunla karşılaştığında, etik ikilemleri yönetebilmeli, hasta haklarını savunabilmeli, hastaya zarar vermeden yarar sağlayabilmeli ve onların kararlarına saygı gösteren etik bir duyarlılığa sahip olabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: etik, palyatif bakım, yaşam sonu bakım,**Abstract**

In end-of-life care, a stage of palliative care, the patient, family and health care professionals face several ethical problems. The ethical issues of end-of-life care consist of brain death, organ and tissue donation, postmortem procedures, autopsy, ending end-of-life support and euthanasia. The decision to withdraw patients' end-of-life support can sometimes only result from the country's approach, culture and religious beliefs about this. On the other hand, many ethical dilemmas about whether or not to allow another patient to suffer until his or her death or whether or not to exert the necessary effort to reduce the patient's pain can be faced. Accordingly, when health care professionals face an ethical problem, they should be able to manage ethical dilemmas, defend patient rights, provide benefit to the patient without harming, and have an ethical sensitivity that respects their decisions.

Key Word: end-of-life care, ethic, palliative care

GİRİŞ

Etik, insanların bireysel veya toplu olarak gerçekleştirdiği eylemlerin doğru yada yanlış olduğuna ve birinin birşeyler yapması gerekip gerekmediğine yada bir şeyler yapma hakkına sahip olup olmadığına karar vermesi sürecine dayanmaktadır. Ayrıca etik; doğru, yanlış, iyi, kötü, yükümlülük ve görev gibi kavramları da içinde barındırmaktadır (Bompont ve ark., 2018). Yaşamın sonuna yaklaşıldığında hastalar, aileler ve sağlık bakım profesyonelleri bazı etik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Childress, 2008). Yaşam sonu bakım ile ilgili etik problemler, hastaya resüsitasyon uygulamama yada trakeostomi veya beslenme tüpü yerleştirilmesi gibi yaşam sonu bakıma ilişkin birçok girişim ve uygulamayı içerebilmektedir. Yaşam sonu bakım ile ilgili etik problemler genellikle kültür, din ve deneyim gibi faktörlerin etkisi altında kalmaktadır. Aynı zamanda yaşam sonu bakım ile ilgili konular karmaşık olduğu için; hastanın defini, mali işlemler, ziyaret saatlerinin düzenlenmesi ve yaşam sonu canlandırma işlemi gibi durumları da kapsayabilmektedir (White ve ark., 2018).

Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleri ile karşılaştırıldığında hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri olduğu için hastanın bakım hedeflerini en iyi anlayabilme fırsatına sahiptirler. Yaşam sonu ile ilgili birçok konu hemşirelerin bakım hedefleri içerisinde yer almaktadır. Hemşireler aynı zamanda yaşam sonu bakımda, tedaviyi sonlandırma zamanı geldiğinde hasta ve ailesine en çok yardımcı olabilecek sağlık profesyonelleridir (Murphy ve ark., 2001). Çünkü hemşirelerin hastaya bakım verdiği sürenin uzun olması, hasta ve aileleri ile iletişimlerinin daha iyi olmasına zemin hazırlamaktadır. Aynı zamanda bu durum hasta ihtiyaçlarının karşılanmasında ve tedavi ile ilgili başarısızlıklarının erken dönemde tespit edilebilmesinde oldukça önemlidir (White ve ark., 2018). Hemşireler yaşam sonu bakımda; ileri bakım planlaması dahil olmak üzere, dökümantasyon, bilgi paylaşımı, karar verme, ağrı ve semptom giderme, ölüm anını bildirme ve yaşam sonrası hasta ailesine destek olma gibi birçok rol ve sorumluluğa sahiptir. Mesleki etik ilkeler doğrultusunda hasta haklarının korunmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında da hemşireler önemli roller üstlenirler. Etik çalışma prensibi başlığı altında hemşirelerin etik ilke, rol ve sorumlulukları; hastanın onurunu koruma, otonomi, zarar vermeme ve yararlılık, ağrı ve acıyı dindirme, insani ve kaliteli bakım sunma, adalet ve eşitlik, sır saklama, mahremiyet, hasta onurunu koruma ve destekleyici bakımı kapsamaktadır (Aksakal, 2018). Hemşirelik uygulamalarında sürekli öğrenme ve yeterliliğin devam ettirilebilmesi için,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hemşirelerin her zaman hesap verebilir olabilmesi, kişisel sorumluluğunu alabilmesi son derece önemlidir (ICN, 2019). Etik bir ikilemin çözümünde; hemşirelerin mesleki yeterlilik düzeyi ile etik kaygı düzeyi önemli rol oynamaktadır (Bompoint ve ark., 2018). Yaşamı sürdürücü tedavilerle hastanın konforuna odaklanmak her zaman çok doğru bir yaklaşım olmamakla birlikte, sağlık profesyonellerini destekleyici standart protokoller oluşturulmasının kaliteli bakım sunumunu destekleyeceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda otonomi, zarar vermeme ve yardım etme gibi etik ilkelerin bu sürece rehberlik etmesi önemlidir (Jain ve Phutke, 2017).

Günümüzde sağlık bakım sistemleri, hasta ve yakınlarını tedaviye karar verme konusunda karar verici olarak kabul etmesine karşın, yaşam sonu bakımda çoğu zaman hasta ve yakınları etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Karnik ve Kaneker, 2016). Yaşam sonu bakımda hasta ve yakınına bilginin nasıl, ne zaman, ne sıklıkla ve kim tarafından verileceğinin belirlenmesi ile ilgili bilgi yönetimi oldukça önemlidir. Sağlık bakım profesyonelleri yaşam sonu bakımda hasta ve yakınından gelen tüm soruları etik boyutta değerlendirerek cevap vermelidir (Akın Korhan ve Üstün, 2017). Hasta ve ailelerine korkularını, umutlarını, endişelerini ve bakım tercihlerini ifade edebilmeleri için fırsat verilmelidir. Resüsitasyon, solunum cihazına bağlama, ilaç uygulaması vb. konulara ilişkin tercihleri dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda ileri direktifler ile ilgili bir form hazırlanarak hasta ve ailesine bu form imzalatılmalıdır (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

Literatürde yaşam sonunda hastalara beslenme ve hidrasyon desteği verme/vermeme konusunda da bazı sağlık profesyonellerinin etik ikilemler yaşadıkları bildirilmektedir. Bazı sağlık profesyonelleri bu uygulamaların hastaya yarar sağlamadığını buna karşın komplikasyonlara neden olduğunu ifade etmektedir. Diğer yandan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu ise hastanın onurunun her koşulda korunması için beslenme ve sıvı tedavisine devam edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca hidrasyon yönetimi de tartışılan diğer bir konudur. Ülkemizde hastanın bilgisi dahilinde olsa da ya da hasta onam versede etik ve hukuki açıdan tedavi, sıvı ya da beslenme desteğinin geri çekilmesi yada durdurulması söz konusu değildir. Bu doğrultuda yaşam sonu bakım süreci her zaman hasta adına özgür karar alınabileceği anlamına gelmemektedir. Bu aşamada hasta ve yakınının bilgilendirilmesi önemlidir. Çünkü hasta ve yakınlarının olasılıklar hakkında bilgilendirilmesi hastanın otonomisini destekleyen önemli bir unsurdur (Akın Korhan ve Üstün, 2017). Bununla birlikte hemşirelerin deneyimsizliği ve ihmali veya klinik araştırmalar nedeniyle hastaların zarar

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

görmesi önlenmelidir. Bu doğrultuda hemşirelik uygulamalarına ilişkin riskler en aza indirgenmelidir. Sağlık bakım profesyonelleri, hasta güvenliğini sağlayarak bu konuda gerekli önlemleri almalıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda hemşirelik bakımı sunarken aynı zamanda hasta kayıtlarının gizliliğine de önem vermelidir. Hastanın bakım ve tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan bireylerin hasta kayıtlarına ulaşmaları engellenmelidir. Bu nedenle hastanın kendisi ya da ailesi ile ilgili paylaştığı bilgileri hastasının rızası olmadan başka bireylerle paylaşmamalıdır. Hemşireler acil durumda hastasına gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. Bedensel bütünlüğüne yönelik uygulamalarda hastadan sözlü ya da yazılı rızasını almalıdır. Hasta karar veremeyecek durumda olduğunda ise hasta yakınlarının onayına başvurulmalıdır. Aynı zamanda hemşireler hasta ve yakınlarını sunduğu bakım hakkında bilgilendirmelidir (Şentürk, 2013).

Hastanın otonomisine saygı gösterilmesi ve hastanın kendi kaderini kendisinin tayin etme hakkının modern sağlık hizmeti sunumuna egemen olması önemlidir (Davis 2004). Örneğin kendi kendine karar veremeyen bir hasta adına karar vermek, özellikle kardiyopulmoner destek sağlanan, tıbbi olarak kompleks, yüksek riskli ve maliyetli bir müdahale olan venoarterial ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (VA-ECMO) uygulaması gerektiğinde hasta adına oldukça karmaşık bir hal alabilmektedir. Hasta yakını gibi bir vekil ya da ileri bir yönergenin olmaması durumunda klinik ekip bu hastalar için karar vermek zorunda kalabilmektedir. Özellikle yaşam sonunda, klinisyenlerin alabilecekleri kararların farklılık göstermesi nedeniyle yasal durumda oldukça karmaşık hal alabilmektedir. Böyle bir durumda hazırlıksız olan hastalar için kompleks kararlar vermek hem klinik hem de etik anlamda pek çok zorluğu beraberinde getirmektedir (Meltzer ve ark., 2019). Bazı toplumlarda yetişkinlerin yaşamı sürdürme, tedavisini reddetme hakları hem yasal hem de etikdir. Bazı toplumlarda ise mekanik dolaşım desteğinin kesilmesi, hastanın doğal ölümüne izin verme olarak kabul edilebilmektedir. Desteğin geri çekilme amacının ölümü hızlandırmaması ise, etik olarak izin verilen bir durum olmuştur. Hastaların tercihlerinin önceden planlanması günümüzde oldukça tartışılan bir durumdur (Weinland ve Levenson 2019). Yanlış ölüm nedeniyle dava açılan doktorlar, yaşamı sürdürücü tedaviyi durdurma veya geri çekme ile ilgili karar verme sürecinde de kaygı yaşamaktadır (Asai ve ark., 1998). Bununla birlikte, bu kurallar yasal olarak bağlayıcı olmadığından ve yasal koruma sağlamadığından, günümüzde de bu konularda halen net bir adımın atılmadığı görülmektedir (Inoue, 2012); Bu nedenle, sağlık profesyonelleri bakım ve tedaviyi durdurma konusunda isteksiz olmaya devam

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

etmektedir. Örneğin kritik hastalara yönelik yaşamı sürdürme desteği, tıbbi olarak boşuna olduğu düşünülse bile, halen Japonya'da rutin olarak uygulanmaktadır. Bazı ülkelerde ise yaşam sonu bakım tartışmalarının halk ve medya tarafından engellenme eğiliminde olduğu görülmektedir. Yaşamı sürdürme desteğini sınırlamak ise son derece hassas bir konudur. Etik bir danışma sistemi oluşturmanın, ailelerin haklarını korumanın, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş yükünü azaltmanın ve objektif tıbbi yarar sağlamanın acil ihtiyaçlar olduğu görülmektedir (Shimizu, 2007). Belirsizliklere, korkulara ve endişelere neden olan durumlarla başa çıkabilmek için hemşirelerin kişisel ve meslek etiği ile hasta otonomisi arasında bir denge sağlamaları gerektiği düşünülmektedir (Harvath ve ark., 2008). Akademik yazında hemşirelerin yararı olmadığı düşünülen bakım ve tedavi uygulamalarında etik ikilem yaşadıklarını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Meltzer ve Huckabay, 2004; Palda ve ark. 2005; Özden ve ark., 2012; Neville ve ark., 2015; Eşer ve ark., 2018).

Geri dönüşü olmayan organ yetmezliğindeki hastaların bakımının önemli aşamasını oluşturan palyatif bakımda kalp durması ve major inme sonrası ciddi beyin hasarı olan hastalarda sıklıkla organ bağıışı kavramının ortaya çıktığı görülmektedir. Palyatif bakımın rolü; yaşam kalitesini iyileştirmek, semptomları azaltmak ve hastaların beklenti ve istekleri doğrultusunda uygun bakımı sunmaktır. Bu yaşam sonu seçeneği hasta yakınlarına geri dönüşü olmayan son dönem organ hasarı olan durumlarda önerilmesi gereken bir husustur (Serri ve Marsolais, 2017). Amerikan Kalp Birliği kılavuzunda “resüsitasyon sonrası dönen hastalarda daha sonra ölüm ya da beyin ölümü olasılığı olduğunda, organ bağıışının değerlendirilmesi gerektiği önemle vurgulanmaktadır (Callaway ve ark., 2015). Beyin ölümü kavramının ortaya çıkmasından bu yana, nörolojik kriterler neredeyse evrensel olarak ölümün belirlenmesinde standart olarak kabul edilmiştir (Bos 2005). Organ nakli şu anda son evre organ yetmezliğini tedavi etmek için altın standarttır ve organ yetmezliği, aşılması gereken önemli sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Donör havuzunu genişletmek için stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Manara ve ark., 2012). Son zamanlarda organ bağıışı sayısında önemli bir artışın olmadığı görülmektedir. Birçok ülkede organ bağıışına verilen hasta onayı yeterli olmamakta aynı zamanda aile onayında gerekliliği aranmaktadır. Bu süreçte ailenin ikna edilmesi önem kazanmakla birlikte bu durumun organ bağıışı sayısının artmasına engel oluşturduğu düşünülmektedir. Transplantasyon sürecinde hastanın tedavisi sonlandırılmadan ve organ/organlar alınmadan önce aile üyesinin onayı alınır. Etik ikilem yaşanmaması içinde hem cerrah, hem transplante edilecek kişi hem de hasta

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yakını bakımın sonlandırılması ya da ölüm kararı verilmesi aşamalarının hiçbirinde yer almaz (Koşargelir ve Kolcu, 2019). Aynı zamanda potansiyel organ bağışçılarının yas tutan ailesine özen gösterilmesi, hassasiyet ve beceri gerektirmektedir. Kritik bakım sürecinde mesleki bilgi ve anlayış, etkili ekip çalışması, uygun iletişim, aile ve personel desteği oldukça önemlidir (Walker ve Magi Sque, 2019). Hemşireler hastanın beyin ölümü tanısı alması, donör olacak hastaya bakım sunması ve ailesine psikososyal destek sağlaması aşamalarında oldukça önemli roller üstlenirler. Aynı zamanda hemşirelerin organ bağışı hakkında halkın farkındalığını artırma, bu konu hakkında eğitim ve danışmanlık yapma gibi mesleki sorumlulukları da bulunmaktadır (Arslan ve ark., 2016).

Yaşam sonu bakımda tedaviye direnç gösteren semptomların varlığında hastaya palyatif sedasyon uygulanabilmektedir. Yaşam sonunda yaşanan acının azaltılabilmesi için palyatif sedasyon uygulaması yapılabilir. Bu nedenle hastanın medikal durumu değerlendirilmeli, hasta ve yakınından onam alındıktan sonra bu uygulama gerçekleştirilmelidir. Burada yardımcı ötenazi ile palyatif sedasyonun bazen karıştırıldığı görülmektedir (Düzgün, 2018). Ötenazi ise hastanın tam ve bilgilendirilmiş onamı doğrultusunda, bilinçli olarak hastanın ölümüne neden olacak tedavinin uygulanmasıdır. Yaşam sonu bakım hastalarının, şiddeti gittikçe artan ağrıyı deneyimlemesi, başkalarına olan bağımlılıklarının artması ve acı çekmekten korkma gibi nedenlerle ötenazi talep ettikleri bildirilmektedir (Akın Korhan ve Üstün, 2017).

Ülkemizde ötenazi yasal olmamakla birlikte, Hollanda, Avustralya ve Kolombiya gibi ülkelerde yasaldir. Hemşireler ötenazinin yasal olduğu ülkelerde eşsiz ve önemli bir role sahiptir. Hekimlerle karşılaştırıldığında, hemşirelerin hastayla daha fazla vakit geçirmeleri ve hastaların sıkıntılarını hafifletmeye çalışmaları nedeniyle hastaların yaşam sonu bakım uygulamalarına daha fazla katıldıkları düşünülmektedir. Örneğin Belçika ötanazi yasasına göre, bir doktor ötenazi eylemini gerçekleştirmeden önce doğrudan hasta bakımı ile ilgilenen hemşirelik ekibine danışmaktadır (Terkamo-Moisio ve ark., 2017).

Yaşam sonu bakımda dikkat edilmesi gereken bir diğer etik konu ise yaşamı yeni sonlanan hastalar üzerinde sağlık bakım profesyonellerinin postmortem prosedürler adı altında endotrakeal entübasyon, krikotirotomi, santral kateter yerleşimi gibi becerileri uygulamasıdır. Bu aşamada hastanın ve yakınlarının isteklerinin göz önünde bulundurulması son derece önemlidir. Diğer yandan aileden onam alınması dikkat edilmesi gereken oldukça önemli bir konudur (Şener ve Çınarlı, 2019).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç olarak yaşam sonu bakımda etik sorunlarla karşılaşılacağı kaçınılmazdır. Burada önemli olan genel tıp etiği ilkelerine uygun hareket edilerek hasta bütünlüğünün korunması, hastaya zarar vermeden hastanın iyiliği için en iyi olana karar verilmesi, bulunulan ülkenin konuyla ilgili mevzuat ve kanununa göre hareket edilmesi, hasta ve yakınlarına anlayabileceği bilginin verilmesi, yanıltma ve yönlendirme gibi davranışlardan kaçınılması, gerçeğin ne kadarının, nasıl ve ne şekilde söylenmesi gerektiğinin hastanın sosyokültürel yapısına uygun olarak belirlenmesi, hastanın prognozu etkin bir şekilde değerlendirilerek tedaviyi sonlandırma ve tedaviyi durdurma kararının doğru verilmesi, ağrı yönetiminde palyatif sedasyon kullanımında çift etkiye dikkat edilmesi, beslenme ve hidrasyonun en uygun şekilde sağlanması, tıbbi kayıtların özenle tutulması, hastaya ait bilgilerin saklanması gibi birçok konuda etik unsurların tıbbi bakım hakkı ile entegrasyonunun yaşam sonu bakımda oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (Akın Korhan ve Üstün, 2017).

KAYNAKLAR

- Akın Korhan E. Üstün Ç. Palyatif bakım ve etik. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 95-128.
- Aksakal H. Palyatif bakım hemşireliği. Aksakal H, Kahveci K, Koç O. Editörler. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. 1.Baskı, Ankara. Akademisyen Kitapevi. 2018; 20.
- Arslan A, Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Samsun Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin beyin ölümü ve organ bağışına yönelik bilgi ve tutumlarına eğitimin etkisi.Organ, 2016; 90(18), 83-3.
- Asai A, Miura Y, Tanabe N, Fukuhara S, Kurihara M. Advance directives and other medical decisions concerning the end of life in cancer patients in Japan. Eur. J. Cancer. 1998; 4: 582-6.
- Bompoint C, Castagna A, Hutt D, Leather A, Stenvall M, Schröder T, Arjona ET, Boxtel TV. Transplant Preparation. Kenyon M, Babic B, ed(s). The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses. ISBN 978-3-319-50025-6 ISBN 978-3-319-50026-3 (eBook) 2018: 45-70.
- Bos M. Ethical and legal issues in non-heart-beating organ donation. Transplant Proc 2005; 37: 574
- Callaway CW, Soar J, Aibiki M, Böttiger BW, Brooks SC, Deakin CD, Morrison LJ. (2015). Part 4: advanced life support: 2015 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Circulation, 132(16_suppl_1), S84-S145.
- Callaway CW, Soar J, Aibiki M, et al. Part 4: advanced life support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation 2015;132(suppl 1):S84-145.
- Childress S. Ethics at the end of life. Home Health Care Manag Pract 2008; 20: 414-417.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Davis JK. Precedent autonomy and subsequent consent. *Ethical Theory Moral Pract.* 2004; 7: 267–91.
- Düzgün G. Ağrı Yönetimi. Aksakal H, Kahveci K, Koç O. Editörler. *Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı*. 1.Baskı, Ankara. Akademisyen Kitapevi. 2018; 32
- Eşer İ, Çetin P, Orkun N. Yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018; 34(1):79-90.
- Fadiloğlu Ç, Hançerlioğlu S. Yaşam sonu bakım ve ölüm. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, *Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım*, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 701-726.
- Harvath T, Miller L, Smith K, Clark L, Jackson A, Ganzini L. Dilemmas encountered by HospiceWorkers when patients wish to hasten death. *J Hosp Palliat Nurs.* 2006; 8: 200–9.
- International Council of Nurses. Code of Ethics, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf (Erişim Tarihi, 19.07.2019)
- Inoue K. Law and end-of-life care. *Intensivist.* 2012; 4: 29-34.
- Jain Y, Phutke G. Issues in access to end-of-life care in low-resource areas. *Indian journal of medical ethics.* 2017; 3(1): 55-59
- Karnik S, Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare.* 2016; 4, 24; doi:10.3390/healthcare4020024.
- Koşargelir M, Kolcu M. Doku ve Organ Bağışı. Duran, L. Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması 1.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 155-163.
- Manara AR, Murphy PG, O'Callaghan G. Donation after circulatory death. *Br J Anaesth* 2012;108:i108e21.
- Meltzer S, Huckabay M. Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *AJCC.* 2004; 13(3):202-208.
- Meltzer EC, Ivascu NS, Edwin MK, Ingall TJ. Should long-term life-sustaining care be started in emergency settings? *AMA journal of ethics,* 2019; 21(5): 401-406.
- Murphy PA, Price DM, Stevens M, Lynn J, Kathryn E. Under the radar: contributions of the support nurses. *Nurs Outlook* 2001; 49: 238–42.
- Neville TH, Wiley JF, Yamamoto MC & et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. *AJCC* 2015; 24(5):403-410.
- Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H & et al. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşleri. *HEMAR-G* 2012; 1:1-10.
- Palda VA, Bowmna KW, Mclean RF, Chapman MG. “Futile” care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-Wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* . 2005; 20: 207-213.
- Serri K, Marsolais P. End-of-life issues in cardiac critical care: the option of organ donation. *Canadian Journal of Cardiology*, 2017; 33(1): 28-134.
- Shimizu N. End-of-life care in pediatric critical care. *ICU CCU.* 2007; 31: 215-21.
- Şener A, Çınarlı T. Acil serviste palyatif ve yaşam sonu bakım. Duran, L. Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 164-173.
- Şentürk SE. Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2013; 31-85.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Terkamo-Moisio A, Kvist T, Kangasniemi M, Laitila T, Rynänen OP, Pietilä, AM. Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing ethics*, 2017; 24(1): 70-86.
- Walker W, Sque M. (2019). Family bereavement: a case study of controlled organ donation after circulatory death. *Nursing in critical care* <https://doi.org/10.1111/nicc.12436>
- Weinland SR, Levenson J. How should mechanical circulatory support be deactivated for patients with depression at the end of life? *AMA journal of ethics*, 2019; 21(5); 429-434.
- White P, Cobb D, Vasilopoulos T, Davies L, Fahy B. End-of-life discussions: Who's doing the talking? *Journal of critical care*, 2018; 43: 70-74.

S-155 PEDİATRİK PALYATİF BAKIM

PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

Asuman Şener¹, Esra Danacı², Zeliha Koç³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun/ Türkiye

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / Türkiye

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

Özet

Kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlar ile yaşayan bireylerin sayısındaki artışa paralel olarak sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgileri son yıllarda hızla artmıştır. Pediatrik palyatif bakım yaşamı tehdit edici koşullar altında yaşayan çocuk ve ailelerine bakım sağlama konusunda organize ve yapılandırılmış bir sistemdir. Pediatrik palyatif bakım erişkin palyatif bakımdan farklı olmakla birlikte çocukların bakımı konusunda nitelikli eğitim almış sağlık profesyoneli olmayı gerektirmektedir. Pediatrik palyatif bakımın amacı, her yaşta çocuk ve aile üyeleri/destek sistemleri için semptomları önlemek ve rahatlatmak ile yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Pediatrik palyatif bakım hastaları; hastalık süreci boyunca acı çekmekte ve yaşam kalitesini azaltan birçok semptom deneyimlemektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonelleri çocukların semptomlarını değerlendirmede dikkatli olmalı, semptomların olası nedenlerini göz önünde bulundurmalı ve en iyi müdahale yolunu belirleyebilmelidir.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, pediatri, semptom

Abstract

In parallel to the increase in the number of individuals with chronic and life-threatening diseases and living with these problems, the interest of health professionals towards qualified care of these patients has increased rapidly in recent years. Pediatric palliative care is an organized and structured system of providing care to children living under life-threatening conditions and their families. Although pediatric palliative care is different from adult palliative care, it requires being a health care professional received a qualified education on care for children. The goal of pediatric palliative care is to prevent and relieve symptoms and maximize the quality of life for children and family members of all ages/support systems. Pediatric palliative care patients suffer throughout the course of the disease and experience many symptoms that reduce the quality of life. Accordingly, health care professionals should

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

be careful in assessing children's symptoms, consider possible causes of symptoms, and be able to determine the best intervention.

Key word: palliative care, pediatric, symptom

GİRİŞ

Hayatı tehdit eden kronik bir hastalığa sahip olan ya da yaşam sonu dönemde bulunan bireyler palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Palyatif bakım, bir hastalığın seyri boyunca ortaya çıkan semptomların önlenmesi, hafifletilmesi ya da giderilmesine odaklanmaktadır. İlerlemiş ya da kronik hastalığı olan yada herhangi bir tanı alan her yaşta birey herhangi bir zamanda, herhangi bir ortamda palyatif bakıma ihtiyaç duyabilir (Yancey, 2013).

Kanser gibi yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlar ile başa çıkmaya çalışan çocukların sayısındaki artışla birlikte sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgileri son yıllarda bir artış göstermiştir (Algier, 2005). Pediatrik palyatif bakım çocukların ve ailelerinin benzersiz ihtiyaçlarına yönelik özel bilgi, eğitim ve hassasiyet gerektirmektedir (Sumner, 2010). Dünya Sağlık Örgütü pediatrik palyatif bakımı; “çocuğun bedeninin, zihninin ve ruhunun tümüdür” şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü etkili bir palyatif bakımın aileyi de içine alan multidisipliner bir yaklaşımla sunulması gerektiğini savunmaktadır (WHO, 2019). Pediatrik palyatif bakım yaşamı tehdit edici hastalığa sahip çocuklara ve ailelerine sunulan organize edilmiş bir bakım felsefesidir. Pediatrik palyatif bakımın amacı, her yaşta çocuk ve aile üyelerinin acısını önlemek, rahatlatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Sumner, 2010; Baenziger ve Moody, 2018).

Çocuğa yönelik palyatif bakım, hastalık tanısı konulduğu anda başlamakta ve çocuğun hastalığa ilişkin tedavi alıp almadığından bağımsız olarak devam etmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı merkezlerinde, hatta çocukların evlerinde palyatif bakım hizmeti verilebilmektedir. Bu yönüyle çocuk ve ailesinin tercih ettiği bakım ihtiyaç alanına saygı duyulması son derece önemlidir (Muckaden ve ark. 2011). Pediatrik Palyatif Bakım Derneği palyatif bakıma gereksinim duyan çocukları dört grup şeklinde sınıflandırmıştır:

Grup 1: Küratif tedavinin uygulanabilir olduğu durumlar (örn: Kanser vb.).

Grup 2: Ölümün kaçınılmaz olduğu ancak yaşam süresini uzatmaya ve normal çocukluk aktivitelerine katılımı sağlamaya yönelik yoğun tedavi süreçlerinin mümkün olduğu durumlar (örn: Kistik fibrozis vb.).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Grup 3: Tedavinin palyatif olarak yürütüldüğü ve uzun yıllar devam edilebilen durumlar (örn: Batten hastalığı vb.).

Grup 4: Geri dönüşümsüz ancak ilerleyici olmayan durumlar (örn: Serebral palsi vb.) (A Guide to Children's Palliative Care, 2018).

Pediyatrik palyatif bakım fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi öğeleri benimseyerek çocuklar için yaşam kalitesini artırmaya ve aileye destek vermeye odaklanmaktadır (A Guide to Children's Palliative Care, 2018). Pediyatrik palyatif bakım ve hospis yaklaşımının temel prensipleri şu şeklide sıralanmaktadır:

- Bireyselleştirilmiş ve aile merkezli bir yaklaşımın belirlenmesi;
- Her bebeğin, çocuğun ya da adölesanın saygınlığına, benzersizliğine ve tercihlerine saygı gösterilmesi;
- Çocuğun ve ailenin yaşam kalitesinin artırılması;
- Çocuğun yaşamı boyunca ailenin umudunun korunması;
- Bakımın sürekliliği ve koordinasyonunun sağlanması amacıyla bakım vericilerin desteklenmesi;
- Çocuk/ebeveyn/aile/tedavi ekibi arasındaki ilişkilerin sürdürülmesine öncelik ve değer verilmesini içermektedir (Sumner, 2010).

Çocukların ihtiyaçları benzersizdir ve genellikle pediyatrik palyatif bakım yetişkinlerden oldukça farklıdır (Muckaden ve ark. 2011). Çocuğun fiziksel, duygusal ve bilişsel gelişimi devam ettiğinden, tedaviye nasıl yanıt vereceğini tahmin etmek oldukça güçtür. İçinde buldukları gelişim dönemleri hastalığı ve ölümü algılayışlarını etkilemektedir. Bununla birlikte çocukların eğitim, okul arkadaşları ve sosyal çevrelerini de içinde barındıran özel bir palyatif bakıma ihtiyaçları vardır (Kostak ve Akan, 2011; Downing ve ark. 2015).

Aile Merkezli Pediyatrik Palyatif Bakım

Pediyatrik palyatif bakımda, bireysel tanılamamanın yanı sıra aile süreçlerini bir bütün olarak değerlendirmek oldukça önemlidir. Aile merkezli bakım, ailenin çocuk için birincil güç ve destek kaynağı olduğu anlayışına dayanmaktadır. Doktor, hemşire, din görevlileri, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve çocuk yaşam terapistlerini de içinde barındıran disiplinlerarası bir ekip hasta çocuğun, ebeveynlerin ve kardeşlerin genel değerlendirmesine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte aile merkezli bakım, çocuğun ve ailenin hastalık deneyimi boyunca sağlık bakım hizmeti sunucuları ile arasındaki ilişkiye dayanan ortak karar verme sürecini geliştirmek olarak da tanımlanabilir. Sağlık profesyonelleri çocuğun ve ailenin

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

deneyimlerine, değerlerine, inançlarına, mevcut durumuna ve maneviyatına duyarlı bir şekilde tanı, prognoz ve tedaviye ilişkin bilgileri sağlamakla görevlidir (Hellsten ve Medellin, 2010). Çocuğun ve ailenin hastalıkla ilgili deneyimlerini değerlendirmek ve anlamak, sağlık ekibine ailenin acı çekme süreci hakkında bilgi vermektedir. Çocuklar hastalığın ve tedavilerin sonucu olarak sakatlık, fiziksel acı, ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlarla birlikte sosyal dünyasında ciddi değişiklikler, gelişim sürecinde bozulma gibi sorunlar ile birlikte ebeveynlerde hastalık ile tedavi sürecinin tahmin edilemezliği, ölüm olasılığı ve ağır hastalığı olan bir çocuğa ebeveynlik yapma gibi zorluklar; kardeşler ise öfke, suçluluk, endişe, depresyon ve sosyal izolasyon gibi problemler yaşayabilmektedir. Değerlendirme çocuğun ve aile üyelerinin hikayesini ve hastalık sürecinde yaşadıkları deneyimleri içermektedir. Aile ve çocuğun maneviyatı, inancı, nelere değer verdikleri, hastalık deneyimleri ile hastalığa yükledikleri anlamları bilmek semptom yönetiminde oldukça önemlidir (Hellsten ve Medellin, 2010).

Pediyatrik Palyatif Bakımda Ağrı Ve Semptom Yönetimi

İlerleyici kronik hastalığa sahip olan çocuklar, hastalık süreci boyunca acı çekmekte ve yaşam kalitelerini azaltan birçok semptom yaşamaktadır. Çocuğa ilişkin fiziksel ya da duygusal semptomların değerlendirilmesinde sağlık profesyonellerinin dikkatli ve duyarlı bir şekilde davranması oldukça önemlidir. Değerlendirme; çocuğun semptomlara yönelik ifadesini, semptomların çocukta oluşturduğu ızdırabı, çocuğun durumuna ilişkin ebeveynlerin gözlemini ve sağlık profesyonellerinin hastalığın altta yatan patofizyolojisine yönelik tanılamalarını içermelidir. Bununla birlikte çocuk bir semptom bildirdiğinde; semptomun başlangıcı, şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir. Sağlık profesyonelleri semptomla ilişkin belirtilerin olası nedenlerini göz önünde bulundurmalı ve en iyi müdahale yolunu belirlemelidir (Hellsten ve Medellin, 2010).

Pediyatrik Ağrının Değerlendirilmesi

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP), ağrıyı “gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen tatsız, duysal ve duygusal bir deneyim” şeklinde tanımlamaktadır (IASP, 2019). Ağrı; fizyolojik, bilişsel, duysal, davranışsal ve spiritüel bileşenleri olan çok boyutlu bir semptomdur. Bireye özgüdür ve yetişkinler kadar çocuklar tarafından da deneyimlenmektedir (Downing ve ark. 2015). Bu yönüyle etkili ağrı yönetimi pediyatrik palyatif bakımda oldukça önemlidir. Çocuğun ağrıyı iletme yeteneği yaş ve bilişsel düzeyi ile yakından ilişkilidir. Gelişimsel faktörler (fiziksel, duygusal ve bilişsel), pediyatrik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

acı değerlendirmesinde ve yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler hakkında bilgi sahibi olmak, hemireye her çocuğun acısının bireysel olarak değerlendirilmesinde ve yönetilmesinde kolaylık sağlamaktadır (Goldstein ve Sakae, 2010).

Pediyatrik acı, sağlık profesyonelleri tarafından oldukça zor yönetilen semptomlardan biri olup değerlendirilmesi sırasında bazı güçlükler yaşanmaktadır (Bakır, 2017). Bu güçlükler; ocuk, aile ve sağlık profesyonelleri arasındaki dil ile kültür farklılıkları, acı değerlendirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, yetersiz analjezik kullanımı, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin acıya ilişkin yanlış tutumları, kronik hastalıkların varlığı, gelişimsel, bilişsel, duyusal, motor ve emosyonel bozukluklar Şeklinde sıralanabilmektedir (Goldstein ve Sakae, 2010).

Etkili acı yönetimi, hemşirenin öncelikle acı olasılığının farkında olmasını, çocuğu duyarlı bir Şekilde gözlemlemesini, gelişimsel olarak uygun ve objektif değerlendirme yöntemlerini kullanmasını gerektirmektedir. Ayrıca pediyatrik acı değerlendirmesi ocuk, aile ve sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği ile gerçekleşmekte (Goldstein ve Sakae, 2010), bireye özgü ayrıntılı öykü, fizik muayene ve bir lme aracı ile acı Şiddetinin belirlenmesini içermektedir (Downing ve ark. 2015). Acı Şiddetine yönelik ölüm araçlarının seçiminde çocuğun yaı, kültürü ve tıbbi durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Acının değerlendirilmesinde öz bildirim ölçekleri, davranışsal-gözlemsel acı ölçekleri ve fizyolojik göstergeler kullanılmaktadır. Fizyolojik lmler, acı stresine verilen yanıtı göstermektedir. Çocuğun acıyı ifade edemediği bilişsel engel ya da konuşma öncesi dönemde ise gözlemsel acı değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Pediyatrik z bildirim araçlarının çoğu çok boyutlu olmamakla birlikte sadece acı Şiddetini lmektedir. Acı yoğunluğunu yeterince derecelendirebilmek için çocuğun okul çağında ya da daha büyük ve numaralandırma yapabilme yeteneğini kazanmış olması gerekmektedir (Goldstein ve Sakae, 2010).

Pediyatrik Acının Farmakolojik Ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi

Pediyatrik acı yönetiminde temel ilkelerden biri acıyı önceden tahmin etmek ve önlemektir. Çocuklarda acıyı tedavi etmek için kullanılan; nonopioidler (asetaminofen, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve aspirin), opioidler ve adjuvan analjezikler olmak üzere üç ana ilaç grubu vardır. Bu ilaçların kullanımı, çocuktaki acının nedeni ve Şiddetine göre değişmektedir (Goldstein ve Sakae, 2010).

Dünya Sağlık rgt ocuklarda kanser acısının yönetiminde “basamak, saat, uygun yol ve ocuk” yaklaşımını önermektedir. Bu yaklaşım ilaç uygulamalarının basamak tedavisi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ile düzenli saatlerde ve çocuk için en uygun yoldan verilmesini içermektedir (WHO, 1998). Basamak tedavisinde çocuğun ağrı şiddeti hafif, orta ve şiddetli şeklinde tanılanmakta ve adımlar belirlenmektedir. Hafif ağrı için nonopioid analjezikler kullanılmakta ve adjuvan analjezikler tedaviye ilave edilebilmektedir. Orta şiddetli ağrıda nonopioid ve adjuvan analjeziklere devam edilerek tedaviye zayıf etkili bir opioid eklenmektedir. Eğer tedavi etkisiz kalıyorsa ve ağrı şiddeti artıyorsa morfin gibi güçlü bir opioid tedaviye eklenmekte ve ağrıyı azaltan dozuna denk titre edilmektedir (Goldstein ve Sakae, 2010). Ayrıca etkili bir ağrı değerlendirmesi ile birlikte herhangi bir basamaktan ağrı tedavisine başlanabilmektedir (Sarıhan ve ark. 2012).

Pediyatrik ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi ile birlikte farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması oldukça önemlidir (Downing ve ark. 2015). Bu yönüyle hangi yöntemin yararlı olacağı konusunda hemşirenin, çocuğun kendisinden ve ailesinden geçmişte kullandıkları ilaç dışı yöntemler ile ilgili bilgi alması gerekmektedir (Goldstein ve Sakae, 2010). Kullanılacak ağrı kontrol yöntemleri, çocuğun bireysel ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun olmalıdır. Pediyatrik ağrının farmakolojik olmayan yönetiminde, rehberli imgeleme, dikkat dağıtma, hipnoz, abdominal solunum ve distraksiyon gibi bilişsel davranışsal teknikler; sarılma, masaj, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), sıcak, soğuk ve aromaterapi gibi fiziksel yöntemler kullanılmaktadır (Downing ve ark. 2015).

Yorgunluk

Yorgunluk, hastalık, tedavi ya da duygusal faktörlerle ilişkili olabilecek çok boyutlu bir semptomdur. Literatür incelendiğinde yorgunlukla ilgili yapılan çalışmaların çoğunun çocukluk çağı kanserleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Yorgunluk kanser tanısı alan küçük çocuklar tarafından “fiziksel olarak halsiz olma, bacakları hareket ettirme ve gözleri açmada zorluk yaşama” şeklinde ifade edilirken, yetişkin onkoloji hastaları tarafından “fiziksel, zihinsel ve emosyonel yorgunluğu içeren bitkinlik durumu” şeklinde tanımlanmaktadır (Hellsten ve Medellin, 2010).

Çocuğun yorgunluğunun değerlendirilmesi, öznel ve nesnel verileri içeren çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirmektedir. Nesnel değerlendirme, vital bulgular, kas gücü, dispne ve kusma gibi diğer semptomların varlığının tanılanmasını; öznel değerlendirme ise çocuğun enerji eksikliğine ilişkin duygularını ve en çok yorgun hissettiği zamanı sorgulamayı içermektedir. Yorgunluğun yönetiminde farmakolojik (kan transfüzyonu, psikostimülanlar,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

uyku ajanları vb.) ve farmakolojik olmayan yöntemler (dinlenme, oyun terapisi, kaygının azaltılması vb.) kullanılmaktadır (Hellsten ve Medellin, 2010).

Bulantı Ve Kusma

Bulantı ve kusmanın patofizyolojisi çok faktörlü olmakla birlikte altta yatan neden/nedenleri belirlemek üzere dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Azalmış mide motilitesi, kabızlık, obstrüksiyon, metabolik bozukluklar, ilaç yan etkileri ile kafa içi basınç artışı bulantı ve kusmanın nedenleri arasında sayılabilir. Kontrol altına alınamadığında yorgunluk ve dehidratasyona neden olabilmektedir. Bulantı ve kusmanın farmakolojik tedavisi altta yatan nedene göre yapılmakta; derin nefes alma, gevşeme ve dikkat dağıtma gibi farmakolojik olmayan yöntemler ilaç tedavisi ile birlikte kullanılabilir (Hellsten ve Medellin, 2010).

Konstipasyon

Konstipasyon, ilerlemiş ve ölümcül hastalığı olan çocukların sık yaşadığı bir semptomdur (Hellsten ve Medellin, 2010). Hareketsizlik, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, tümör yayılımı, ilaçlar ya da sinir tutulumu sonucu oluşabilmektedir (Muckaden ve ark. 2011). İştahsızlık, bulantı, kusma, kolik karın ağrısı ve şişkinlik konstipasyon belirtileri arasındadır. Fiziksel muayenede abdominal distansiyon, sağ alt kadranda hassasiyet ve fekal kitleler görülebilir. Değerlendirmesinde bağırsak alışkanlığı sorgulanmalı ve rektal muayene yapılmalıdır (Hellsten ve Medellin, 2010). Yönetimi, ilaç tedavisinin yanı sıra aktivite, sıvı ve lifli gıdaların alınımının teşvik edilmesini içermektedir (Muckaden ve ark. 2011).

Diyare

Diyare hayatı tehdit edici hastalığı olan çocuklarda konstipasyona oranla daha az görülmesine karşın yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Enfeksiyonlar, ilaçlar, abdominal ya da pelvik radyasyon ve kemoterapi öyküsüne bağlı olarak ortaya çıkabilir. Değerlendirme, diyarenin başlangıcını, süresini, gaita sıklığı ve karakterini, bağırsak seslerinin dinlenmesini, batın hassasiyeti ve rektal alanın muayenesini içermektedir. Tedavi, altta yatan neden/nedenleri ve ishalin ortaya çıkardığı sonuçları yönetmeyi amaçlamaktadır (Hellsten ve Medellin, 2010).

Dispne

Dispne, çocuklar ve ebeveynleri tarafından bildirilen en yaygın semptomlardan biridir. Dispne, solunum güçlüğünün tatsız bir hissidir ve özellikle çocuklar için korkutucu olabilir. Dispne öznel bir deneyimdir. Çocuğun fonksiyonel durumu, dispneyi kötüleştiren veya iyileştiren faktörler, akciğer sesleri, solunum ile ağrının varlığı ve oksijenasyon durumu değerlendirilmelidir. Solunum semptomlarının yönetiminde farmakolojik seçenekler arasında; opioidler, antikolinerjikler, bronkodilatörler ve anksiyolitikler yer almaktadır. Terminal dönemde dispneye yönelik müdahaleler çocuğun solunum çabasını iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Hellsten ve Medellin, 2010).

Anksiyete

Kronik hastalığa sahip olan çocuklar, hastaneye yatış, ağrılı prosedürler, fiziksel fonksiyonlardaki değişiklikler, geleceğin belirsizliği, ağrı ve diğer semptomlarla ilişkili olarak anksiyete yaşayabilmektedir. Bu nedenle çocuğun kaygı ve korkularının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Anksiyete yaşayan çocukların davranışsal ve duygusal olarak etkilenmesi nedeniyle sağlık profesyonelleri çocuktaki kişilik değişikliklerine karşı dikkatli olmalıdır (Hellsten ve Medellin, 2010).

Depresyon

Kronik hastalığı olan çocuklarda ve ergenlerde klinik depresyonun değerlendirilmesi oldukça zordur. Depresyon klinik depresif bozukluklardan intihara kadar uzanan geniş bir yelpazede tanımlanmaktadır. Depresif belirtilerin değerlendirilmesinde çocuğun gelişim düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır. Çocuğa ait üzgün yüz ifadesi, ağlama, huzursuzluk ve önceden zevk alınan etkinliklerden çekilme gibi belirtiler yakından takip edilmelidir. Depresyonun yönetimi daha çok farmakolojik olmayan müdahaleleri içermekte, çocuklar ile ebeveynleri arasındaki iletişimi kolaylaştırmakta ve çocukların duyguları ile ilgili konuşmaya başlamalarına yardımcı olmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler arasında; yaratıcı sanat terapileri, oyun, gevşeme, hikaye anlatımı, müzik ve oyun sıralanabilmektedir (Hellsten ve Medellin, 2010).

Sonuç olarak pediatrik palyatif bakım, çocuğun ve ailesinin gereksinimlerine, değerlerine, inançlarına, tercihlerine ve maneviyatına saygılı bir şekilde hastalık semptomlarının kontrol altına alınması ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hastalık ile yas süreci boyunca sağlık profesyonelleri tarafından sunulmaktadır.

KAYNAKLAR

- A Guide to Children's Palliative Care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families. 4 th. ed. England. 2018; 3-39.
- Algier L. Çocuklarda palyatif bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:132-135.
- Baenziger PH, Moody K. Palliative care for children with central nervous system malignancies. Bioengineering 2018; 5(85):1-18.
- Bakır E. Çocuklarda Ağrı Değerlendirme ve Ölçekleri: Kültür ve Yaşın Ağrı Değerlendirmesine Etkileri. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2017; 9(4): 299-314.
- Downing J, Jassal SS, Mathews L, Brits H, Friedrichsdorf SJ. Pediatric pain management in palliative care. Pain management, 2015; 5(1): 23-35.
- Goldstein ML, Sakae M. Pediatric Pain: Knowing the Child Before You. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 1099-1115.
- Hellsten MB, Medellin G. Symptom management in pediatric palliative care. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 983-997.
- International Association for the Study of Pain (IASP) <https://www.iasp-pain.org/index.aspx> (Erişim: 07.08.2019).
- Kostak MA, Akan M. Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(4):182-192.
- Muckaden M, Dighe M, Balaji PD, Dhiliwal S, Tilve P, Jadhav S, Goswami S. Paediatric palliative care: Theory to practice. Indian Journal of Palliative Care, 2011; 17: 52-59.
- Sarihan E, Kadioğlu E, İğde FA. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Med 2012; 8(1): 5-15.
- Sumner LH. Pediatric Hospice and Palliative Care. In: Ferrell BR, Coyle N, ed(s). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford University Press, 2010: 997-1017.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care for Children
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim: 07.08.2019).

World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.

Yancey V. The Experience of Loss, Death, and Grief. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM, ed(s). Fundamentals of Nursing. Eighth Edition. Elsevier Mosby, 2013:719.

S-157 KARACİĞER NAKLİ ALICILARININ KAYGI DÜZEYLERİ ANXIETY LEVELS OF LIVER TRANSPLANT RECEIVERS

Erman YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş- Amaç: Karaciğer nakli (KN), son evre karaciğer hastalığı olan hastalar için sağkalımı artırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir, ancak alıcılar nakil sonrası anksiyete de dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalabilir. Alan ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların bulgularına göre, KN sonrası hastaların sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşadıklarını bildirmektedir. Öte yandan KN sonrası hastaların karşı karşıya kaldıkları durumsal ve süreklilik kaygı durumları hakkında çok az bilgi mevcuttur. Bu nedenle hastalar için KN sonrası dönemi daha iyi anlamak için araştırmalara ihtiyaç vardır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma KN olan bireylerin anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakil Hastanesi'nde karaciğer nakli gerçekleştirilen hastalarla yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) aracılığıyla elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 46.72 ± 10.67 olduğu, %74.6'sının erkek, %81.6'sının eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %83.9'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %79.4'ünün orta düzeyde ekonomiye sahip oldukları belirlendi. Nakil olan hastaların DSKÖ alt boyutları olan durumluluk kaygı ortalaması 40.56 ± 9.53 , süreklilik kaygı alt boyut ortalaması ise 42.42 ± 7.31 olarak saptandı. Ayrıca hastaların %39.1'sinin orta düzeyde durumluluk kaygıya, %50.7'inin ise orta düzeyde sürekli kaygısının olduğu tespit edildi.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda karaciğer nakli uygulanan bireylerin önemli düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Karaciğer Nakli, Psikiyatri.

Abstract

Objective: Liver transplantation (CNS) may improve survival and improve quality of life for patients with end-stage liver disease, but recipients may experience mental health problems, including anxiety after transplantation. According to the findings of a limited number of studies in the field, patients with CN often report anxiety and depression. On the other hand, there is little information about the situational and sustained anxiety situations faced by patients after CN. Therefore, studies are needed to better understand the post-CN period for patients. In line with the findings, this study was conducted to determine anxiety levels of individuals with CN.

Materials and Methods: The study was conducted with patients who underwent liver transplantation in İnönü University Liver Transplantation Hospital. The data of the study was obtained through the Descriptive Characteristics Form and State-Trait Anxiety Scale (WHO). In the evaluation of the data; Descriptive statistics, Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests were used.

Results: The mean age of the participants was 46.72 ± 10.67 , 74.6% were male, 81.6% lived with their spouse and children, 83.9% did not work in any job and 79.4% had a moderate economy. The mean anxiety status of the patients with transplantation subscale was 40.56 ± 9.53 , and the continuity anxiety subscale was 42.42 ± 7.31 . In addition, 39.1% of the patients had moderate anxiety and 50.7% had moderate anxiety.

Conclusion: According to the findings, it was determined that individuals who underwent liver transplantation experienced significant anxiety.

Key Words: Anxiety, Liver Transplantation, Psychiatry.

GİRİŞ

Karaciğer nakli (KN), son dönem karaciğer hastalığı için dünya çapında tanınan radikal bir tedavi yöntemidir. Cerrahi yöntemlerde ve immünsüpresif tedavilerdeki gelişmeler, KN'nin giderek daha fazla tercih edilmesine yol açmıştır (Dar, Sullivan, Bynon, Eltzschig, & Ju, 2019). 2017 verilerine göre ABD'de toplamda gerçekleştirilen KN sayısı 8.082 olarak bildirilmiştir (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Ağustos 2019 verilerine göre Türkiye'de 678'i canlı donörden olmak üzere toplamda 887 kişiye KN gerçekleştirilmiştir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2019). KN, son evre karaciğer hastalığı olan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastalar için sağkalımı artırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir, ancak alıcılar nakil sonrası anksiyete de dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalabilir (Mattei et al., 2019). Hastalığın kendisinin kronik doğası, organ bağışçısı için bekleme ve beklenti, donör sıkıntısı, stresli ön nakil değerlendirme süreci ve nakil prosedürü nakil öncesi yaşanan zorluklar arasında yer alırken, nakil sonrasında karşılaşılan yaşam değişikliği ihtiyacı, nakil sonrasında yaşanan bozulmuş bilişsel işlevler (örn. bozulmuş hafıza), tedavi rejimine sıkı bağlılık, ilaç, organ reddi ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar ve sosyal izolasyon hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen dinamikler arasında sayılmaktadır (Yıldız & Kılınç, 2018). KN'den sonra, depresyon ve stres bozukluğu gibi psikolojik problemler, immün baskılayıcılar ve yaşam kalitesi için ilaç uyumunu etkileyebilir (Grover & Sarkar, 2012). Ayrıca, KN'den sonra kullanılan steroidler ve immünosüpresanlar, ruhsal bozukluklarla ilişkili olabilir (Corbett, Armstrong, Parker, Webb, & Neuberger, 2013; Kanayama, Hudson, & Pope, 2008). Transplantasyon öncesi ve sonrası son dönem karaciğer hastalığı hastalarının psikolojik profillerinin değerlendirildiği çalışmanın bulgularına göre karaciğer nakli sonrası hastalarda depresyon ve anksiyete yüksek düzeylerde bulunmuştur (Baghernezhad et al., 2018). Literatür, yaşam boyu yaşam tarzı modifikasyonlarına duyulan ihtiyacın sürekli kaygı uyandırabileceğini göstermektedir (Grover & Sarkar, 2012). Ayrıca hastanın yaşı, ailenin aylık geliri ve yakın akrabaların ruh sağlığı, nakil sonrası hastalarda anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Pérez, Martín, Asián, & Pérez, 2004; Wang et al., 2011). Güney Kore'de KN yapılan hastalar arasındaki psikiyatrik komorbiditeleri araştıran çalışmanın bulgularına göre, KN'den sonra hastaların % 31,25'inde depresyon, % 31,9'unda ise anksiyete bulunmuştur (Heo, Noh, Oh, Chun, & Kim, 2018). Bununla birlikte KN sonrası hastaların karşı karşıya kaldıkları durumsal ve süreklilik kaygı durumları hakkında çok az bilgi mevcuttur. Bu nedenle hastalar için KN sonrası dönemi daha iyi anlamak için araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca Türkiye'deki karaciğer nakli alıcılarının psikolojik olarak yetersiz destek almaları ve konu hakkında farkındalık yaratma gerekliliği de göz önünde bulundurulduğunda, bu araştırma KN yapılan hastalarda anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Tasarım

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi'ndeki Karaciğer Nakli Kliniklerinde Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında tedavi gören hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak ilgili popülasyondan seçildi. Araştırmanın örnekleme evrenden, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırma 69 hasta ile yürütüldü. Araştırmaya alınma kriterleri; operasyon üzerinden en az 3 ay, en fazla 5 yıl geçmiş, iletişime açık, çalışmaya katılmak için gönüllü, 18 yaş ve üzerinde olması olarak belirlendi.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgileri içeren Hasta Bilgi Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek gibi tanıtıcı özellikler ile hastalığa ait özellikleri belirlemeye yönelik olmak üzere araştırmacı tarafından hazırlanmış olup toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. Ölçek Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Her ölçek 20 maddelik iki tür ifade içermektedir. Bunlar doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 21,26,27,30,33,36 ve 39. maddelerdir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini işaret eder. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise; dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar ise yüksek kaygıyı gösterir. Olumsuz

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

duyguları ifade eden doğrudan ifadelerin toplam puanı ile olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler tersine çevrilerek toplanır ve her iki ölçekten ayrı ayrı toplam 20-80 arasında değişen toplam puan elde edilir. 0-19 puanın anksiyete olmadığı, 20-39 puanın hafif, 40-59 puanın orta, 60-79 puanın ise ağır anksiyete anlamına geldiğini, puanı 60 ve üstüne olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlilik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için 0,83-0,92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0,83-0,87 arasında saptanmıştır (Öner, 2006). Bu araştırmada durumluk kaygı ölçeği Cronbach Alpha Değeri 0,88 tespit edilirken sürekli kaygı ölçeği için Cronbach Alpha Değeri 0,75 olarak saptandı.

BULGULAR

Bu bölümde, KN olan bireylerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 46.72 ± 10.67 olduğu, %74.6'sının erkek, %81.6'sının eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %83.9'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %79.4'ünün orta düzeyde ekonomiyeye sahip oldukları belirlendi.

KN olan bireylerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma durumları ve nakil sonrası komplikasyon yaşama durumlarına göre DSKÖ alt boyutları olan “Durumluluk Kaygı” ve “Süreklilik Kaygı” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bununla birlikte erkek cinsiyette, evli bireylerde, herhangi bir işte çalışmayanlarda ve nakil sonrası komplikasyon geçirmeyen bireylerin kaygı puanlarının daha yüksek seyrettiği tespit edildi.

KN olan bireylerin eğitim düzeylerine göre “Süreklilik Kaygı” alt ölçek puan ortalamalarının ilköğretim düzeyine sahip bireylerde daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p = 0.006$). Öte yandan bireylerin yaşları, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durumları ve nakil için bekleme sürelerine göre DSKÖ alt boyutları olan “Durumluluk Kaygı” ve “Süreklilik Kaygı” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1. Bireylerin Durumluluk Kaygı Düzeyleri

Anksiyete Düzeyi	n	%
Hafif	3	52.1
	6	
Orta	2	39.1
	7	
Ağır	6	8.8

Tablo 2. Bireylerin Süreklilik Kaygı Düzeyleri

Anksiyete Düzeyi	n	%
Hafif	32	4
		6.3
Orta	35	5
		0.7
Ağır	2	3.
		0

KN olan bireylerin %39.1'sinin orta düzeyde durumluluk kaygıya, %50.7'inin ise orta düzeyde sürekli kaygı düzeyine sahip olduğu saptandı.

TARTIŞMA

KN sonrasında ele alan çalışmaların sonuçları ele alındığında bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde zamanla birlikte semptom seviyelerinde genel bir düşüş olduğunu göstermiştir (O'Carroll, Couston, Cossar, Masterton, & Hayes, 2003; Russell, Feurer, Wisawatapnimit, Salomon, & Pinson, 2008; Stilley et al., 2012). Bununla birlikte, bu çalışmaların tümü, çalışma popülasyonu için ortalama semptom seviyelerine veya prevalans oranlarına dayanan anksiyete ve depresyon semptomlarının seyrini tanımlamaktadır. Semptom seviyelerindeki bireysel farklılıklar ile birlikte semptomların şiddetini ölçen araçların çeşitli yapılarda olması da göz önünde bulundurulduğunda, bu genel düzen içerisinde farklı kaygı ve depresyon seviyeleri bulunabilir. Sonuç olarak, hastaların anksiyete

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

veya depresyon seyri farklı kültürlerde çeşitlilik arz edebileceğinden bireyler yeterli destek alamayabilir (Annema et al., 2018). KN olan bireylerde anksiyete gibi psikolojik parametreleri araştırmak ve transplantasyon sonrası sonuçlar üzerindeki etkilerini incelemek, bu hasta popülasyonunda psikososyal uyumun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.

KN sonrası, cerrahi prosedüre özgü bazı özellikler, bir stres kaynağı olarak kabul edilir. Bu aşamada, organ reddi, immünoşüpresif tedavinin başlaması, enfeksiyonlar ve çeşitli safra yolu komplikasyonları ile ilgili artan endişe durumları yaşanabilir (Walker, Harris, Baker, Kelly, & Houghton, 1999). Diğer taraftan KN başarılı bir şekilde gerçekleşse dahi alıcılarda psikiyatrik sendromlar yaşanabilir. Nakil sonrası geç gelişir ve donörlerine karşı güçlü suçluluk duygularına sahip olan, içsel duygularını ifade edemeyen ve çatışmalarını bastırmak için kaçınan başa çıkma davranışlarını kullanan alıcılar paradoksal psikiyatrik sendrom olarak adlandırılan bazı durumları deneyimleyebilir (Fukunishi et al., 2001, 2002). Karaciğer transplantasyonu sonrası fiziksel yaşam kalitesi, zaman ve cinsiyetin anksiyete ve depresyon belirtilerindeki değişime etkisini inceleyen çalışmanın bulgularına göre, hastaların nakil sonrası ciddi anksiyete yaşama durumları %5 olarak bulunmuştur (Russell et al., 2008). Brezilya'da gerçekleştirilen KN sonrası hastaların anksiyete ve stres düzeylerinin uyku kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmada, hastaların %53.33'ünde orta düzeyde %6.67'sinde ise şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir (Mendes et al., 2014). Karaciğer nakli sonrası farklı zaman aralıklarında psikolojik problemlerin ve ilişkili nakille ilgili değişkenlerin prevalansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların klinik düzeyde yaklaşık olarak %29'unda anksiyete, %16.5'inde depresyon ve %10'unda posttravmatik stres tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların nakil sonrası anksiyete ve depresyon belirtileri ilk 2 yılda ilerleyen yıllara göre daha yaygın olduğu saptanmış olup psikiyatrik problemlerin daha çok immünoşüpresif tedavi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Annema, Roodbol, Stewart, Porte, & Ranchor, 2015). Konu ile ilgili benzer diğer çalışmaların bulguları KN sonrası bireylerin anksiyete prevalanslarını %6 ile %35 arasında bildirmiştir (Chen, Yan, & Wang, 2012; Pelgur, Atak, & Kose, 2009).

SONUÇ

Elde edilen bulgular doğrultusunda karaciğer nakli uygulanan bireylerin önemli düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuç, KN olan popülasyonunda psikososyal bakımın önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

- Annema, C., Drent, G., Roodbol, P. F., Stewart, R. E., Metselaar, H. J., van Hoek, B., . . . Ranchor, A. V. (2018). Trajectories of Anxiety and Depression After Liver Transplantation as Related to Outcomes During 2-Year Follow-Up: A Prospective Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 80(2), 174-183. doi:10.1097/psy.0000000000000539
- Annema, C., Roodbol, P. F., Stewart, R. E., Porte, R. J., & Ranchor, A. V. (2015). Prevalence of psychological problems and associated transplant-related variables at different time periods after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 21(4), 524-538. doi:10.1002/lt.24075
- Baghernezhad, M., Mani, A., Ayoobzadehshirazi, A., Roozbeh, J., Zare, M., Nikeghbalian, S., . . . Bazargan-Hejazi, S. (2018). Psychologic Evaluation in Liver Transplantation: Assessment of Psychologic Profile of End-Stage Liver Disease Patients Before and After Transplant. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*. doi:10.6002/ect.2017.0135
- Chen, P.-X., Yan, L.-N., & Wang, W.-T. (2012). Health-related quality of life of 256 recipients after liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 18(36), 5114.
- Corbett, C., Armstrong, M. J., Parker, R., Webb, K., & Neuberger, J. M. (2013). Mental Health Disorders and Solid-Organ Transplant Recipients. *Transplantation*, 96(7), 593-600. doi:10.1097/TP.0b013e31829584e0
- Dar, W. A., Sullivan, E., Bynon, J. S., Eltzschig, H., & Ju, C. (2019). Ischaemia reperfusion injury in liver transplantation: Cellular and molecular mechanisms. *Liver International*, 39(5), 788-801. doi:10.1111/liv.14091
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H., & Surman, O. S. (2001). Psychiatric Disorders Before and After Living-Related Transplantation. *Psychosomatics*, 42(4), 337-343. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.4.337>
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H., & Surman, O. S. (2002). Association Between Pretransplant Psychological Assessments and Posttransplant Psychiatric Disorders in Living-Related Transplantation. *Psychosomatics*, 43(1), 49-54. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.49>
- Grover, S., & Sarkar, S. (2012). Liver Transplant —Psychiatric and Psychosocial Aspects. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 2(4), 382-392. doi:10.1016/j.jceh.2012.08.003
- Heo, J., Noh, O. K., Oh, Y.-T., Chun, M., & Kim, L. (2018). Psychiatric comorbidities among patients undergoing liver transplantation in South Korea: a nationwide population-based study. *Hepatology International*, 12(2), 174-180. doi:10.1007/s12072-018-9849-y
- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2008). Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: A looming public health concern? *Drug and Alcohol Dependence*, 98(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.05.004>
- Mattei, G., Moscara, M., Balducci, J., Cavana, S., Cherubini, M., Piemonte, C., . . . Galeazzi, G. M. (2019). Stability of Psychiatric Diagnoses in Candidates to Liver Transplantation Referred to a Consultation-Liaison Psychiatry Service. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 800.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Mendes, K. D. S., Lopes, A. R. F., Martins, T. A., Lopes, G. F., Ziviani, L. C., Rossin, F. M., . . . Galvão, C. M. (2014). Relevance of Anxiety and Stress Levels on Sleep Quality After Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 46(6), 1822-1826. doi:<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.05.051>
- O'Carroll, R. E., Couston, M., Cossar, J., Masterton, G., & Hayes, P. C. (2003). Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: A prospective, national, single-center study. *Liver Transplantation*, 9(7), 712-720. doi:10.1053/jlts.2003.50138
- Öner, N. (2006). *Türkiye'de kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. . İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Pelgur, H., Atak, N., & Kose, K. (2009). Anxiety and Depression Levels of Patients Undergoing Liver Transplantation and Their Need for Training. *Transplantation Proceedings*, 41(5), 1743-1748. doi:<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.11.012>
- Pérez, M. S. G., Martín, A. R., Asián, E. C., & Pérez, J. B. (2004). Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. *Actas espanolas de psiquiatria*, 32(4), 222-226.
- Russell, R. T., Feurer, I. D., Wisawatapnimit, P., Salomon, R. M., & Pinson, C. W. (2008). The Effects of Physical Quality of Life, Time, and Gender on Change in Symptoms of Anxiety and Depression after Liver Transplantation. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 12(1), 138-144. doi:10.1007/s11605-007-0382-x
- Stilley, C. S., Flynn, W. B., Sereika, S. M., Stimer, E. D., DiMartini, A. F., & deVera, M. E. (2012). Pathways of psychosocial factors, stress, and health outcomes after liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 26(2), 216-222. doi:10.1111/j.1399-0012.2011.01467.x
- Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2019). Karaciğer Nakil İstatistik. <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=ORGANNAKLI>.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2017). OPTN/SRTR 2017 Annual Data Report: Liver. https://srtr.transplant.hrsa.gov/annual_reports/2017/Liver.aspx.
- Walker, A. M., Harris, G., Baker, A., Kelly, D., & Houghton, J. (1999). Post-traumatic Stress Responses Following Liver Transplantation in Older Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(3), 363-374. doi:10.1111/1469-7610.00454
- Wang, G., Zhang, Q., Li, H., Jiang, N., Fu, B., Zhang, J., . . . Chen, G. (2011). Anxiety and depression for liver transplant recipients and their impact factors. *Zhonghua yi xue za zhi*, 91(43), 3077-3079.
- Yıldız, E., & Kılınç, G. (2018). The relationship between anxiety-depression status and psychosocial adjustments in the patients undergoing liver transplantation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 221-229. doi:10.1111/ppc.12226

S-158 PALYATİF BAKIM SAĞLAYAN HEMŞİRELERİN İKİNCİL TRAVMA DÜZEYLERİ

SECONDARY TRAUMA LEVELS OF NURSES PROVIDING PALIATIVE CARE

Erman Yıldız

Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş- Amaç: Palyatif bakım veren hemşireler sürekli hastalarının çektiği acı ve ölümlere tanık olur, bu durum hemşirelerin fiziksel ve duygusal sıkıntı geliştirme riskini arttırmaktadır. Literatürde uluslararası alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların bulgularına göre, palyatif bakım veren hemşirelerin ikincil travmatik stres yaşadıklarını belirtmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de palyatif bakım sağlayan merkezlerde çalışan hemşirelerin ikincil travmatik düzeyleri hakkında herhangi bir veri bulunmamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma palyatif bakım sağlayan hemşirelerin ikincil travmatik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’inin palyatif bakım ünitesinde görev yapan 43 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.05 ± 4.60 olup, çoğunluğu kadın (%65), lisans mezunu (%92) ve bekarıdır (%54). Bekar olan hemşirelerin İTSÖ’nün alt boyutlarından olan duygusal kaçınma ve uyarılma puanlarının evli olan hemşirelere göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$). Ayrıca eğitim düzeylerine göre duygusal kaçınma alt ölçek puan ortalamaları açısından yüksek lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelerde önlisans eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha yüksek düzeylerde olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak, palyatif bakımda görev yapan hemşirelerin ikincil travma düzeylerinin özellikle medeni durum ve eğitim düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İkincil Travma, Palyatif Bakım.

Abstract

Objective: Nurses who provide palliative care continuously witness the pain and death suffered by their patients, which increases the risk of nurses developing physical and emotional distress. According to the findings of a limited number of international studies in the literature, nurses providing palliative care experience secondary traumatic stress. However, nurses working in palliative care centers in Turkey does not provide any data about the level of secondary traumatic. In line with the findings, this study was conducted to determine the secondary traumatic levels of nurses providing palliative care.

Materials and Methods: The study was conducted with 43 nurses working in the palliative care unit of Malatya Training and Research Hospital. The data of the study was collected with the Descriptive Characteristics Form and Secondary Traumatic Stress Scale (CTSD). Descriptive statistics, t test in independent groups which are parametric tests and Kruskal Wallis test which is one of non-parametric tests were used for evaluation of data.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 29.05 ± 4.60 and the majority were female (65%), undergraduate (92%) and single (54%). Emotional avoidance and arousal scores of single nurses were found to be lower than those of married nurses and this difference was statistically significant ($p < 0.05$). In addition, in terms of the average scores of emotional avoidance subscales according to educational level, it was found that nurses with higher education level were higher than those with associate degree education level and this difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: In conclusion, secondary trauma levels of nurses working in palliative care were found to be related to marital status and education levels.

Key Words: Nurse, Secondary Trauma, Palliative Care.

GİRİŞ

Palyatif bakım profesyonelleri sıklıkla, yaşamın sonuyla karşı karşıya kalan hastalarda ortaya çıkan varoluşsal sorunlara, psikolojik zorluklara ve duygusal sıkıntılara maruz kalmaktadır Palyatif bakımda çalışmak hem profesyonel hem de kişisel olarak ödüllendirici olsa da (Sinclair, 2011), kişisel riskler ve zorluklar da taşımaktadır (Sansó et al., 2015). Palyatif bakım gerektiren hastalıklar ve yaşam sonu bakım çok çeşitli yapılarda karşımıza çıkabilir. Başta tedaviye yanıt vermeyen kanserler olmak üzere kalp, akciğer, böbrek gibi son

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

dönem organ yetmezlikleri, alzheimer gibi motor nöron hastalıklar, HIV/AIDS, çocuklarda genetik/konjenital, diğer ilerleyici ve kronik hastalıklar palyatif bakım gerektiren durumlar arasında sayılmaktadır (Kıvanç, 2017). Bu bağlamda palyatif alanında çalışmanın tükenmişlik (Peters et al., 2012), merhamet yorgunluğu ve düşük bakım kalitesi (Kearney & Weininger, 2011) gibi çeşitli riskleri belgelenmiştir. Hemşireler genellikle stresli ve hızlı tempolu ortamlarda çalışırken, karmaşık sağlık ihtiyaçları olan hastalara bakmaktadır. Konu ile ilgili yapılan bir çalışma, hemşirelerin özellikle yoğun bakım ünitelerinde hasta ve ailelerin yaşam sonu bakımlarına doğrudan katılımlarının olduğunu ortaya koymuştur (Langley, Schmollgruber, Fulbrook, Albarran, & Latour, 2014). Hemşireler sık sık hastalarının ve ailelerinin zorlu teşhis, travmatik yaralanma ve ölümlerle başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır (Sansó et al., 2015).

Hemşireler palyatif bakım gereksinimi olan hastanın bakımına ek olarak, psikososyal bakımın gereklerinden biri olarak hastanın aile üyeleri de önemser ve bu konuda onları rahatlatma rollerini de üstlenirler. Araştırmacılar, üzücü iş deneyimlerinin ikincil travmatik strese (İTS) yol açabileceğini öne sürüyor (Komachi, Kamibeppu, Nishi, & Matsuoka, 2012). İTS'yi ilk olarak kavramsallaştıran Figley'e göre İTS, bir başkasının yaşadığı travmatize edici bir olay hakkındaki bilgidен kaynaklanan ve bunun sonucunda doğal olarak ortaya çıkan davranış ve duygular olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle İTS, travmatize olmuş ya da acı çeken bir kişiye yardım etmek ya da ona eşlik etmekten kaynaklanan strestir (Figley, 1995). Figley İTS ve TSSB'nin, her ikisinde yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılmayı içerdiğini bu sebeple benzer durumlar olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, TSSB'nin birincil (doğrudan) travmatik bir olaydan sonra meydana geldiğini, İTS'nin ise ikincil (dolaylı) travmatik bir olaydan sonra meydana geldiğini savunmuştur (Figley, 1995). Uluslararası alanda palyatif çalışanlar arasındaki araştırma bulguları düşük ile orta düzeyde ikincil travmatik stres semptomları yaşandığını bildirmektedir (Koo et al., 2013; Robin R. Whitebird, Stephen E. Asche, Gretchen L. Thompson, Rebecca Rossom, & Heinrich, 2013; Samson, Iecovich, & Shvartzman, 2016; Sansó et al., 2015). Ölüm ortamında çalışan ve sık sık ölmekte olan bireylere sağlık hizmeti sunan profesyoneller, yaşamın sonunda bakımla ilgili varoluşsal konulara, psikolojik zorluklara ve duygusal sıkıntılara maruz kalmaktadır. Profesyonellerin ölümlerle ilgili konulara sıkça maruz kalmayla başa çıkmalarına yardımcı olan faktörlerin belirlenmesi palyatif bakım sağlayıcıların ve hastaların yaşam kalitesini artırabilir (Sansó et al., 2015). Ayrıca hemşirelerin psikolojik ve fiziksel sağlığını korumak ve İTS

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

nedeniyle hemşirelerin mesleği bırakmalarını önlemek için, bu öznel deneyimi kabul etmek ve anlamak önemlidir.

AMAÇ

Bu araştırma, palyatif bakım sağlayan hemşirelerin ikincil travmatik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin palyatif bakım ünitesinde görev yapmış hemşireler ile yürütüldü.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeden palyatif bakım ünitesinde çalışan tüm hemşirelere ulaşmak amaçlandı. Bu çerçevede ünite görev yapmış tüm hemşirelerle görüşüldü ve toplamda 43 hemşirenin araştırmayı kabul etmesiyle süreç tamamlanabildi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• 18 yaş ve üzeri olma,• İletişime açık olma,• Palyatif bakım sunan ünitelerde çalışıyor olma.	<ul style="list-style-type: none">• Herhangi bir ruhsal soruna sahip olma,• Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

Verilerin Toplama Araçları

Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 11 sorudan (yaş, cinsiyet,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu, çalışma saati, çalışma süresi, çalışma yeri ve işyerindeki psizyonu) oluşmaktadır.

İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ): İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)'nin orijinali, 2004 yılında Bride ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004). İTSÖ'nün Türkçe diline uyarlama çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2018 yılında olmuştur. Ölçek 5'li likert tipte ve 17 maddeden oluşan bir yapıdadır. Her bir ölçek puanlaması 1 ile 5 arasında olup; Çok sık (5), Sıklıkla (4), Ara sıra (3), Çok nadir (2), Asla (1) şeklindedir. İTSÖ'den alınabilecek puan 17-85 arasındadır ve yüksek puan yüksek etkilenme düzeyine işaret etmektedir. Ölçek “Duygusal İhlal”, “Kaçınma” ve “Uyarılmışlık” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. “Duygusal İhlal” ve “Uyarılmışlık” alt boyutları 5 maddeden, “Kaçınma” alt boyutu ise 7 maddeden, oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar açısından Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Kaçınma için 0.78, uyarılma için 0.82 ve duygusal ihlal için ise 0.84 olarak tespit edilmiştir (Yıldırım, Kıdak, & Yurdabakan, 2018). Bu araştırmada da ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.93 olarak saptandı. Kaçınma için 0.83, uyarılma için 0.87 ve duygusal ihlal için ise 0.77 olarak tespit edilmiştir.

Veri Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 25.0 kullanılarak değerlendirildi ve rapor edildi. Çalışmada uygulanan testler: Normallik testi (Shapiro Wilk), tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %39'unun 22 ile 26 yaşları arasında olduğu (yaş ortalamaları 29.05 ± 4.60 olup; minimum 22, maksimum 41), %65'inin kadın, %54'ünün bekar, %42'sinin çocuk sahibi olduğu, %92'sinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %82'sinin nöbet usulü bir çalışma rutininin olduğu belirlendi. Palyatif bakım veren hemşirelerin %39'unun 1 ile 2 yıl arasında bir çalışma deneyimine sahip olduğu, %29'unun ise şu anki kurumdaki çalışma süresinin 9 yıl ve üzerinde olduğu tespit edildi.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Tanıtıcı Özellikler	İTSÖ								
	Kaçınma			Duygusal Kaçınma			Uyarılma		
	S	Ort±S	Test ve Önemlilik	±SS	Ort	Test ve Önemlilik	±SS	Ort	Test ve Önemlilik
Cinsiyet		17.60	t:		11.8	t:		13.1	t:
Kadın	±5.87		0.334	3±3.70		1.236	6±4.74		1.376
Erkek	±6.57	17.17	P:	5±3.85	10.8	p:	2±5.57	13.4	p:
Medeni Durum		18.45	t:		12.3	t:		14.3	t:
Evli	±6.05		1.534	2±3.69		2.083	2±5.15		1.986
Bekar	±6.05	16.59	P:	7±3.71	10.7	p:	5±4.77	12.3	p:
Çocuk Sahibi Olma Durumu		17.47	t:		11.8	t:		13.4	t:
Evet	±6.40		0.036	0±4.02		0.720	7±5.50		0.364
Hayır	±5.92	17.43	p:	5±3.58	11.2	p:	0±4.70	13.1	p:
Çalışma Biçimi		16.72	t: -		11.2	t: -		12.7	t: -
Sadece Gündüz	±6.45		0.557	2±3.81		0.332	7±5.44		0.447
Nöbet Usulü	±6.04	17.60	p:	4±3.77	11.5	p:	6±4.96	13.3	p:
			0.579		0.741			0.656	879
	Sıra Ortalaması	Test ve Önemlilik		Sıra Ortalaması	Test ve Önemlilik		Sıra Ortalaması	Test ve Önemlilik	
Eğitim Düzeyi			KW:			KW:			KW:
Önlisans	45.25			29.1			45.3		
Lisans	49.89	1.963	3	50.0	7.158	8	50.0	1.412	
Yüksek Lisans	69.88	0.375	3	82.6	0.028	2	66.7	0.494	p:
			3			5			
Yaş			KW:			KW:			KW:
22-26 yaş	51.62			49.9			52.6		
27-32 yaş	48.97	0.174	5	49.7	0.167	2	48.8	0.355	
33 ve üzeri yaş	51.13	0.917	6	52.6	0.920	2	49.7	0.837	p:
			5			0			
Çalışma Süresi (Yıl)			KW:			KW:			KW:
1-2	52.41			52.6			53.6		
3-8	48.16	0.401	2	46.6	0.946	7	46.2	1.273	
9 yıl ve üzeri	50.79	0.818	7	52.4	0.623	0	51.5	0.529	p:
			8			4			

Hemşirelerin medeni durumlarına göre “Duygusal Kaçınma” (p=0.040) ve “Uyarılma” (p=0.050), alt ölçek puan ortalamalarının bekar olan hemşirelerde daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı. Ayrıca eğitim düzeylerine

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

göre “Duygusal Kaçınma” ($p=0.028$) alt ölçek puan ortalamaları açısından yüksek lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelerde önlisans eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha yüksek düzeylerde olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edildi. Bununla birlikte hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, çocuk sahibi olma durumları, çalışma biçimleri ve sürelerine göre İTSÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Yaşamın sonuyla yüzleşmek, ölüm ve buna bağlı inanç, tutum ve davranışlarla yüzleşmek için çok çeşitli beceriler ve insan kapasiteleri gerekir (Sansó et al., 2015). Travmatize olmuş veya acı çeken bir kişiye yardım etmek ya da yardım etmek istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlanan İTS, hemşirelik dahil olmak üzere birçok bakım mesleğinde gerçekleşen bir durum olmakla birlikte, çok az çalışma palyatif bakımda çalışan hemşirelerde İTS’yi incelemiştir. Acil bakım (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Duffy, Avalos, & Dowling, 2015; Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015), kritik bakım (Hinderer et al., 2014; Mason et al., 2014; Young, Derr, Cicchillo, & Bressler, 2011), onkoloji (Perry, Toffner, Merrick, & Dalton, 2011; Quinal, Harford, & Rutledge, 2009), gibi diğer çeşitli hemşirelik uzmanlıklarında ikincil travmatik stresi ve yakından ilişkili koşulları inceleyen yayınlanmış birçok çalışma vardır. Hemşirelik alanında İTS ile ilgili çalışmalara bakıldığında Avustralya (Hegney et al., 2014), İrlanda (Duffy et al., 2015), Kore (Jeon & Ha, 2012; Kim, Han, & Kim, 2015) ve Uganda (Muliira & Bezuidenhout, 2015) gibi ülkelerde yapılan çalışmalar bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin medeni durumlarına göre “Duygusal Kaçınma” ve “Uyarılma” alt ölçek puan ortalamalarının bekar olan hemşirelerde daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Literatür medeni durum ile ikincil travmatik stres arasında değişik veriler sağlamaktadır. Benzer bir çalışmada evli olanlarda travmatik stres düzeyi yüksek bulunurken (Yılmaz, 2006), bazı çalışmalarda medeni durumun ikincil travmatik stresi etkileyen bir parametre olmadığı görülmektedir (Düzgün, 2009; Ünal, 2014; Yeşil, 2010).

Bu araştırmada hemşirelerin eğitim düzeylerine göre “Duygusal Kaçınma” ölçek puan ortalamaları açısından yüksek lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelerde önlisans eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha yüksek düzeylerde olduğu ve bu farkın istatistiksel

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

açından önemli olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada bireyler arasında daha düşük eğitim düzeyinde olanların ikincil travmatik stres belirtilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmişken (Green, Grace, & Gleser, 1985), sağlık çalışanları ve travma mağdurlarıyla çalışanlarla yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olanlarda travmatik stres ve tükenme düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Yeşil, 2010; Yılmaz, 2006). Eğitim durumunun ikincil travmatik stres üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Çakıroğlu, 2018; Kahil, 2016).

SONUÇ

Palyatif bakım ünitesinde çalışmış hemşirelerin ikincil travma düzeylerinin özellikle medeni durum ve eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre palyatif ve yaşam sonu bakım ile ilgilenen hemşirelerin psikososyal açıdan desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27-35. doi:10.1177/1049731503254106
- Çakıroğlu, M. (2018). Ceza infaz kurumları ve denetimli serbestlik müdürlüklerinde görev yapan psikologlarda ikincil travmatik stresle ilişkili faktörler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Kocaeli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- De Beer, J., Brysiewicz, P., & Bhengu, B. (2011). Intensive care nursing in South Africa. *Southern African Journal of Critical Care, 27*(1), 6-10.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing, 35*(3), 199-204. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing, 23*(2), 53-58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.001>
- Düzgün, A. (2009). Onkoloji Alanında Çalışan Hekimler ile Dermatoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Anabilim Dalı.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 3-28). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Green, B. L., Grace, M. C., & Gleser, G. C. (1985). Identifying survivors at risk: Long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(5), 672-678. doi:10.1037/0022-006X.53.5.672
- Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., & Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management, 22*(4), 506-518. doi:10.1111/jonm.12160

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), 160-169. doi:10.1097/jtn.0000000000000055
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. doi:10.1111/jnu.12122
- Jeon, S.-Y., & Ha, J.-Y. (2012). Traumatic events, professional quality of life and physical symptoms among emergency nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(1), 64-73.
- Kahil, A. (2016). Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stress düzeylerinin incelenmesi. *Ufuk Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Kearney, M., & Weininger, R. (2011). Whole Person Self-Care: Self-Care from the Inside Out. In T. A. Hutchinson (Ed.), *Whole Person Care: A New Paradigm for the 21st Century* (pp. 109-125). New York, NY: Springer New York.
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J.-s. (2015). Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nursing Ethics*, 22(4), 467-478. doi:10.1177/0969733014538892
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Komachi, M. H., Kamibeppu, K., Nishi, D., & Matsuoka, Y. (2012). Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 155-163. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02014.x
- Koo, K., Zeng, L., Zhang, L., DasGupta, T., Vachon, M. L. S., Holden, L., . . . Di Prospero, L. (2013). Comparison and Literature Review of Occupational Stress in a Palliative Radiotherapy Clinic's Interprofessional Team, the Radiation Therapists, and the Nurses at an Academic Cancer Centre. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 44(1), 14-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmir.2012.08.001>
- Langley, G., Schmollgruber, S., Fulbrook, P., Albarran, J. W., & Latour, J. M. (2014). South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. *Nursing in Critical Care*, 19(1), 9-17. doi:10.1111/nicc.12026
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses: A Pilot Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225. doi:10.1097/dcc.0000000000000056
- Muliira, R. S., & Bezuidenhout, M. C. (2015). Occupational exposure to maternal death: Psychological outcomes and coping methods used by midwives working in rural areas. *Midwifery*, 31(1), 184-190. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.005>
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 21(2), 91-97.
- Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., Burney, S., & Karimi, L. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), 561-567. doi:10.12968/ijpn.2012.18.11.561

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff. *Cancer Nursing*, 32(4), E1-E7. doi:10.1097/NCC.0b013e31819ca65a
- Robin R. Whitebird, Stephen E. Asche, Gretchen L. Thompson, Rebecca Rossom, & Heinrich, R. (2013). Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *Journal of palliative medicine*, 16(12), 1534-1539. doi:10.1089/jpm.2013.0202
- Samson, T., Iecovich, E., & Shvartzman, P. (2016). Psychometric Characteristics of the Hebrew Version of the Professional Quality-of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 575-581.e571. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.019>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 183(2), 180-187. doi:10.1503/cmaj.100511
- Ünal, Y. (2014). Afetlerde yardım çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu, benlik saygısı, algıladıkları sosyal destek ve yardım arama davranışları açısından değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).
- Yeşil, A. (2010). 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, G., Kıdak, L. B., & Yurdabakan, İ. (2018). İkincil Travmatik Stres Ölçeği: Bir uyarılama çalışması. *Psychiatry*, 19(1), 45-51.
- Yılmaz, B. (2006). Arama kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtiler ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Young, J. L., Derr, D. M., Cicchillo, V. J., & Bressler, S. (2011). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress in Heart and Vascular Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(3), 227-234. doi:10.1097/CNQ.0b013e31821c67d5

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-159 HEMŞİRELERE VERİLEN PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN PALYATİF BAKIM BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

THE IMPACT OF PALLIATIVE CARE EDUCATION ON NURSES' PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE LEVEL

Tuğba MENEKLİ, Runida DOĞAN, Çiğdem ERCE

1 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

3 Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamak ve bu konuda yapılan eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek grupta ön test-son test yarı deneysel tasarımda olan araştırmanın örneklemini 01.04.2019 ile 01.06.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan 136 hemşire oluşturmuştur. Verilen eğitim palyatif bakım felsefesi, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemlerin yanı sıra; palyatif bakımın tanımı, tarihçesi, önemi, palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirenin sorumlulukları, Dünya'da ve Türkiye'de palyatif bakımın güncel durumu, semptom yönetimi ve yaşam sonu bakımı konularını içermektedir. Oturumlar haftada bir kez, yaklaşık 40 dakika süreyle beş ayrı grupta gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri tanıtıcı özellikler formu ve palyatif bakım bilgi testi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 kullanılarak, yüzdeler hesaplanmıştır, ortalama ve bağımsız ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda, hemşirelerin palyatif bakım eğitimi almadan önce palyatif bakım bilgi testinden 20 puan üzerinden "8,9±1,1" puan aldıkları, eğitimin sonunda ise "17,5±1,9" puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim almadan önce ve aldıktan sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin, bilgilerini olumlu yönde etkilediği ve bilgi düzeylerini yükselttiği belirlenmiştir. Palyatif bakıma yönelik planlı, etkili ve sürekli hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım Bilgi, Eğitim, Hemşire

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the level of knowledge of nurses about palliative care and to determine the effect of training on this subject.

Method: The sample of the study, which was a pre-test and post-test in a single group, consisted of 136 nurses working in Inonu University Turgut Özal Medical Center between 01.04.2019 and 01.06.2019. In addition to the philosophy of palliative care, pain, dyspnea, gastrointestinal and psychiatric problems; The definition of palliative care, history, importance of palliative care patients to the nurses' responsibilities, the current status of palliative care in the world and Turkey, includes symptom management and end of life care issues. The sessions were held once a week in five separate groups for approximately 40 minutes. The data of the study was collected by using descriptive characteristics form and palliative care information test. SPSS 18 was used for the evaluation of the data, percentage calculation, t test was used for the mean and independent and dependent groups.

Results: It was determined that the nurses received $8,9 \pm 1,1$ out of 20 points at the palliative care knowledge test and $17,5 \pm 1,9$ at the end of the training. There was a statistically significant difference between the mean scores of nurses before and after training ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the palliative care education given to the nurses had a positive effect on their knowledge and increased their knowledge level. Planned, effective and continuous in-service training for palliative care is recommended.

Keywords: Palliative care Knowledge, Education, Nurse

GİRİŞ

Kanser ve kronik hastalıklar gerek hastalığın kendisi gerekse yapılan tedavilerin yan etkileri nedeniyle birçok farklı semptomu ortaya çıkarmakta ve buna bağlı olarak hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir(1). Yaşanan semptomların başlıcalarını, hastalığın türüne bağlı olarak olarak; ağrı, yorgunluk, bulantı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

konstipasyon, anksiyetevb. oluşturmaktadır (2).Sözü edilen semptomların varlığı tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkileyebilmekte, bazı durumlarda tedaviye ara vermeyle ya da tedaviyi sonlandırmayla sonuçlanabilmektedir(3).Semptomlarının kontrol altına alınması hastanın tedaviye yanıtı arttıracak, iyileşme süreci başlayabilecek ve tedavinin yan etkileri tolereedilebilecektir(4).

Semptom kontrolünde yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesindeki bozulma sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerini arttırmış ve palyatif bakım kavramını ortaya çıkarmıştır(5).Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında palyatif bakımı “Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastalara verilen aktif ve bütüncül bakımdır” şeklinde tanımlamıştır.Bu tanım2002 yılında “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak değiştirilmiştir(6).Motor nöron hastalıkları, ileri dönem organ yetmezlikleri , HIV/AIDS, çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar vb. palyatif bakım gerektiren diğer hastalıklar arasında sayılabilirler (2). Dünya genelinde 40 milyondan fazla kişinin palyatif bakım hizmetine gereksinimi olduğu ve bu sayının özellikle gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfustaki artışla birlikte artacağı tahmin edilmektedir(1,7)

Hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlayan palyatif bakım; küratif tedavi ile birlikte devam etmekte ve hasta/aile merkezli olarak sürdürülmektedir(5).Palyatif bakım süreci hastanın fiziksel aktivite, eğitim, beslenme, psikososyal destek ve tıbbi bakım girişimlerini içeren, yetersizlikleri azaltmayı ve hasta katılımını arttırmayı amaçlayan ve oldukça geniş bir ekip tarafından yürütülen multidisipliner bir yaklaşıma dayanmaktadır(5-6). Bu ekipte hemşire, hekim (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar) fizyoterapist, beslenme ve diyet uzmanı, uğraşı terapisti, eczacı, sosyal hizmetuzmanları, din adamları gibi çeşitli disiplinlerden profesyoneller bulunmaktadır(1). Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülmekte ve ölüm ne geciktirilmekte ne de hızlandırılmaktadır. Amaç; yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Palyatif bakımda yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenilmektedir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemlerin yoğunluğu arttırılmakta ve ölüm sonrası yas sürecinde aile desteklenmektedir(4).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşireler hasta ve yakınları ile en fazla iletişimde olan sağlık profesyonelleridir(5). Hemşireler bakım sağladıkları süreçte, hastalık ve tedavisine bağlı gelişen semptomlarla baş etmede hastaya ve ailesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca hemşirelerin hastaya fiziksel bakım ve emosyonel destek sağlama, hasta ve aile eğitimi ve umudu sürdürmede de önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini arttırabilirler. Palyatif bakım hemşiresi kapsamlı ve hoşgörülü bir bakım vermeli, hastanın bakımı sırasında elinden gelen en iyi bakımı vererek huzur içinde ölmesini sağlamalıdır. Palyatif bakım hemşiresi bakım verirken etik ve yasal ilkeleri de göz önünde bulundurmalıdır. (5,8,9).

Palyatif bakıma erişimde ana engelin, palyatif bakım konusunda eğitim ve farkındalık eksikliği olduğu belirtilmektedir(7). Bu nedenle hastaya bu süreçte eşlik edecek olan sağlık ekibinde önemli bir yer tutan hemşireler bilgi ve deneyimlerini arttırmalı, araştırma sonuçlarını izlemeli ve gelişmeleri hasta bakımına yansıtmalıdır. Palyatif bakım kavramının ne olduğunun bilinmesi ve yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların bakımı için getireceği yararların farkında olunması hemşireler için büyük önem taşımaktadır (8,9).

Araştırmanın Türü ve amacı

Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamak ve bu konuda yapılan eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olup, yarı deneysel türde, tek grupta ön test-son test düzeninde tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.04.2019 ile 01.06.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan toplam 950 hemşire, araştırmanın örneklemi ise bu hemşireler arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 136 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden, eğitim yapılacak tarihlerde raporlu veya izinli olmayan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler; sosyodemografik veri formu ve palyatif bakım bilgi testi kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan formda; hemşirelere ait kişisel özellikleri içeren 6 soru, palyatif bakıma ilişkin 3 soru ,palyatif bakım eğitimine ilişkin 2 soru olmak üzere toplam 11 soru bulunmaktadır.

Palyatif Bakım Bilgi Testi

Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen bilgi testi; felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler şeklinde 5 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bilgi Testi doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirme yapılırken bilmiyorum cevabını verenler yanlış olarak değerlendirilmekte olup ölçek iki dereceli bir ölçek olarak ele alınmaktadır. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan verilmektedir. Ölçekte 10 madde ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınırsa palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir(10). Ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenirliği Seven ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmış olup, cronbachalpha değeri 0.91 olarak bulunmuştur(11).

Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan hemşirelere eğitim öncesinde; çalışmanın amacı, anket formunun içeriği hakkında bilgi verilmiş, ardından sosyodemografik veri formu ve palyatif bakım bilgi testini cevaplamaları istenmiştir.Eğitim sonrasında ikinci bir palyatif bakım bilgi testi verilmiş ve yeniden doldurmaları istenmiştir.Verilen eğitim palyatif bakım felsefesi, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemlerin yanı sıra;palyatif bakımın tanımı, tarihçesi, önemi, palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirenin sorumlulukları, Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakımın güncel durumu, semptom yönetimi ve yaşam sonu bakımı konularını içermektedir. Oturumlar haftada bir kez, yaklaşık 40 dakika süreyle beş ayrı grupta gerçekleştirilmiştir..

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical PackageForSocialSciences/18.0 for Windows) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ise sayı, öntest-sontest verileri yüzdelik hesaplaması, ortalama

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

değerleri (minimum, maksimum),bağımsız gruplarda t testi, bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik Veriler, Palyatif Bakım Eğitimi

Araştırmanın Etik İlkeleri

İnönü Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan etik kurul izni, Turgut Özal Tıp Merkezinden kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözel ve yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklemin sadece Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan hemşirelerden oluşması araştırmanın sınırlılığdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerinin yaş ortalaması 28.93 ± 2.9 'dur. Hemşirelerin %77.2'sinin kadını, %66.2'sinin evli, %55.8'inin lisans mezunu, %61.0'ünün 6-11 yıldır çalıştığı, %45.6'sının dahili kliniklerde çalıştığı, %52.9'unun palyatif bakımı ölümü geciktirme olarak tanımladığı, %55.8'inin palyatif bakım hastasına bakım vermek istemediği, %61.0'ünün şuan kadar palyatif bakım hastasına bakım vermediği, %58.1'inin palyatif bakım bilgi düzeyini kısmen yeterli olarak değerlendirdiği ve %68.4'ünün palyatif bakım ile ilgili bilgi almadığı saptanmıştır(Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=136)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	105	77.2
Erkek	31	22.8
Yaş Grubu		
20-26	24	17.6
26-32	68	50.0
33-39	44	32.4
Medeni Durum		
Evli	90	66.2
Bekar	46	33.8
Eğitim Durumu		
Lise-Ön lisans	28	20.6
Lisans	76	55.8
Lisans üstü	32	23.6

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Kaç yıldır çalıştığı		
1-5 yıl	21	15.5
6-11 yıl	83	61.0
12-17 yıl	32	23.5
Çalıştığı Klinik		
Dahili klinikler	62	45.6
Cerrahi klinikler	48	35.3
Yoğun Bakım	26	19.1
Palyatif bakımın tanımı		
İyi ölüm	18	13.3
Ölümü geciktirme	72	52.9
Yaşam sonu bakım	46	33.8
Palyatif bakım hastasına bakım vermek isteme durumu		
Evet	76	55.8
Hayır	60	44.2
Şimdiye kadar palyatif bakım hastasına bakım verme durumu		
Evet	53	39.0
Hayır	83	61.0
Palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirme durumu		
Yeterli	28	20.6
Kısmen yeterli	79	58.1
Yetersiz	29	21.3
Palyatif bakıma ilişkin eğitim alma durumu		
Evet	43	31.6
Hayır	93	68.4
Toplam	136	100

Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası palyatif bakım bilgi testi sorularına verdikleri cevaplar Tablo 2’de yer almaktadır. Eğitim sonrası her bir maddeye verilen doğru cevaplar sayısının arttığı, yanlış cevaplar sayısının ise azaldığı bulunmuştur (Tablo 2).

890

Tablo 2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testine Verdiği Cevaplar

Test Alt Grupları	Palyatif Bakım Bilgi Testi Soruları	Palyatif Bakım Bilgi Testi Cevapları					
		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
		Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.	56 (%41.2)	80 (%58.8)	-	93 (%68.4)	43 (31.6)	-
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.	42 (%30.8)	90 (%66.3)	4 (%2.9)	88 (%64.7)	46 (%33.8)	2 (%1.4)
Ağrı	Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.	59 (%43.4)	77 (%56.6)	-	82 (%60.3)	54 (%39.7)	-
	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.	33 (%24.2)	78 (%57.4)	25 (%18.4)	74 (%54.4)	60 (%44.2)	2 (%1.4)
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidalantienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.	40 (%29.4)	90 (%66.2)	6 (%4.4)	70 (%51.5)	58 (%42.7)	8 (%5.8)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

	Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfinhidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır	38 (%27.9)	88 (%64.7)	10 (%7.4)	73 (%53.7)	60 (%44.1)	3 (%2.2)
	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.	50 (%36.7)	86 (%63.3)	-	92 (%67.6)	44 (%32.4)	-
	Opioidlerin kullanımı sağkalm süresini etkilemez.	52 (%38.3)	80 (%58.8)	4 (%2.9)	82 (%60.3)	52 (%38.3)	2 (%1.4)
Dispne	Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.	25 (%18.3)	100 (%73.5)	11 (%8.2)	75 (%55.2)	60 (%44.1)	1 (%0.7)
	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.	33 (%24.3)	100 (%73.5)	3 (%2.2)	89 (%65.4)	45 (%33.2)	2 (%1.4)
	Oksijen saturasyon düzeyleride dispne ile ilişkilidir.	50 (%36.7)	84 (%61.9)	2 (%1.4)	92 (%67.6)	44 (%32.4)	-
	Antikolinergik ilaçlar veya skopolaminhidrobromür,*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.	21 (%15.4)	90 (%66.2)	25 (%18.4)	69 (%50.7)	60 (%44.1)	7 (%5.2)
Psikiyatrik Problemler	Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.	63 (%46.3)	70 (%51.5)	3 (%2.2)	99 (%72.8)	35 (%25.8)	2 (%1.4)
	Benzodiyazepinlerdeliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.	23 (%16.9)	91 (%66.9)	22 (%16.2)	81 (%59.5)	50 (%36.8)	5 (%3.7)
	Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.	44 (%32.4)	90 (%66.2)	2 (%1.4)	77 (%56.7)	57 (%41.9)	2 (%1.4)
	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.	20 (%14.7)	100 (%73.5)	16 (%11.8)	84 (%61.7)	48 (%35.4)	4 (%2.9)
Gastro intestinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.	30 (%22.1)	92 (%67.6)	14 (%10.3)	100 (%73.5)	34 (%25.1)	2 (%1.4)
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.	18 (%13.2)	88 (%64.7)	30 (%22.1)	75 (%55.2)	57 (%41.9)	4 (%2.9)
	İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.	60 (%44.2)	72 (%52.9)	4 (%2.9)	97 (%71.3)	37 (%27.3)	2 (%1.4)
	Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.	46 (%33.8)	78 (%57.4)	12 (%8.8)	96 (%70.6)	36 (%26.5)	4 (%2.9)

Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve sonrası palyatif bilgi sorularından aldıkları puan ortalamaları Tablo 2’de verilmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve sonrası palyatif bilgisorularından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, alt boyutlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Palyatif bakım bilgi testinden eğitim öncesi alınan toplam puan ortalaması $8,9 \pm 1,1$ eğitim sonrası puan ortalaması ise $17,5 \pm 1,9$ ’dur (Tablo 3).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Hemşirelerin Palyatif Bakım Eğitimi Öncesi ve Sonrası Palyatif Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bilgi puanları	Ön test			Son test			İstatistiksel değerlendirme
	\bar{X} ± SS	in	ax	\bar{X} ± SS	in	ax	
Felsefe	1,0±0,11	,00	,00	1,7±0,20	,00	,00	Z = -3,710 p = 0,006
Ağrı	2,7±0,40	,00	,00	4,9±0,40	,00	,00	Z = -6,813 p = 0,000
Dispne	1,0±0,03	,00	,00	3,2±0,50	,00	,00	Z = -5,196 p = 0,001
Psikiyatrik Problemler	1,3±0,02	,00	,00	3,1±0,6	,00	,00	Z = -4,028 p = 0,000
Gastrointestinal Problemler	1,6±0,06	,00	,00	2,7±0,3	,00	,00	Z = -5,439 p = 0,000
Toplam puan	8,9±1,1	,00	2,00	17,5±1,9	1,00	0,0	Z = -7,992 p = 0,000

Hemşirelerin ölçek toplam ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlarının son testte anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Eğitim sonrası puanlarda olumlu yönde bir artış olduğu gözlenmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Ön Test -Son Test Ölçek Puan Ortalama Farklarının Dağılımı

Alt Ölçekler	(n)=136				
	X(SD)	M in	M ax	t (136)	* p
Ön test Felsefe- Son test Felsefe	0.08(0.4)	-	0.30	0.9	0.001
Ön test Ağrı- Son test Ağrı	0.27(1.9)	0.06	0.06	3.4	0.058
Ön test Dispne- Son test Dispne	0.60(1.0)	0.89	0.90	5.7	0.000
Ön test Psikiyatrik Problemler- Son test Psikiyatrik Problemler	0.62(1.2)	0.47	0.65	3.5	0.006
Ön test Gastrointestinal Problemler- Son test Gastrointestinal Problemler	0.40(1.2)	0.51	0.00	2.0	0.030
Ön test Ölçek toplam puan- Son test Ölçek toplam puan	0.95(1.8)	0.88	0.02	5.0	0.004

*p < .05 *Eşleştirilmiş iki grupta t testi

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin %52.9'unun palyatif bakımı ölümü geciktirme olarak tanımladığı, %61.0'inin şu ana kadar palyatif bakım hastasına bakım vermediği, %58.1'inin palyatif bakım bilgi düzeyini kısmen yeterli olarak değerlendirdiği ve %68.4'ünün palyatif bakım ile ilgili bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 1). Palyatif bakım üzerine verilen eğitimin palyatif bakım bilgi düzeyi üzerine etkisinin incelendiği bu araştırmada hemşirelerin eğitim öncesi bilgi puanı $8,9 \pm 1,1$ iken eğitim sonrasında $17,5 \pm 1,9$ e yükselmiştir. Meydana gelen bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Yanı sıra ölçeğe ait tüm alt grup puan ortalamalarının da anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir. Palyatif bakım hastasında görülen semptomların sadece ağrıyla sınırlı kalmadığı, farklı sistemleri etkileyen birçok semptomun yaşandığı göz önünde bulundurulduğunda, alt grup puanlarının tamamında meydana gelen bu değişikliğin palyatif bakım hastasına verilen bakımın kalitesine olumlu yönde yansıtacağı düşünülmektedir.

Yapılan literatür incelemesinde gerek öğrenci hemşirelerin gerekse klinisyen hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerini inceleyen bazı çalışmalara rastlanmıştır. Fakat hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin palyatif bakım bilgi düzeyi üzerine etkisini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (1,12,13). Yaptığımız araştırmada hemşirelerin eğitim öncesi felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler alt boyutları içerisinde en az bilgi sahibi oldukları alt boyut dispne, en fazla bilgi sahibi oldukları alt boyutun ise ağrı olduğu görülmektedir. Sato ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %88'inin felsefe alt boyut sorularına, %52'sinin gastrointestinal sistem sorunları, %47'sinin dispne alt boyutuna doğru yanıt verdiği ve en az ise psikiyatrik sorunlar alt boyut sorularına (%33,0) doğru yanıt verdiğini belirlemiştir (12). Çalışma sonucunda dispne alt boyutu puanındaki düşüklüğün hemşirelerin opioidlerin kullanım alanları ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmaması ve opiofobi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Özveren ve ark.nın öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmada PBBT ile ilgili bilgi puan ortalamasının 20 puan üzerinden eğitim öncesi $10,1 \pm 1,6$ iken, eğitim sonrası $15,2 \pm 1,6$ olduğu belirlenmiştir (1). İranmanesh ve arkadaşlarının, İran'da hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışma sonucuna göre, hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (13). Chari ve arkadaşları yaptıkları bir eğitim çalışmasında öğrencilerin %48.48'inin eğitim öncesinde ortalama bilgiye

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sahipken, %6.06'sının iyi bilgiye sahip olduğunu, %45.45'inin ise bilgisinin yetersiz olduğunu belirlemişlerdir. Eğitimden sonra ise %63.63 öğrencinin bilgi sahibi olduğu, %36.36'sının ise oldukça iyi bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir(14). Eğitim öncesi ve sonrası ortaya çıkan bu fark eğitimin etkinliğini göstermektedir.

SONUÇ

Hemşirelerle ya da hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeyinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeyinin düşük olmasının palyatif bakım organizasyonunun sağlıklı bir şekilde yürütülememesi, palyatif bakım hastasının bakım kalitesinin düşmesi, hasta yaşam kalitesinin azalması vb.birçok farklı düzeyde olumsuzluklara yol açacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları palyatif bakım bilgisini artırmak için lisans hemşirelik müfredatına da palyatif bakım dersi eklenmesi görüşünü desteklemektedir.İyi düzeyde palyatif bakım hizmetinin sağlanabilmesi bu konuda yeterli düzeyde bilgi sahibi sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi, özelleşmiş palyatif bakım kliniklerin açılması ve bu kliniklerdeki hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitilmesi ile mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Özveren H, Kırca K, Gülnar E, GüneşN. B. Palyatif Bakım Dersinin Öğrencilerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgisine Etkisi. 2018;4(2):100-107
- 2- Yıldırım D, Kırşan M, Kıray S, Korhan E A. Palyatif Bakımda Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Terapilerin Ağrı Yönetimine Etkisi: Bir Sistemik Derleme. ACU Sağlık Bil Derg 2019;10(3)
- 3- Bağ B. Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012;21(4), 253-273.
- 4- Kabalak A A, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2), 56-70.
- 5- Uslu F Ş, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2), 81-90.
- 6-Özkan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı PalliativeandTheEnd-Life Care in theChronicObstructiveLungDisease Selçuk Tıp Derg 2011;28(1): 69-74

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7-Evans C. Integration of PalliativeCare Content within a PublicHealthNursing Course. Int J NursResHealthCare: 2018;(6):1-9.

8-Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. GulhaneMedicalJournal 2012;54(4).

9- Bağ B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. TurkishJournal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(3).

10-Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, OgasawaraT. Thepalliativecareknowledge test: reliabilityandvalidity of an instrumenttomeasurepalliativecareknowledgeamonghealthprofessionals. PalliativeMedicine 2009;23(8), 754-66.

11- Seven A, Sert H. Turkishreliabilityandvalidity of palliativecareknowledgetest - International Journal of CurrentResearch 2017; 9 (5) :50737-41.

12-Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. Japaneseregion-widesurvey of theknowledge, difficultiesand self-reportedpalliativecarepracticesamongnurses. Jpn J ClinOncol. 2014; 44(8): 718-28.

13-Iranmanesh. S, Savenstedt. Abbaszadeh. A. Studentnurses' attitudestowardsdeathanddying in south-east Iran. internationaljournal of palliativenursing 2008; 14(5): 214-19.

14- Chari S, Gupta M, Choudhary M, Sukare L. Knowledge andattitude of nursingstudentstowardspalliativecare: Role of focusedtraining. International Journal of BiomedicalResearch 2016; 7(9): 629-32.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-160 PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS OF CAREGIVERS OF PALIATIVE CARE PATIENTS

*Gül DURAL, **Ümmühan AKTÜRK

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

***İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz- Eylül 2019 tarihleri arasında Palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 100 bakım verene ulaşılmıştır. Araştırmada veriler tanıtım formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 39.08 ± 14.07 , %68'i kadın, %36'sı ilköğretim mezunu, %81'i evli, %60 bir işte çalıştığı, %56 algıladıkları gelir düzeyinin iyi olduğunu, %45 6 ay ile 1 yıllık süredir bakım verdiklerini, %37 günlük 3 saat bakım verme ile uğraştıklarını, %74 bakım vermenin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediklerini ifade etmiştir. Araştırmada bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 59.77 ± 9.88 , ve Aile destek alt boyut puan ortalaması 22.46 ± 4.43 , Arkadaş destek alt boyut puan ortalaması 20.22 ± 5.61 , özel biri alt boyut ölçek puan ortalaması 17.09 ± 6.25 'dir.

Sonuç: Bu sonuçlara göre palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaya bakım veren hemşirenin klinik ve ev ortamında hastaya verilecek bakım hakkında bakım vericileri bilgilendirmeleri ve destek olmaları hem bakım veren hem de bakım alan bireylerin sosyal destek düzeylerini olumlu etkileyecektir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Bakım verenler, Algılanan Sosyal Destek

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the perceived social support levels of caregivers of palliative care patients.

Method: The sample of this descriptive study consisted of caregivers of inpatients in Palliative care units in Malatya Training and Research Hospital between July and September 2019. At the time of the survey, 100 caregivers who agreed to participate were reached. Data were collected by using the introduction form and Multidimensional Perceived Social Support Scale. Descriptive statistics and correlation statistics analysis methods were used in the evaluation.

Results: The mean age of the caregivers in the study was 39.08 ± 14.07 , 68% were women, 36% were primary school graduates, 81% were married, 60% were employed in a job, 56% were perceived to have a good income level, 45% stated that they had been caring for 6 months and 1 year, 37% said that they are engaged in care for 3 hours per day, 74% stated that caregiving negatively affects their social life. The mean score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale of the caregivers in the study was 59.77 ± 9.88 , and the average score of the family support subscale was 22.46 ± 4.43 , the average score of friend support subscale was 20.22 ± 5.61 , and the average score of a special sub-scale was 17.09 ± 6.25 .

Conclusion: According to these results, it was determined that the perceived social support levels of the caregivers of palliative care patients were above the moderate level. The fact that the nurse who gives care to the patient in the palliative care clinic informs the caregivers about the care that will be given to the patient in the clinic and home environment will positively affect the social support levels of both caregivers and the caregivers.

Keywords: Palliative care, Caregivers, Perceived Social Support

GİRİŞ

Palyatif bakım ise ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir. Yaygın olarak tedavi edici yaklaşımların

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yetersiz kaldığı ölümcül hastalarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade edilmektedir (1,2).

Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır (3). Sadece yaşamın son döneminde yapılan bakım olmayıp hastalık evresine bakılmaksızın tıbbi bakıma hem küratif, hem de yaşam süresini uzatıcı bakım sırasında entegre edilmesi gereken bir tedavi şeklidir (4). Modern bakış açısı ile ele alındığında palyatif bakım için farklı tanımlamalar yapılmaktadır.

Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi 2014 yılında yürürlüğe konulmuş ve 2015 tarihinde revize edilmiştir (5,6). Güncel durumda 81 ilde 4.361 yatak ile 332 sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır (7).

Bakım hizmetleri iki şekilde sunulmaktadır. Bunlardan ilki, resmi ve özel kurumlar tarafından yapılan formal bakım, diğeri ise aile, yakın akraba, komşu veya arkadaşlar tarafından sağlanan informal bakımdır. Formal bakım hizmetlerinin başında palyatif bakım ve evde sağlık hizmetleri gelmektedir (8).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (9).

Bakım verenin güçlük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır (10). Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilir. Bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel güçlükler görülebilir. Fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyete de artışa neden olmaktadır. Eski unutulmuş çatışmalar, hayal kırıklıklarının yeniden canlanması ile psikolojik güçlükler de görülebilir (10).

Sosyal destek kavramı, bireylerin sevildiklerine, korunduklarına inandıkları bir sosyal sisteme bağlanması, gerçek kabul ettikleri yardımı sağlamaları veya önemli, değerli bulduğu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

sosyal gruba bağlılık geliştirmeleri olarak açıklanmıştır (11). Sosyal destek kavramı tanımlamalarında ve ilgili açıklamalarda, algılanan ve sağlanan sosyal destek kavramları öne çıkmaktadır. Algılanan sosyal destek, bireyin diğerleri ile güvenilir bağları olduğuna ve desteği sağlayacağına dair bilişsel algılamasıdır. Bir anlamda kişinin destekleyici etkileşimleri yorumlama, bağlı olduğu kişilere kişisel anlamlar vermeye dayalı öznel değerlendirmesidir. Belli bir zaman sürecinde destek kaynaklarından elde edilen sosyal destek miktarıdır (12).

Yapılan çalışmalarda hasta bakımını üstlenen primer bakım verenlerin emosyonel stres, fiziksel hastalık, sosyal aktivitelere katılımında azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (10).

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ağustos- Eylül 2019 tarihleri arasında Palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmada veriler tanıtım formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

899

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Smith et al. tarafından geliştirilen ölçeğin Eker ve Arkar (1995:45-55) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13). Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1–7puan) likert tipi bir ölçektir. Ölçek bir toplam puan ve ailele ilgili algılanan sosyal desteği, arkadaşlar ile ilgili algılanan sosyal desteği ve birey için özel olan kişi ile ilgili algılanan sosyal desteği ölçen üç alt ölçek puanlarını içerir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın artışı, algılanan sosyal desteğin artışı göstermektedir (13). Güvenirlik bulgularında ise iç tutarlık katsayısının 0.80–0.95 arasında olduğu ve ölçek ve alt ölçekler için kabul edilebilir düzeyde iç tutarlık gösterdiği görülmüştür.

BULGULAR

Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 39.08 ± 14.07 , %68’i kadın, %36’sı ilköğretim mezunu, %81’i evli, %60 bir işte çalıştığı, %56 algıladıkları gelir düzeyinin iyi olduğunu, %45 6 ay ile 1 yıllık süredir bakım verdiklerini, %37 günlük 3 saat bakım verme

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ile uğraştıklarını, %74 bakım vermenin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediklerini ifade etmiştir. Araştırmada bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 59.77 ± 9.88 , ve Aile destek alt boyut puan ortalaması 22.46 ± 4.43 , Arkadaş destek alt boyut puan ortalaması 20.22 ± 5.61 , özel biri alt boyut ölçek puan ortalaması 17.09 ± 6.25 'dir.

TARTIŞMA

Bu araştırmada bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 59.77 ± 9.88 , ve Aile destek alt boyut puan ortalaması 22.46 ± 4.43 , Arkadaş destek alt boyut puan ortalaması 20.22 ± 5.61 , özel biri alt boyut ölçek puan ortalaması 17.09 ± 6.25 'dir. Literatürde Karaaslan ve Bedük'ün kanser hastalarına bakım verenler üzerinde yaptıkları çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne göre puan ortalaması ise $55,62 \pm 23,17$ olarak belirlemiştir (14). Literatürde kanser hastalarına bakım verenler üzerinde yapılan başka bir çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 67.85 ± 15.84 , ve Aile destek alt boyut puan ortalaması 26.80 ± 2.79 , Arkadaş destek alt boyut puan ortalaması 20.44 ± 8.15 , özel biri alt boyut ölçek puan ortalaması 20.61 ± 7.99 'dur (15). Literatürdeki bu farklı sonuçlar bireylerin sosyodemografik özelliklerindeki farklılığından kaynaklandığı gibi ayrıca farklı hastalık tanısına sahip olma, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve kültürel farklılıkların bu algıyı etkileyebileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu sonuçlara göre palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta ve bakım verenlere fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlar yaşadıklarında duygularını rahatça ifade edebilecekleri ortamlar yaratmalıdır. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaya bakım veren hemşirenin klinik ve ev ortamında hastaya verilecek bakım hakkında bakım vericileri bilgilendirmeleri ve destek olmaları hem bakım veren hem de bakım alan bireylerin sosyal destek düzeylerini olumlu etkileyecektir.

KAYNAKLAR

1) Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>.26.05.2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 2) Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2010)
- 3) Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 2582-90.
- 4) Meier DE, Bishop TF. Palliative care; benefits, services, and models of care. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: May 13, 2011.
- 5) Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge; 09.10.2014 tarih ve 2014. 5407. 1970/ 640 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan.
- 6). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge; URL:<https://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/TR,5016/palyatif-bakim-hizmetlerininuygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- 7). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri; URL: [https:// khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php](https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php). Ekim 20,2018
- 8). Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk - Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15:39-44.
- 9). Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001) Family Caregivers of The Frail Elderly”, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press.
- 10). Kasuya vd 2000, Mignor 2000, Allender ve Spradley 2001,Toseland vd 2001, Lidell 2002,).
- 11) Lee, Ke., Kim S., Yoo Ym., Han, Jj., Jung, Jh., Jang Jy. (2016). ”Dependency on Smartphone Use and Its Association with Anxiety in Korea Kyung Eun”. Public Health Reports, 131(411-419).
- 12) Kef, S. (1997). ”The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents”. Journal of Visual Impairment And Blindness, 91 (236–244).
- 13) Eker, D., Arkar, H., & Yaldız, H., (2001).” Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenilirliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 12 (17-25).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 14) Karaaslan A, Bedük T (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi
- 15) Gündüz F, Akçıl RÇ. (2019). Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-161 PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN EN SIK KARŞILAŞTIĞI ETİK SORUNLAR

THE MOST COMMON ETHICAL PROBLEMS OF PALLIATIVE NURSES

Tuğba Menekli¹, Merve Torun²

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi

Özet

Giriş: Modern tıbbi teknolojiye ulaşan toplumlarda ölüm genellikle uzamış bir süreç haline gelmiştir(1). Günümüzde toplumların giderek yaşlanmaları, biyoteknolojik gelişmeler ölümü artık tıbbi bir olay haline getirmektedir. Bu noktada aslında doğal bir süreç olan ölüm, tıbbin müdahale alanına girmektedir. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden her türlü hastalığın teşhisi ile başlamakta ve duruma göre, ölüm sonrası hasta yakınlarının desteklenmesiyle ya da hayatta kalan hastanın rehabilitasyon süreci ile devam etmektedir(2). Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalık karşısında fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sorunları çözmeye odaklanır. Bu süreç sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok faktörü de barındırmaktadır(2). Türkiye’de 2010 yılından itibaren palyatif bakım politikaları oluşturulmuş ve önemli adımlar atılmıştır(1). Ülkemizde yürütülen projeler ve politikalar kapsamında palyatif bakım merkezleri hızla artmaktadır(2).

Amaç: Bu makalenin amacı palyatif bakıma ilişkin hemşirenin en sık karşılaştığı etik sorunları değerlendirmektir. Makalede; hastaya kötü haberin verilmesi, aydınlatılmış onam, fiziksel semptomların ve ağrının dindirilmesi, palyatif sedasyon, hasta ve ailesinin kararlara katılması, beslenme ve sıvı desteği ile resusitasyon başlıkları kapsamında etik sorunlar tartışılmıştır(1).

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım , etik sorun, hemşire

Abstract

Death has become an extended process in the industrialized World. These days, the population is getting gradually older and biotechnological improvements have turned death to

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

a medical subject. Currently, death, which is a natural process, has become an intervention area in medicine. Palliative care starts with the diagnosis of all kinds of diseases that threaten life and as required, continues either with support provided to the patient's relatives on the death of the patient or with the rehabilitation of the surviving patient. This period comprises not only medical factors but also many cultural, economic, and religious factors. Since 2010, palliative care policies have been established in Turkey and important steps have been taken. The number of palliative care centers is rapidly increasing within the scope of the projects performed and policies adopted in Turkey.

Objective: The aim of this article is to evaluate the most common ethical problems of the nurse in palliative care. In the article; ethical issues were discussed in the context of giving bad news to the patient, informed consent, relieving physical symptoms and pain, palliative sedation, participation of the patient and family in decisions, nutrition and fluid support and resuscitation.

Keywords: Palliative care , ethical problem, nurse

GİRİŞ

PALYATİF BAKIM

Palyatif bakım “yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunlarla karşılaşan hastaların ve yakınlarının ağrı ve fiziksel, psikososyal ve manevi diğer sorunların erken belirlenmesi, hatasız değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi sayesinde ıstırabın önlenmesi ve teskin edilmesi yoluyla yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşımdır(1). Palyatif bakım tanı konduğunda başlayan ve yaşamın son anına kadar devam eden bir süreçtir(3). Palyatif bakım ağrı ve diğer rahatsız edici semptomları rahatlatır,ölümü hızlandırmaz ama ertelemeyebilir ve normal bir süreç olarak görür. Hasta bakımının psikolojik ve manevi boyutlarını birleştirir. Hastaların ölüncüye kadar mümkün olduğunca aktif şekilde yaşamalarına, ailelerin de hastalık ve yas süreciyle başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar. Hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarına cevap vermek için gerektiğinde yas danışmanlığını da içeren ekip yaklaşımı kullanır; yaşam kalitesini artırarak hastalık sürecini de olumlu etkileyebilir(1). Palyatif bakım ekibi hemşire, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Hastaların bakımının gerçekleştirilmesinde primer bir rol üstelenen hemşirenin eğitim, tedavi, bakım, koordinasyon ve liderlik gibi önemli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerini yerine

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

getirirken hemşirenin her hastanın fiziksel, psikosoyal ve manevi gereksinimlerinin farklı olduğunu göz önünde bulundurması oldukça önemlidir(8). Palyatif bakıma gereksinimi olan bir hastaya bakım verirken etik karar vermek için gerekli olan etik ilkelerin diğer hastalara bakım verirken kullandığımız ilkelerden bir farkı yoktur. Uygun tıbbi girişimlerin seçilmesi, yarar ve zararlarının uygun bir şekilde değerlendirilmesi, hastanın isteklerinin saygın bir şekilde yerine getirilmesi yapılması gereken en uygun girişimlerdir. Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı en önemli sorunlardan biri de etik sorunlardır(8).

Günümüz bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, özellikle biyomedikal alandaki gelişmeler sayesinde durmuş olan bir kalbi yeniden canlandırmak, respiratörle solunumu devam ettirmek, işlevini kaybetmiş birçok organı, organ nakli yoluyla değiştirmek, ağızdan beslenemeyen bir hastayı aylarca enteral ya da intravenöz yolla beslemek ve yaşamını devam ettirmek olanaklıdır. Bu olanaklar aynı zamanda yaşam ve ölüm arasındaki çizginin giderek belirsizleşmesine, etik sorunların ortaya çıkmasına ve bakım işlevlerinin karmaşıklaşmasına yol açmaktadır(9). Hemşireler, çalışmalarında pek çok etik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlar ise; hastaların bakımı ve tedavisi konusunda ekibin diğer üyeleri ve kurum ile farklı yaklaşımların bulunması, hasta haklarının korunması, terminal dönemdeki hastanın bakımı, aydınlatılmış onam alma, sınırlı kaynakların paylaşılması, meslektaşların etik dışı tutumlarıdır(10).

ETİK VE ETİK SORUNLAR

Etik, kelime olarak, kişi ya da mesleğin davranışlarını düzenleyen ahlaki ilkeler grubu ya da değerler topluluğu olarak tanımlanmaktadır(15). Etik, insanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini ve temellerini araştıran felsefe dalıdır(21). Etik insanların karar vermesini ve yaşamını nasıl yönlendirmesi gerektiğini etkilemektedir. Etik her gün yaptığımız eylemleri, aldığımız kararları ve gösterdiğimiz gerekçeleri bir kez daha gözden geçirmemizi ister ve bu şekilde ne yapmamız gerektiği konusunda bizi aydınlatır(16). Etiğin merkezi ve en önemli ilgi alanı, insan davranışlarını yargılamaya olanak sağlayan normlar, idealler, ilkeler, standartlar ya da ahlaki gerekliliklerdir(3). Bireylerin değer ve ilkelerinde farklılık varsa etik ikilemden söz edilmektedir(3). Etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanır(16). Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlardır. Bu nedenle, etik sorunların çözümüne yönelik uygun yaklaşımlar konusunda tüm sağlık çalışanlarının rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır(17). Bakım, hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşirenin kendi değer ve ödevlerinin çatışması için uygun bir süreçtir ve bakım esnasında yaşanan bu çatışmalar etik ikilemlerin nedenini oluşturur(21).

Etik ikilem hemşirelerin karar verme sürecinde geleneklerden ve diğer sınırlamalardan etkilenmesiyle ortaya çıkabilir(3). Hemşire etik bir sorunla karşılaştığında karar vermede güçlük yaşayabilir. Etik ikilem; iki ya da daha fazla seçenek olduğunda, hangi seçeneğin daha iyi olduğuna karar verme güçlüğü bulunduğu, mevcut sorunlar var olan alternatiflerle çözümlenemediğinde ortaya çıkar(16). Ekibin vazgeçilmez üyelerinden olan hemşireler, hasta ve ailesi ile en uzun süre birlikte olan ve yoğun iletişim kuran sağlık personeli olmaları nedeniyle etik değerlerin uygulanmasında ve geliştirilmesinde önemli bir konuma sahiptir(25). Etik sorunların çözümünde, hemşirenin yeri vazgeçilmezdir. Hemşire, hastanın savunucusu olarak önemli bir konumdadır. Sağlık personeli, karşılaştığı etik problemlerin çözümünde tek başına hareket edemez, diğer sağlık personelinin de kararda mutlaka yer alması ve hasta ile ilgili karar verme sürecinde temel belirleyici olması gerekmektedir(10). Hemşirenin etik sorunları daha az yaşaması ya da çözümlenebilmesi için etik sorunların farkında olması ve etik karar verme sürecini kullanması gerekir(16).

Palyatif Bakım Hemşiresinin En Sık Karşılaştığı Etik Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri

Ağrı ve Diğer Semptomların Kontrol Altına Alınması

Palyatif bakımda başta ağrı olmak üzere hastalığın neden olduğu semptomları önlemeye yönelik yöntemler kullanarak son ana kadar hastanın aktif ve kaliteli bir yaşam sürmesine olanak sağlamak temel amaçtır(1). Çalışmada semptomların sıklığının yüksek olduğu, en sık görülen semptomların yorgunluk, solunum yetersizliği, iştahsızlık, ağrı, baş dönmesi, anksiyete, depresyon ve mide bulantısı olduğu, bu semptomların ilerledikçe daha ağır hale geldiği ve hastaların çoğu için palyatif tedavinin yetersiz olduğu ortaya konmuştur(1).

Ölmek üzere olan hasta ve yakınlarının en büyük korkusu hastanın ağrı çekmesidir. Kontrol edilemeyen ağrı uykusuzluk, yorgunluk, huzursuzluk, içe kapanma gibi problemlere

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

neden olmaktadır. Hemşire hastanın ağrısının değerlendirilmesi ve kontrol altına alınmasında kilit kişidir. Çünkü en çok hasta ile temas halinde olan hemşiredir. Hastanın artık kür şansı kalmadığında hemşirenin asıl amacı hastanın rahatlığının sağlanması olmalıdır(16). Hemşire ve hekim hastaya ilaç dozunu verirken dikkatli olmalıdır. Hemşire ağrının giderilmesinde ağrı ilaçlarının yeterli dozda ve sıklıkta verilmesine özen göstermelidir. Hastanın yaşı, kilosu, fiziksel ve psikolojik durumu göz önüne alınarak doktor istemi kontrol edilmeli ve hastanın ağrısının 24 saat kontrolü olacak şekilde ilacın verilmesi sağlanmalıdır(16).

Kötü Haberin Verilmesi

Kötü haber vermek palyatif bakım hemşiresinin karşılaştığı etik sorunlar arasında yer almaktadır. Hasta ve ailesinin isteği ya da kültürel özellikleri nedeni ile verilecek bilgilerin filtre edilerek, aile üyelerini ve hastayı rahatsız etmeden ve umudu yıkılmadan verilmesi çok da kolay olmamaktadır. Kötü haber verme hastanın isteğine bağlıdır. Hemşire hastanın bu bilgiyi almaya hazır olup olmadığını değerlendirmelidir(16). Hasta odaklı iletişim hastanın gereksinimlerinin öncelikli olmasını gerektirir. Hasta bilgi istediğinde ondan bilginin saklanması etik bir durum değildir(16). Kötü haber vermek aileler için de çok kolay bir durum değildir. Hemşire aile ile konuşarak yardıma gereksinimleri olup olmadığını değerlendirmelidir. Hasta yakınları hastaya bilginin söylenmemesini isterse bunun etik olmadığı hastanın bilgi alma hakkının olduğu aileye açıklanmalıdır(16).

907

Aydınlatılmış Onam

İyi iletişim aydınlatılmış onamın da temelidir. Aydınlatılmış onam özellikle palyatif bakım bağlamında ülkemizde sıklıkla yanlış anlaşıldığı şekilde hastanın riskleri anladığını ve başına istenmeyen şeyler geldiğinde dava açmayacağını beyan ederek imzaladığı bir matbu form değildir. Hastanın, hekimin önerilerini kabul veya reddetme hakkını ifade eden bir iletişim sürecidir(1). Hekim ve hemşire tedavinin amaçlarını öncelikle hasta ve hasta ailesiyle birlikte tartışarak anlaşmazlıkların ve etik sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilir. Ciddi hastalık bağlamında hastanın değerleri, tercihleri ve bakımın amaçlarını anlamak hasta merkezli bütüncül bakıma ulaşmayı sağlayabilir(1).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif Sedasyon

Semptomlar kontrol altına alınamayacak kadar yoğun olduğunda sedasyon uygulanmaktadır. Palyatif sedasyon sadece hasta ölmek üzereyken, ölümüne saatler ya da çok az bir zaman kaldığında uygulanmaktadır.

Sedasyon tedavisi için kriterler:

- Hastanın ölümü çok yakında bekleniyorsa (saatler/günler)
- Semptomların kontrol altına alınmasında diğer palyatif tedavilerin etkisinin olmadığı düşünülüyorsa
- Hasta ve/veya yakını uygulamanın yararını ya da olası sonucunu biliyorsa
- Beslenme ve sıvı tedavisinin kullanımına ilişkin kararlar iyi anlaşıldıysa
- Sedasyonun sürdürülmesinde sadece opioidlerin kullanımı uygun değilse.

Sedasyon tedavisi yavaş ötanazi değildir. Ötanazideki amaç farklıdır. Aktif ötanazi hastanın yaşamını sonlandırarak acılarına son verilmesidir. Sedasyon tedavisi ise hastayı sedatize ederek semptomlarının rahatlamasına izin vermektir(16).

Hasta ve Ailesinin Kararlara Katılması

Otonomi, bir insanın kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermesi ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunmasıdır. Otonomiye saygı duymak, başka insanlardaki kendi kararlarını alabilme kapasitesine saygı duymak ve onları kendilerinin koyacakları ve koydukları ilkeler uyarınca karar vermede özgür bırakmaktır(16).

Erişkinlerin özerk olarak kendi kararlarını vermesi kabul edilmektedir. Hastalar kendi sağlık durumları, önerilen tıbbi işlemler, her işlemin gizil risk ve yararları, önerilen tedavinin alternatifleri, tedavi yapılmamasının etkileri ve tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularında tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptirler. Hastanın her türlü tedaviyi yapılan işlemleri ve geleceği ile ilgili bilgileri bilmeye hakkı vardır. Bunun için bir ekip çalışmasının olması gerekmektedir(16). Karar verme sürecini kolaylaştırmak için hemşire hasta ve ailesinin hastalık ve yaşamlarına olan etkilerini değerlendirmelidir. Hastanın değerleri, kültürü, korkuları, umutları değerlendirilmelidir. Hastalığın prognozu ve olabilecekler konusunda açık ve anlaşılır bir bilgi verilmelidir(16).

Resisütasyon/Canlandırma Yapılması

Resisütasyon uygulamayın (DNR) istemi ilk kez 1970 yılında yaşamın son dönemindeki hastalara bakım veren hemşirelerin istekleri ve soruları üzerine geliştirilmiştir. Bu hemşireler kardiyopulmoner resisütasyonun gereksiz yere uygulandığını, hasta istemediğinde de işe yaramadığının bilinmesine rağmen uygulandığını fark etmişlerdir(16). Resisütasyon istemi ve uygulanması kurumlara göre değişiklik göstermektedir. Net bir dökümantasyon ve iletişim olmadığı için, resisütasyon istemi sağlık bakım çalışanları arasında yanlış anlaşılmalara neden olmaktadır(16). Resisütasyon isteminin son dönemdeki hastanın isteği olduğunun sağlık çalışanları tarafından iyi anlaşılması gerekmektedir. “Resisütasyon uygulanmasın” isteği artık hastanın vazgeçmesi ya da rahatını sürdürmek için gerekli tedavisini durdurması anlamına gelmemektedir. Sadece yaşamın son anında kardiyopulmoner resisütasyonun yapılmaması anlamına gelmektedir(16). Resisütasyon işlemleri her zaman etik sorunlara neden olmuştur. Ancak artık son yıllarda ülkeler, hastaneler ve bakım kurumları kendi ülkelerinin yasaları çerçevesinde kurallarını ve prosedürlerini oluşturmuşlardır. Bu prosedürler etik ikilemlerin yaşanmasını azaltmıştır(16).

Ülkemizde henüz bu konuda bir standardizasyon yoktur. Daha çok kuruldaki hekim ve diğer sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki kararlara göre yapılmaktadır. Bu durumda hemşire bazı etik ikilemlerle karşılaşmaktadır(16). Hasta ve yakınları genellikle bu konuyu konuşmak istememektedirler. Ya da son ana kadar hastanın yaşatılması için tüm işlemlerin yapılmasını istemektedir. Bu istek hasta ve ailenin ortak isteği, kararı olmayabilir. Hemşire çalıştığı kurumdaki DNR politikasını bilmelidir. DNR kayıt edilmeli ve güncellenmelidir. Hemşire hastanın durumu ve seyri hakkında açık ve net bir bilgi vermelidir. Hasta ve ailesine açıklanmalı ve kararlarını gözden geçirmeleri için fırsat vermelidir(16).

Beslenme ve Sıvı Desteği

Hastanın beslenmesinin ve sıvı alımının kesilmesine karar verilmesi, hasta, yakınları ve sağlık ekibi ile birlikte verilmesi gereken bir karardır. Yemek yemek ve su içmek temel insan gereksinimlerindedir ve insan olmanın, canlı ve yaşıyor olmanın bir göstergesidir(16). Bakım vermek hemşirenin en temel rolüdür. Bakımın içinde hastanın yeme ve içmesini değerlendirmek ve sürdürmek önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın beslenmesinin sürdürülmesinin hastaya yarar mı zarar mı getireceğine karar verilmesi sırasında etik sorunlar yaşanmaktadır. Hasta karar veremediğinde ailesi buna karar vermelidir. Aileye gerekli

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

açıklamalar yapılmalıdır(16). Hastanın beslenmesinin kesilmesine karar verildiğinde hemşire hastanın konforunu sürdürmek için gerekli bakımları vermeye devam etmelidir. Hastanın ağız bakımı sürdürülmeli, ağız kurluğu giderilmelidir. Yaşam kalitesini sürdürmek için gerekli bakımları yerine getirmelidir(16).

Hemşirelerin Etik Sorunlara Yaklaşımı

Hemşirelerin en önemli sorumluluğu; ortaya çıkan etik sorunları, temel etik ilkeleri rehber alarak çözüme ulaştırmak olmalıdır. Ortaya çıkan etik sorunlar insan hakları, hasta hakları, sınırlı kaynakların paylaşılması ve yaşamı uzatan girişimlerin yaşam kalitesine etkileri konularıyla birlikte ele alınmalıdır. Etik sorunların çözümünde etik ilkelere dayalı karar verme süreçlerinin kullanılması gerekmektedir.

Bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin, etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları ve bu doğrultuda bakım vermeleri zorunludur. Hemşirelerin bakım vermede etik açıdan birincil değeri, inançları bakım verdiği birey ve yakınlarının değer sisteminden ne kadar farklı olursa olsun, sağlıklı ya da hasta bireyin iyiliğidir(26).

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım hastasına bakım veren hemşire etik bir sorunla karşılaştığında da karar verme de güçlük yaşamaktadır(16). Yaşamı tehdit eden her türlü teşhis için geçerli olan; teşhis konduğu andan itibaren hasta ve hasta yakınları için başlanması gereken palyatif bakım içinde sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok süreci de barındırmaktadır(2). Bu karmaşık süreçlerin farkında olmak verilen bakımın etkinliği için önemli bir noktadır. Bir diğer önemli nokta da hizmet veren sağlık profesyonellerinin eğitimidir. Lisans ve uzmanlık eğitimi içinde palyatif bakım ve palyatif bakım etiği ile ilgili dersler vermek uygun olacaktır. Meslek içi eğitimlerde sağlık çalışanlarının yaşamın son döneminde verilen hizmete ait bilgiler kadar; bu süreçte bireysel olarak düşünme ve sağlık personeli, hasta ve hasta yakını ile ortak karar verme konusunda eğitim alması da önemlidir(2). Sağlık sistemi içerisinde etik ikilemlerle en fazla karşılaşan sağlık ekip üyesi olan hemşirelerin, etik sorunlar karşısında oluşturacakları etik davranış, bireysel özellikler, değer ve tutumlarına göre şekillenmektedir. Hemşireler, etik ikilemler karşısında etik davranışları önemsemektedir. Hemşirelik bakım uygulamaları ve yönetime ilişkin yaşanan etik ikilemlerde hemşireler, karar vermeyi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yönetebilmeli, sorun çözmeye odaklanabilmeli ve soruna/duruma sistematik bir şekilde yaklaşabilmelidir(29).

Bu etik konular, sorunlar ve ikilemler karşısında hemşirelere yol gösterecek olan ve sorunların çözümünde yardımcı olabilecek olan etik kodlar ve ilkeler, etik karar verme süreç ve modelleri, hasta hakları, yasalardır. Tüm bunların yansira etik sorunların çözümde hastanedeki etik komitelerden ya da danışmanlardan da yardım alınabilir. Etik eğitimler ve etik kültür anlayışının oluşturulması ve benimsenmesi de bu etik sorunların oluşumunu engelleyebilir, oluşmuşsa çözümünde etkili olabilir(30). Hastayla sürekli iletişim halinde olan bir hemşirenin etik uygulama sırasında ortaya çıkan sorunlarla daha fazla karşılaşacağı ve daha çabuk fark edeceği düşünülür(31). Yaşamın son dönemin de hasta ve aile hassas olduğu için palyatif bakım hemşiresinin de daha duyarlı olması ve hasta ile bakım verenlerin etik kararların için de mutlaka yer alması önerilmektedir(16).

KAYNAKLAR

- 1) Akpınar A, Alvir M. Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2017; 8(4): 292-298.
- 2) Demir M. Palyatif Bakım Etiği. Yoğun Bakım Dergisi. 2016; 7: 62-66.
- 3) Elçigil A , Bahar Z, Beşer A ve ark. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14: 2.
- 4) Stajduhar KI, Funk L, Cohen SR et.al. Bereaved family members' assessments of the quality of end-of-life care: what is important? J. Palliat Care. 2012; 27(4):261-269.
- 5) Hostutler J, Kennedy MS, Mason D et.al. Nurses Then and now Oncology nursing. Am J Nurs 2000;100(4):76-7.
- 6) Dougherty CJ. Ethical values at stake in health care reform. JAMA 1992;268(17):2409-12.
- 7) Gillon R. Nursing ethics and medical ethics. J Med Ethics. 1986;12(3):115-6.
- 8) Korhan AE , Kırşan M , Yıldırım D ve ark. Palyatif Bakımda Etik Sorunlar Bir Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2019; 27(2): 116-27.
- 9) Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009; 40: 113-119.
- 10) Aksu T, Akyol A. İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2011; 19(1): 16-24.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 11) Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry* 2000;7:166-74.
- 12)Turkoski BB. Home care and hospice ethics: using the code for nurses as a guide. *Home Healthcare Now*. 2000;18(5):308-16.
- 13)Lin CF, Lu MS, Chung CC et.al. A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics*. 2010;17(3):373-82.
- 14)Allmark P. Can the study of ethics enhance nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(6):618-24.
- 15)Kahriman İ, Çalık YK. Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(3): 111 – 121.
- 16)Elçigil A. Pediatrik Palyatif Bakım Hemşiresinin Karşılaşabileceği Etik İkilemler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2011; 19(3):
- 17)Öztürk H, Hindistan S, Kasım S ve ark. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009; 13(2): 77-84.
- 18)Vanlaere L, Gastmans C. Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. *Nursing Ethics*. 2007;14(6):758-66
- 19)Grady C, Danis M, Soeken KL et.al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *The American Journal of Bioethics*. 2008;8(4):4-11.
- 20)Görgülü RS, Dinç L. Ethics in Turkish nursing education programs. *Nursing Ethics*. 2007;14(6):741-52.
- 21)Dalcalı KB, Şendir M. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*. 2016; 24(1): 1-9.
- 22)Sadeghi R, Ashktorab T. Ethical problems observed by nursing students: a qualitative approach. *Iran J Med Ethics*.2011; 5(15): 44–62.
- 23)Borhani F, Jalali T, Abbaszadeh A et.al. Nurses' perception of ethical climate and job satisfaction. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5:6.
- 24)Karagözoğlu Ş, Özden D, Yildirim G. Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*.2014; 16(1):
- 25)Oran TN, Yüksel E. Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2015; 1(3): 7-13.
- 26) İbrahimoğlu Ö. Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2017; 4;3 -26.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 27)Dedeli O, Yıldız E, Yuksel S. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. *Holist Nurs Pract.* 2015; 29(2):103-13.
- 28)Henry B. A systematic literature review on the ethics of palliative sedation: an update *Curr Opin Support Palliat Care* 2016; 10(3):201-7.
- 29) Hakko A , Kıvanç MM. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Etik Davranışlar Oluşturma. *Journal of Health and Nursing Management.* 2018; 5(3): 227-232.
- 30) Öztürk H. Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.* 2010; 18(3): 183-91.
- 31)Utlü N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi.* 2016; 29: 17-35.

S-162 ÖĞRENCİLERİN İLETİŞİM DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER STUDENT COMMUNICATION LEVELS AND FACTORS AFFECTING

Rukuye Aylaz¹, Aydın Avcı²

1.Prof.Dr. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya , Türkiye

Email:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr

2.Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Kişinin yaşadığı toplum içerisinde var olan kuralları, değer ve inançları öğrenebilmesi iletişimle gerçekleşmektedir. Ayrıca başkalarıyla bir arada olmak, kendini anlatabilmek, diğerlerini anlayabilmek, kısacası toplumsallaşmak isteyen insan iletişim kurmaya yönelmektedir. Üniversite eğitiminin öğrencilerin iletişim becerileri açısından farklılaşp farklılaşmadığının araştırılması ve iletişim becerileri ile bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma 10 Nisan – 1 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 4. Sınıfta öğrenim gören 275 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 171 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “İletişim Becerileri Envanteri” aracılığı ile elde edilmiştir. Kişisel Bilgi Formu; öğrencilerin cinsiyet, yaş, öğrenim gördüğü sınıf, ailesinin yaşadığı yer, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne-babanın öğrenciye yönelik tutumları, öğrencinin arkadaşlarıyla ilişkileri gibi tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan oluşan bir formdur. İletişim Becerileri Envanteri (İBE), üniversite öğrencilerinin sahip oldukları iletişim beceri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen 5’li Likert tipi bir ölçek 45 sorudan oluşmaktadır. Envanter zihinsel, duygusal ve davranışsal açıdan iletişim becerilerini ölçmektedir. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Boyutlarda ve toplam iletişim becerisinde yüksek puan, yüksek iletişim becerisine karşılık gelmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45’dir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız grupta t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamaları 22.62 ± 2.8 , %71.9'u kadın öğrencilerinden oluşmakta, %64.3'ünün annesi, %51.5'inin babasının ilköğretim mezunu %80.7'sinin ekonomik durumunun orta ve öğrencilerin %47.4'ü iletişim becerileri ile ilgili özel eğitim aldıkları saptandı.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 105, standart sapması 23 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin orta düzeyde iletişim becerilerine sahip oldukları ve eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin iletişim becerilerinin düzeylerinin daha iyi olabilmesi için iletişim beceri geliştirmelerine yönelik ortamların yaratılması önerilmektedir.

Anahtar kelime: İletişim becerileri, öğrenci, hemşire

Abstract

Introduction and Objective: The person can learn the rules, values and beliefs that exist in the society where he / she lives. In addition, people who want to be together with others, to express themselves, to understand others and to socialize in short, tend to communicate. The aim of this study was to investigate whether university education differed in terms of students' communication skills and to investigate the relationship between communication skills and some demographic variables.

Method: This cross - sectional study was conducted between 10 April - 1 June 2019. The universe of the study consisted of 275 students studying in İnönü University Faculty of Nursing in the 4th grade. In the research, it was aimed to reach the whole universe by not selecting the sample. However, 171 students were included in the study because some of them did not want to participate in the study and they did not attend. The data of the research was obtained through Bilgi Personal Information Form "and" Communication Skills Inventory.. Personal Information Form; It is a form consisting of 11 questions to determine the descriptive characteristics of the students such as gender, age, class, place of family, education level of the mother, education level of the father, socio-economic level of the family, attitudes of the parents towards the student, and relations of the student with friends. The Communication Skills Inventory (HCI) consists of 45 questions in a 5-point Likert-type scale developed by Eranlı and Balcı (1998) in order to evaluate the communication skill levels of university students. The inventory measures mental, emotional and behavioral communication skills. There are 15 items measuring each dimension. The high score in dimensions and total communication skills corresponds to high communication skills. The highest score that can be obtained from the scale is 225 and the lowest score is 45. In the evaluation of the data; In order to determine the relationship between number, percentage, mean and independent variables, variance analysis and t tests were used in independent groups. The significance level was accepted as $p < 0.05$. Written permission was obtained

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

from the Dean of the Faculty of Nursing and verbal consent was obtained from the students to conduct the research.

Results: The mean age of the students was 22.62 ± 2.8 , 71.9% of them were female students, 64.3% of them were mothers, 51.5% of their fathers were primary school graduates, 80.7% of them were in economic status and 47.4% of them were special education related to communication skills. were found.

Results and Recommendations: In this study, the mean scores of students were calculated as 105 and the standard deviation as 23. When these values are taken into consideration, it can be said that the participant students have moderate communication skills and it is effective to have education. It is recommended to create environments for communication skills development in order to improve the communication skills levels of the students.

Keyword: Communication skills, student, nurse

GİRİŞ

İletişim becerileri bireyler için olmazsa olmazlar şeklinde yaşamdaki yerlerini almakta, bu yüzden de önemli roller içermektedirler. Diğer insanlarla iletişim/etkileşimde bulunmayı kolaylaştırıcı özellikte olmaları, bu becerilerin kişilerarası bağlamdaki işlevlerinin önemini daha da artırmaktadır (1).

İnsan ihtiyaçlarını karşılamak, duygu ve düşüncelerini paylaşmak için iletişim kurmak zorundadır. Kurulan iletişimin niteliği aynı zamanda etkinlik gücünü belirlemektedir. İletişimin niteliği, iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile mümkündür. Buradan anlaşılacağı üzere iletişim becerisi eğitim ile geliştirilmeye açıktır. İletişim becerisi, insanın her hangi bir konuda duygu ve düşüncelerini, aktarabilmek, iletişimde bulunduğu kişiyi anlayabilmek, olası çatışmaları fark edip süreci yönetebilmek yani şahsı ve çevresi ile anlaşabilmesi adına gereksinim duyduğu asli yetidir (2). İletişim kısaca, "bilgi üretme, üretilen bilgiyi iletme ve anlam kazandırma süreci" şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımlamaya göre birçok etkinlik iletişim olarak kabul edileceği anlaşılmaktadır. Bu tanım temel alınarak iki insanın karşılıklı konuşmasını iletişim olarak kabul edileceği gibi, kurtların gelen tehlikeyi birbirlerine iletmeleri de iletişim olarak kabul edilir. Nitelikleri her ne olursa olsun, iki sistem arasındaki bilgi alışverişi "iletişim" olarak kabul edilmektedir (3). İletişim, insan için temel ihtiyaçlardan birisi olup, anlamları müşterek kılmakta ve toplu yaşayışın ön koşulu konumundadır. Var olmak, paylaşmak, yöneltmek, izlenecek yolu göstermek, hoşça vakit geçirmek, mutlu olma ve benzeri adına gerçekleştirilen iletişim, bireylerarası ilişkileri, kurumları, cemiyetleri inşa eden ve devamlılığını sağlayan bir "harç" işlevi görmektedir. Etkili iletişimin temel unsurları; kişisel farklılıkları ve her bireyin değerli olduğunu kabul etme, insana insan olması sebebi ile

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

saygı duyma, bireyin kendisine yönelik özgür kararlar alma hakkı olduğunu kabul etme, bireyleri oldukları şekilde kabul etme ve mahremiyete saygı duyulmasıdır (4).

YÖNTEM

Kesitsel tipte olan çalışma 10 Nisan – 1 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 4. Sınıfta öğrenim gören 275 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 171 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “İletişim Becerileri Envanteri” aracılığı ile elde edilmiştir. Kişisel Bilgi Formu; öğrencilerin cinsiyet, yaş, öğrenim gördüğü sınıf, ailesinin yaşadığı yer, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne-babanın öğrenciye yönelik tutumları, öğrencinin arkadaşlarıyla ilişkileri gibi tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan oluşan bir formdur. İletişim Becerileri Envanteri (İBE), üniversite öğrencilerinin sahip oldukları iletişim beceri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen 5’li Likert tipi bir ölçek 45 sorudan oluşmaktadır. Envanter zihinsel, duygusal ve davranışsal açıdan iletişim becerilerini ölçmektedir. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Boyutlarda ve toplam iletişim becerisinde yüksek puan, yüksek iletişim becerisine karşılık gelmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45’dir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özellikleri

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Erkek	48	28.1
Kadın	12	71.9
	3	
Sınıf		
2. Sınıf		23.4
3.Sınıf	40	4.7

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

4.Sınıf	8 12 3	71.9
Medeni Durum		
Evli		7.6
Bekar	13	92.4
	158	
İletişim Eğitim Alma		
Evet		47.4
Hayır	81	52.6
	90	
Mezun Olunan Lise		
Sağlık Lisesi		28.1
Teknik Lisei	48	3.5
Düz Lise		64.9
Anadolu ve Fen Lisesi	6	3.5
	11	
	1	
	6	
Anne Eğitimi Durumu		
İlk Öğretim	11	64.3
Lise	0	15.2
Üniversite		3.5
Diğer	26	17.0
	6	
	29	
Baba Eğitim Durumu		
İlk Öğretim	88	51.5
Lise	60	35.1
Üniversite	15	8.8
Diğer	8	4.7
En uzun Yaşanılan Yer		
Metropol		6.4
İl	11	60.8
İlçe		19.9
Köy	104	12.9
	34	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	22	
Gelir Durumu		
İyi	24	14.0
Orta	13	80.7
Kötü	8	5.3
	9	

Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamaları 22.62 ± 2.8 , %71.9'u kadın öğrencilerinden oluşmakta, %64.3'ünün annesi, %51.5'inin babasının ilköğretim mezunu %80.7'sinin ekonomik durumunun orta ve öğrencilerin %47.4'ü iletişim becerileri ile ilgili özel eğitim aldıkları saptandı.

Tablo 2. Öğrencilerin Demografik Özellikleri İle İletişim Becerileri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikleri	S (%)	X± SD	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet			
Erkek	48 (28.1)	103.3±12.5	t=1.23, p=0.22
Kadın	123 (71.9)	105.9±11.2	
		1	
Sınıf			
2. Sınıf	40 (23.4)	107.02±8.8	KW=0.367, p=0.83
3.Sınıf	8 (4.7)	104.63±12.6	
4.Sınıf	123 (71.9)	105.62±5.92	
		4	
İletişim Eğitim Alma Durumu			
Evet	81 (47.4)	106.24±9.2	KW=1.076, p=0.004
Hayır	90 (52.6)	104.33±13.	
		7	
		37	
Anne Eğitimi Durumu			
İlk Öğretim	110 (64.3)	104.84±12.	KW=1.076, p=0.003

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Lise	26 (15.2)	85	
Üniversite	6 (3.5)	105.7308±1	
Diğer	29 (17.0)	0.75	
		108.5000±1	
		0.25	
		105.6207±7	
		.14	
Baba Eğitim Durumu	88 (51.5)	106.29±11.	KW=2.049, p=0.562
İlk Öğretim	60 (35.1)	31	
Lise	15 (8.8)	103.75±12.	
Üniversite	8 (4.7)	82	
Diğer		105.06±10.	
		06	
		105.12±	
		8.02	
Gelir Durumu			KW=1.847, p=0.397
İyi	24 (14.0)	104.16±11.	
Orta	138 (80.7)	05	
Kötü	9 (5.3)	105.66±11.	
		75	
		101.55±11.	
		32	

Araştırmada öğrencilerin iletişim becerileri puan ortalamaları 105.23±11.6 (minimum 45, maksimum 139) dur. Öğrencilerin demografik özellikleri ile iletişim becerileri puan ortalamalarının karşılaştırılması sonuçları incelendiğinde; bu konuda özel eğitimi alma ve anne eğitim durumları ile iletişim becerileri puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu saptandı (p<0.05).

Bir sağlık disiplini olan hemşirelik bireyle kurduğu kişilerarası ilişki aracılığıyla insana doğrudan hizmet veren, çalıştığı her alanda sağlıklı veya hasta bireyle yakın ilişkide olunan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bir meslektir (5). İletişim ve kişilerarası ilişki becerileri hemşirelik becerileri arasında önemli bir yer tutmakta olup, bakım alan bireye ulaşmada önemli bir aracı olmaktadır. İletişim aynı zamanda sağlıklı /hasta bireyin bakımında güçlü bir terapotik araçtır (6,7). Hemşire kuramcılardan Orlando, Travelbee, Peplau hemşireliği kişilerarasında yer alan bir etkileşim süreci olarak tanımlamışlardır (8). Hemşirenin hizmet verdiği grupla sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurması hasta bakımına olumlu yönde yansımakta ve hemşirenin hizmet verdiği bireylerin memnuniyetinin artmasına neden olmaktadır (.9).

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 105, standart sapması 23 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin orta düzeyde iletişim becerilerine sahip oldukları ve eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin iletişim becerilerinin düzeylerinin daha iyi olabilmesi için iletişim beceri geliştirmelerine yönelik ortamların yaratılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Erözkan A. Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerilerini Etkileyen Faktörler. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi; 2005 (22), p:135-150.
2. Sungur SA. Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri Algısı İle Kişilerarası İlişki Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.
3. Kumcağız H. Yılmaz M. Çelik S.B. ve Avcı İ.A. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. Dicle Tıp Dergisi; 2011; 8(1):49-56.
4. Dursun Ö Ö ve Aydın C H. İletişimci Biçimleri Ölçeğinin Türkçeye Çevirisi, Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğinin Sağlanması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011; 6(2): 263-286.
5. Üstün B, Akgün E, Parlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi; 2005. p.1-5.
6. Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2006. p.1
7. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. [Communication skills of students of Amasya medical vocational school]. Göztepe Tıp Dergisi 2011; 26(4):152-159.
8. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-Hasta Etkileşimi [Nurse-Patient Interaction]. İ.U.F.N. Hem. Derg. 2011;19(1):54-59.
9. Xie J, Ding S, Wang C, Liu A. An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. Nurse Educ Today 2013;33:823–827.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-163 PEDIATRİ HEMŞİRELERİNİN PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI VE KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLARIN İNCELENMESİ

PALLIATIVE CARE APPLICATIONS OF PAEDIATRIC NURSES AND THEIR DIFFICULTIES

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Özet

Bu çalışma pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları ve karşılaştıkları zorlukların arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışma; Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde pediatri kliniklerinde çalışan 53 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma verileri "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği (PCPS)", "Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PCDS)" ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %81.1'i kadın, %54.7'si 30 yaş ve altında, %79,2'si evli, %71.7'si çocuk sahibi, %71.7'si lisans mezunudur. PCPS ve PCDS puan ortalamaları sırasıyla 67,6±9,1 ve 72,0±12,0 olarak saptanmıştır. Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği toplam puanı ile Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları arttıkça, yaşadığı zorlukların arttığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Palyatif Bakım Zorlukları, Hemşirelik

Abstract

This study is to determine the relationship between the palliative care practices of pediatric nurses and the palliative care challenges they face. The study was conducted with 53 nurses working in pediatrics clinics in Malatya Turgut Özal Medical Center. The research data were collected with "Nurse Information Form", "Self-Reported Palliative Care Practices Scale (PCPS)", "Palliative Care Challenges Scale (PCDS)" and Pearson correlation analysis was applied. 81.1% of the nurses participating in the study were women, 54.7% were 30 years of age or under, 79.2% were married, 71.7% had children, and 71.7% were undergraduate graduates. PCPs and PCDS score averages were 67.6±9.1 and 72.0±12.0, respectively. The total score of the palliative care practices scale based on self-notification was found to be a moderately positive relationship between the total score of the palliative care challenges scale and the total score of the palliative care challenges scale. It was found that as paediatric nurses' palliative care practices increased, the difficulties they experienced increased.

Key Words: Palliative Care, Difficulties Of Palliative Care, Nursing

GİRİŞ

Palyatif bakım kronik hastalığa sahip kişilerin bakımını içerir (Currow et al., 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı “Hasta ve ailesinin tedavisi olmayan sorunlarla karşılaştığında; ağrı, diğer fiziksel, psikososyal, manevi ve ruhani sorunlarının erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmelerinin önlenerek, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştiren yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (DSÖ,2010).

Çocuklar da palyatif bakım ise “ Çocuğun tüm beden, akıl ve ruhunun aktif bakımı ile aileye destek vermeyi içeren bakım” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2010). Palyatif bakım çocuğa tanı konulduğunda başlar ve tedavi edilip edilmediğine bakılmaksızın devam eder (Grant et al., 2009).

Palyatif bakım, hastaların ve ailelerinin kronik hastalığın her aşamasında yaşadığı sorunların ortadan kaldırılmasına ve yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanmıştır (Lanken ve Paul, 2011).

Hastaların ve sağlık profesyonellerinin bakım veya tedavi sırasında birden fazla semptomla baş etmelerinin en etkili yolu, semptom kontrolüne yönelik palyatif bakım desteği ile sağlanabilir (Uysal ve ark. 2015).

Palyatif bakım alan hastalarda ağrı, dispne, uykusuzluk ve anksiyete gibi semptomların şiddetinin ve sıklığının azaldığı, sağ kalım süresi ve psikolojik rahatlamının arttığı bildirilmiştir (Modonesi ve ark ., 2005; Temel ve ark., 2010).

Kronik hastalıklarla ilişkili semptomların tanımlanması ve uygun müdahalelerle yaşanan semptomların tedavisi, semptom kontrolü için sağlık personeli eğitiminin planlanmasında da yararlı sonuçlar verecektir.

Palyatif bakım; doktorlar, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diyetisyenler gibi sağlık personelinden oluşan palyatif bakım ekibinin ortak olarak hasta bakımı planlamasını ve sağlık ihtiyaçlarını belirlemesi ile en iyi şekilde uygulanır. En uygun palyatif bakımı sağlamak için, sağlık personelinin bilgi, beceri ve deneyim düzeylerinin farkında olması, benlik saygısı geliştirmesi ve mevcut eksiklikleri gidermek için uygun eğitim alması gereklidir (Uysal ve ark. 2015).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte, palyatif bakımda zorluklar bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakımda bilgi ve beceri eksikliği, kaliteli bakımın en yaygın zorluklarından biridir (Lynch et al., 2010). Diğer engeller ise palyatif bakım hastalarının gereksiz yere yoğun bakım ünitelerinde kalması, evde palyatif bakımın devam etmemesi, ailenin hastayı kabul etmesinde zorlanması ve yasal engellerdir (Wiener et al., 2015).

Bu engeller hem yetişkin hem de çocuk palyatif bakım hastalarında görülmektedir.

Bu çalışma pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları ile karşılaştıkları zorlukların arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Haziran - Ağustos 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmanın evrenini çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme yöntemi rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırmaya 53 pediatri hemşiresi katılmıştır. Araştırmanın dahil olma kriterleri; Hemşirelerin çocuk kliniklerinde çalışıyor olması olarak belirlenmiştir.

924

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği (PCPS)”, “Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PCDS)” kullanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk servislerinde çalışma süreleri gibi tanıtıcı özellikleri içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği (PCPS)

Nakazawa ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek. (2010), hemşirelerin palyatif bakım önerilerinin klinikte nasıl uygulandığını değerlendiren bir öz rapor ölçeğidir. PCPS'nin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Kudubeş ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ölüm aşamasında sunulan bakım (1-3. maddeler), hasta ve aile merkezli bakım (4-6. maddeler), ağrı (7-9. maddeler), deliryum (10-12. maddeler), solunum güçlüğü (13-15. maddeler), iletişim (16-18. maddeler) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır.

Beşli likert sistemine göre hazırlanan ölçekte, “1=Hiçbir zaman, 5=Her zaman” şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçek tamamından en az 18 en fazla 90 puan alınmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutundan ise en az 3 en fazla 15 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artması, palyatif bakım uygulamalarının arttığını göstermektedir.

Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PCDS)

Bu ölçek 2010 yılında palyatif bakımın zorluklarını kavramsallaştırmak için Nakazawa tarafından geliştirilmiştir. PCDS'nin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Kudubeş ve ark. tarafından yapılmıştır. Palyatif bakım zorluklarını tanımlayan 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek multidisipliner ekiplerde iletişim (1-3. maddeler), hasta ve aile ile iletişim (4-6. maddeler), uzman desteği (7-9. maddeler), belirtilerin (semptomların) azaltılması (10-12. maddeler) ve iletişim koordinasyonu (13-15. maddeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Beşli likert sistemine göre hazırlanan ölçekte, “1=Asla, 5=Çok Fazla” şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçekten alınan puan artması, palyatif bakım veren kişilerin yaşadığı zorlukların arttığını göstermektedir.

Araştırmanın Analizi

Çalışma; Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde pediatri kliniklerinde çalışan 53 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği (PCPS)”, “Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PCDS)” ile toplanmış ve korelasyon, analizi uygulanmıştır.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

BULGULAR

Araştırmaya katılan 53 hemşirenin tanıtıcı özellikleri, hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarını ve palyatif bakımda karşılaştıkları zorlukları etkileyen bazı demografik özellikleri içeren bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo.1 Çalışmaya katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	10	18,9
Kadın	43	81,1
Yaş		
30 yaş altı		54,7
30 yaş üzeri		45,3
Medeni Durum		
Evli	42	79,2
Bekar	11	20,8
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	38	71,7
Hayır	15	28,3
Mezun Olduğunuz Okul		
Ön lisans	2	3,8
Lisans	38	71,7
Yüksek lisans	13	24,5

Çalışmaya katılan hemşirelerin %81.1'i kadın ve %18,9'u erkeklerden oluşmaktadır. Hemşirelerin, %54.7'si 30 yaş ve altında, %79,2'si evli, %71.7'si çocuk sahibidir. Çalışmaya katılan hemşirelerin , %71.7'si lisans mezunu, %24,5'i yüksek lisans mezunu ve %3,8'i ise ön lisans mezunudur (Tablo 1).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo.2 Ölçek Puan Ortalamaları

	Min–Max Puan	X ± SS
PCPS Toplam Puanı	50–88	67,6±9,1
Ölüm Aşamasında Sunulan Bakım	5- 13	11,0±1,9
Hasta ve Aile Merkezli Bakım	9-15	12,5±1,7
Ağrı	6-15	11,5±2,1
Deliryum	3-15	10,0±3,6
Solunum Güçlüğü	6-15	11,4±2,4
İletişim	3-15	11,07±2,6
PCDS Toplam Puanı	18–72	72,0±12,0
Multidisipliner Ekiplerde İletişim	5-12	9,1±1,9
Hasta Ve Aile İle İletişim	3-38	10,3±4,7
Uzman Desteği	3-14	8,3±2,8
Belirtilerin (Semptomların) Azaltılması	3-14	8,7±2,7
İletişim Koordinasyonu	3-15	8,1±2,8

Tablo 2’ de görüldüğü gibi Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği puan ortalaması 67,6±9,1’dir. PCPS ölçeğinin hasta ve aile merkezli bakım alt boyutu puan ortalaması (12,5±1,7) yüksek bulunmuştur. Ölüm aşamasında sunulan bakım alt boyutu puan ortalaması 11,0±1,9, ağrı alt boyutu puan ortalaması 11,5±2,1, deliryum alt boyutu puan ortalaması 10,0±3,6, solunum güçlüğü alt boyutu puan ortalaması 11,4±2,4, iletişim alt boyutu puan ortalaması ise 11,07±2,6’dir.

Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği puan ortalaması 72,0±12,0 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyutları puan ortalamaları, multidisipliner ekiplerde iletişim 9,1±1,9, hasta ve aile ile iletişim 10,3±4,7, uzman desteği 8,3±2,8, belirtilerin (semptomların) azaltılması 8,7±2,7, iletişim koordinasyonu 8,1±2,8 olarak tespit edilmiştir.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği ile Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği'nin İlişkisi

		PCPS Toplam Puanı ve Alt Boyutları						PCDS Toplam Puanı ve Alt Boyutları					
		Hasta ve Aile Merkezli Bakım	D eliryum	Solu num Güçlüğü	İleti şim	PCP S Toplam Puanı	Has ta Ve Aile İle İletişim	Uzma n Desteği	Belirtile rin (Semptomların) Azaltılması	İleti şim m Koordinasyo nu	PCDS Toplam Puanı		
PCPS Toplam Puanı ve Alt Boyutları	Ölüm Aşamasında Sunulan Bakım	0,528**	0,024	0,453**	-	0,406**	0,009	-	-0,368*	-0,198	0,252		
		0,000	0,862	1,000	0,308	1,000	0,946	0,018	0,018	0,156	0,069		
	Ağrı	-0,252	0,755**	0,475**	0,385**	0,730**	0,409**	0,285	0,294*	0,282*	0,431**		
		0,069	0,000	0,000	0,004	0,000	0,002	0,009	0,032	0,041	0,001		
	Deliry um	-		0,643**	0,448**	0,819**	0,452**	0,330*	0,421*	0,433**	0,526**		
		0,316*	0,021	0,000	0,001	0,000	0,001	0,006	0,002	0,001	0,000		
	İleti şim m	0,120	0,448**	0,14*	0,314*	0,632**	0,114	0,282*	0,254	0,385**	0,305*		
		0,394	0,001	0,022	0,000	0,000	0,016	0,001	0,067	0,004	0,006		
	PCPS Toplam Puanı	0,131	0,819**	0,02**	0,632**	0,692**	0,309	0,183	0,338*	0,338*	0,356**		
		0,349	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,153	0,189	0,001	0,009		
	Multi	-0,209	0	-	0,2	0,1	0,2	0,64	0,588*	0,65	0,69		

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

disipliner Ekiplerde İletişim			,408**	0,179	52	80	08	4**	*	9**	5**							
		0,134	0	99	0,1	69	0,0	97	0,1	35	0,1	0,00	0,000	0	0,00	0	0,00	
Hasta Ve Aile İle İletişim		-0,066	0	,452**	55**	0,3	14	92**	0,3		1**	0,38	0,343*	0**	0,36	7**	0,68	
		0,637	0	0,001	0,09	0,0	16	0,4	0,0			0,00	0,012	8	0,00	0	0,00	
Uzman Desteği		-0,229	0	,330*	19	0,1	82*	99	0,1	81**	0,3	*	0,783*	7**	0,81	3**	0,87	
		0,099	0	0,016	97	0,3	41	0,0	53	0,1	0,05	0,0	0,000	0	0,00	0	0,00	
Belirtilerin (Semptomların) Azaltılması		-	0	,421**	46	0,0	54	0,2	83	0,1	43*	0,3	3**	0,78	9**	0,80	5**	0,84
		0,332*	0,015	0,002	43	0,7	67	0,0	89	0,1	12	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
İletişim Koordinasyonu		-0,049	0	,433**	49	0,1	85**	0,3	38*	0,3	60**	0,3	7**	0,81	*	0,809*	3**	0,87
		0,727	0	0,001	87	0,2	0,04	0,0	13	0,0	0,08	0,0	0,00	0,000			0	0,00

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

toplam puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki vardır. Ağrı alt boyutu ile deliryum alt boyutu arasında kuvvetli düzeyde, solunum güçlüğü alt boyutu arasında düşük düzeyde ve PCPS toplam puanı arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönde bir ilişki vardır.

TARTIŞMA

Palyatif bakım; doktorlar, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diyetisyenler gibi sağlık personelinin oluştuğu palyatif bakım ekibinin ortak olarak hasta bakımı planlamasını ve sağlık ihtiyaçlarını belirlemesi ile uygulanır. En uygun palyatif bakımı sağlamak için, sağlık personelinin bilgi, beceri ve deneyim düzeylerinin farkında olması, benlik saygısı geliştirmesi ve mevcut eksiklikleri gidermek için uygun eğitim alması gereklidir (Uysal ve ark. 2015).

Palyatif bakım, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte, palyatif bakımda zorluklar bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakımda bilgi ve beceri eksikliği, palyatif bakım hastalarının gereksiz yere yoğun bakım ünitelerinde kalması, evde palyatif bakımın devam etmemesi bu zorluklara örnek verilebilir (Wiener et al., 2015).

Araştırmamızda pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları arttıkça, yaşadığı zorlukların arttığı tespit edilmiştir.

Bunun sebebi hemşirelik eğitimde palyatif bakım uygulamaları ile ilgili eğitimin verilmemiş olmaması olabilir. Ayrıca ekip içi iletişimin yetersizliği, hastane kaynaklarında sınırlı sayıda olması gösterilebilir.

931

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Malatya ilinde çocuk kliniklerinde görev yapan hemşirelere yönelik yapılmış ve araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tamamına anket uygulanamamıştır.

SONUÇ

Pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları arttıkça, yaşadığı zorlukların arttığı tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1) Grant M, Elk R, Ferrell B, Morrison RS, von Gunten CF. (2009) Current status of palliative care— clinical implementation, education, and research. CA: A Cancer Journal for Clinicians 59(5): 327335.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 2) World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed September 03, 2019.
- 3) Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. (2009) A framework for generalizability in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 37(3): 373-386.
- 4) Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rocker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR. (2008) An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 177(8): 912-927.
- 5) Uysal N, Senel G, Karaca S, Kadiogullari N, Kocak N, Oguz G. (2015) The effects of palliative care on symptom control in patients hospitalized in the palliative care clinic. *Pain* 27(2): 104-110.
- 6) Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, de Lima L, Filbet M, Hegedus K, Belle O, Giordano A, Guillén F, Wright M. (2010) Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine* 24(8): 812-819.
- 7) Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Sansoni E, Amadori D. (2005) Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of Pain and Symptom Management* 30(4): 367-373.
- 8) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. (2010) The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *Journal of Palliative Medicine* 13(4): 427-437.
- 9) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine* 363(8): 733-742.
- 10) Kudubes, A. A., Bektas, M., Ayar, D., Bektas, I., Ok, Y. S., Altan, S. S., ... & Aricioglu, A. (2019). Palliative Care Difficulties and Psychometric Properties of the

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Turkish Version of the Self-Esteem Based Palliative Care Practice Scale. International Journal of Caring Sciences, 12(1).

- 11) Wiener L, Weaver MS, Bell CJ, Sansom-Daly UM. (2015) Threading the cloak: Palliative care education for care providers of adolescents and young adults with cancer. Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults 5:1.

**S-168 YENİ ALL TANISI ALMIŞ ÇOCUK VE AİLESİ: ROY ADAPTASYON
MODELİ VAKA
SUNUMU**

**NEW ALL DIAGNOSED CHILD AND FAMILY: ROY ADAPTATION MODEL
CASE REPORT**

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) bireylerin, ailelerin, toplumun ve insanın adaptasyon sistemine, çevresi ile etkileşimine odaklanmaktadır. Pediatri hemşirelerinin de, çocuğun ve ailesinin hastaneye yatma gibi yaşamlarında meydana gelen yeni durumlara karşı uyum sağlamalarında önemli rolleri bulunmaktadır. ALL' ye RAM çerçevesinde bakıldığında; hemşire öncelikle hastalığı (odak uyaran), sonra hastalığın tedavisinde yer alan ilaçların kullanımını (etkileyen uyaran) ve yaşanan sorunları tanımlayarak hasta ve ailenin eğitimini gerçekleştirmelidir. Bu olgu sunumunun amacı beş yaşında yeni tanı almış alan çocuğun Roy Adaptasyon Modeli çerçevesinde örnek bir hemşirelik bakım süreci oluşturmaktır.

Olgu: Beş yaşındaki erkek hasta temmuz ayında kemik ağrısı, ateş şikayetiyle dış merkeze başvurmuş, hasta tanısız işlemlerden (fizik muayene, laboratuvar testleri, kemik iliği aspirasyonu) sonra pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. Olguda ailenin hastalığı kabul etmemesi, çocuğun sürekli eve gitmek istemesi gibi tepkiler ile hasta ve ailesinin hastalık sürecindeki yaşadığı güçlükler, uyum sorunları tespit edilerek RAM çerçevesinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Roy Adaptasyon Modeli, Hemşirelik Bakımı, ALL, Olgu

Abstract

The Roy adaptation model (RAM) focuses on the interaction of individuals, families, society and man with their environment, with the adaptation system. Pediatrics nurses also have important roles in adapting to the new situations that occur in their lives, such as hospitalization of the child and his or her family. When all is looked at within the framework of RAM, the nurse should first identify the disease (focus stimulus), then the use of the drugs involved in the treatment of the disease (effect stimulus) and the problems experienced by the

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

patient and the family. The aim of this case report is to establish an exemplary nursing care process within the framework of the Roy adaptation model of the newly diagnosed child at the age of five.

Case: In July, a five-year-old male patient admitted to the external center with bone pain, fever, and was admitted to the pediatric oncology service after diagnostic procedures (physical examination, laboratory tests, bone marrow aspiration). The patient and his family's difficulties in the disease process, adaptation problems were identified and nursing initiatives were implemented within the framework of RAM with the reactions of the family not accepting the disease, the child constantly wants to go home.

Key Words: Roy adaptation model, nursing care, all, case

GİRİŞ

ALL

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) çocukluk döneminde en sık görülen kanser türleri arasındadır. Akut lenfoblastik lösemi, kemik iliğindeki lenfoid öncül hücrelerden köken alır. En sık olarak 2-5 yaşlarında görülmekte olup; yıllık insidansı 15 yaş altı çocuklarda 4/100.000'tür (Soycan, 2011). Erkeklerde görülme riski, kızlara oranla 1.2 kat fazladır. Etiyolojisi tam olarak tanımlanmasa da, bazı genetik sendromlar (Down sendromu, Bloom sendromu, Fanconi anemisi, nörofibromatozis ve ataksi-telengiektazi) genetik faktörler arasında yer almaktadır. Çevresel faktörler arasında anne veya babanın zirai ilaçlara maruz kalması, yüksek doz radyasyon ve enfeksiyonlar başta gelmektedir. Lösemide sıklıkla halsizlik, kilo kaybı, ateş ve tekrarlayan enfeksiyonlar gibi belirtiler nedeniyle hastaneye başvurmaktadırlar. Anemiye bağlı yorgunluk, solukluk, taşikardi; trombositopeniye bağlı peteşi, purpura, ekimoz, epistaksis de eşlik edebilmektedir (National Cancer Institute, 2018). Santral sinir sistemi tutulumu halinde baş ağrısı, kusma, fokal nörolojik bulgular ortaya çıkabilir.

ALL'de periferik kan sayımı, periferik yayma, kemik iliği aspirasyonu, histokimyasal boyama ile tanı koyulur (Çetingül et al., 2009). Çocukların kemik iliği aspirasyonu sonucunda blast oranının %25'in üzerinde olması ALL kesin tanısı almalarını sağlamaktadır.

Lösemi tedavisinin amacı, bireyi hızla remisyona sokarak, remisyonun devamlılığını sağlamak ve rölapsı önlemektir. Tanıya bağlı risk grubu (standart-orta-yüksek risk) belirlenen çocuklarda, kortikosteroidler, metotreksat, vincristin, doksorubisin, siklofosfamid, 6-

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

merkaptopurin ve sitarabin ilaçları kullanılır. Toplam tedavi süresi 2-3 yıldır. Türk Pediatrik Onkoloji Grubu Derneği ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği kayıtlarında, Türkiye’de çocukluk çağı kanserlerinde beş yıllık sağ kalım oranı tedavi yöntemlerin gelişmesi ile birlikte %80 olmuştur(Kutluk, 2007) .

Roy Adaptasyon Modeli

Sister C. Roy 1939 yılında Los Angeles’te doğdu. 1963 yılında “Mount Saint Mary’s College’de hemşirelikte lisans, 1966’da ise “University of California’da pediatri hemşireliği dalında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. Daha sonra aynı üniversite sosyoloji eğitimine başlayarak 1977’de sosyoloji konusunda doktora derecesini almıştır. Yüksek lisans eğitimi yıllarında Dorothy E. Johnson’u örnek almış ve kuramını geliştirmeye başlamıştır. Roy pediatri hemşiresi iken çocukların çabuk iyileşme yeteneği olduğunu, temel fiziksel ve psikolojik değişikliklere karşı kolay adapte olabildiklerini fark etmiştir. Hemşireliği bilimsel ve hümanistik bir meslek olarak kabul eden Roy çalışmalarında hemşirelik ile birlikte nörolojik bilimlerle ilgili konulara da yer vermiştir. İnsan varlığını değerli olduğuna doğuştan gelen yeteneklere ve amaca sahip olduğuna inanmıştır. Hemşirelik hakkındaki inançlarını ifade etmek ve çalışmalarına bunu daha çok yansıtılabilmek adına 1964-1966 yılları arasında modelin temel kavramlarını oluşturmuştur. Adaptasyon Modeli üzerine ilk yayını 1970 yılında çıkmıştır (Çatal ve Dicle, 2014; Phillips ve Harris, 2013; Velioğlu, 2009). Kuramını genişletirken, Henry Heldson’un Adaptasyon Kuramından (1964) Genel Sistem Kuramı ile Selye’nin Adaptasyon Kuramından; hümanistik değerlerden, Dorothy Johnson ile birçok farklı disiplindeki bilim insanlarının kuram ve kavramlarından yararlanmıştır (Çatal ve Dicle, 2014; Phillips ve Harris, 2013; Velioğlu, 1999).

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) bireylerin, ailelerin, toplumun uyum gereksinimlerini belirlemede temel oluşturmakta ve insanın adaptasyon sistemine, çevresi ile etkileşimine odaklanmaktadır. Pediatri hemşirelerinin de, çocuğun ve ailesinin hastaneye yatma, hastalık tanısı alma gibi yaşamlarında meydana gelen yeni durumlara karşı uyum sağlamalarında önemli rolleri bulunmaktadır.

ALL’ ye RAM çerçevesinde bakıldığında; hemşire öncelikle hastalığı (odak uyaran), sonra hastalığın tedavisinde yer alan ilaçların kullanımını (etkileyen uyaran) ve yaşanan sorunları tanımlayarak hasta ve ailenin eğitimini gerçekleştirmeli, evdeki uyumu sağlamak için gerekli planlamaları yapmalı ve hastayı düzenli olarak değerlendirmelidir. Bu olgu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sunumunun amacı beş yaşında yeni tanı almış alan çocuğun Roy Adaptasyon Modeli çerçevesinde örnek bir hemşirelik bakım süreci oluşturmaktır.

OLGU

Beş yaşındaki erkek hasta 2019 yılının temmuz ayında kemik ağrısı, ateş, halsizlik şikayetiyle dış merkeze başvurmuş, hasta tanısız işlemlerden (fizik muayene, laboratuvar testleri, kemik iliği aspirasyonu) sonra pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. Olguda ailenin hastalığı kabul etmemesi, çocuğun sürekli eve gitmek istemesi, yemek yememesi, kardeşlerinin yanına gitmek için sürekli ağlaması gibi tepkiler ile hasta ve ailesinin hastalık sürecindeki yaşadığı güçlükler, uyum sorunları, rol performansındaki değişiklikler tespit edilmiştir. RAM çerçevesinde; bilgi eksikliğinin giderilmesi, korku, anksiyetenin azaltılması, hastaneye ve hastalığa uyumun sağlanması, ağırlı işlemler ve çocuğun ev rutininin değişmesi sebebiyle ortaya çıkan uyku problemlerinin giderilmesi için hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Boy:100 cm

Kilo: 13 kg

Persentil Boy: 3. Persentil

Persentil Kilo: 3. Persentil

Şuan uygulanan tedavi

Bactrim 2x1 haftada 3 gün

Duphalac 2x1

Prednol tb. 60 mg/gün

Cipram 20 mg ½ tb günde

Tam Kan Sayımı Sonuçları:

Hb: 7.2 g/dl.

SGOT: 43 U/L

WBC: 13 K/uL

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hct: 18.4 g/dl.

BUN: 25 mg/dL.

MCV: 88.5 fL.

Hemşirelik Uygulamaları:

A. Benlik Kavramı Alanı

Davranış	Beden imgesindeki değişiklikten rahatsızlık duyma
Uyaran	<i>Odak Uyaran: ALL</i> <i>Etkileyen Uyaran: Kemoterapi</i>
Hemşirelik Tanısı	Beden İmgesinde Değişiklik
<i>Girişimler</i>	<p>Kemoterapi ile ilgili değişimlerin (saç kaybı) görüşülür.</p> <p>Endişeleri, korkuları ve bu değişimlerin yaşamı üzerine etkisini nasıl algıladığının paylaşılır.</p> <p>Tedaviden sonra saçların tekrar çıkacağını, ancak renk ve kalitenin değişebileceğinin açıklanır.</p> <p>Çocuğun vücudundaki değişimlere odaklaştırılır. (örn. Küçükken yapamadığın, şimdi yapabildiğin neler var?</p>
<i>Değerlendirme</i>	Hastalığı nedeniyle beden imgesinde ortaya çıkan değişiklikleri tanımlayarak, yaşam tarzında meydana gelen değişiklikleri olumlu ifadeler kullanarak değerlendirdi.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Davranış	Yetersiz Beslenme
Uyaran	<i>Odak Uyaran:</i> ALL <i>Etkileyen Uyaran:</i> Tedaviler, yorgunluk
Hemşirelik Tanısı	Beslenmede Değişim: Yetersiz Beslenme
<i>Girişimler</i>	Gerekli / yeterli olan günlük kalori gereksinimlerinin tanımlanır. <ul style="list-style-type: none"> • Günlük olarak vücut ağırlığının tartılır. • Yeterli beslenmenin öneminin açıklanır. • Başkaları ile birlikte yemek yemeye teşvik edilir. • Yemekten önce bulantı yaratan kokuların ortadan kaldırılması ya da çevrenin düzenlenmesi sağlanır.
<i>Değerlendirme</i>	Bulantısı olduğunu ifade ederek beslenme sorununun devam ettiği gözlemlendi.

Davranış	Tanı ve tedavilerin getirdiği strese, rol değişimlerinde sıkıntılar
Uyaran	<i>Odak Uyaran:</i> ALL <i>Etkileyen Uyaran:</i> Tedaviler, stres
Hemşirelik Tanısı	Aile İçi Süreçlerde Değişim
<i>Girişimler</i>	İçinde bulunulan durumun

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	<p>değerlendirilmesinde aileye yardım edilir.</p> <p>Uygun olduğunda ailenin güçlü yönlerinin onaylanır.</p> <p>Aile üyelerinin durumun sonucu olan duygularını fark etmeleri ve suçluluk, öfke, suçlama duygularını sözel olarak ifade etmeleri için cesaretlendirilir.</p> <p>Tekrarlı hospitalizasyonun çocuk üzerindeki etkileri konusunda ebeveynlerin bilgilendirilir.</p>
<i>Değerlendirme</i>	<p>Ebeveynlerin durumun sonucu olan duygularını fark etmeleri ve suçluluk, öfke duygularını sözel olarak ifade etmesi sağlandı.</p>

KAYNAKLAR

- Çetingül, N., Levent, M., Kantar, M., Demirdağ, B., Aksoylar, S., & Kansoy, S. (2009). Prognosis in children with rhabdomyosarcoma: A report of the intergroup rhabdomyosarcoma studies I and II. *Pediatr Blood Cancer*, 52(3), 839–833. <https://doi.org/10.1002/pbc>
- Kutluk, T. (2007). Çocukluk Çağı Kanserlerinin Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 20(2), 6–13.
- Çatal, E., & Dicle, A. (2014). Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1).
- Williams, L. M., Das, P., Harris, A. W., Liddell, B. B., Brammer, M. J., Olivieri, G., ... & Gordon, E. (2004). Dysregulation of arousal and amygdala-prefrontal systems in paranoid schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 480-489.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 6-14.
- Velioğlu P (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul, Alaş Ofset.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (Vol. 2). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Roy, S. C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing science quarterly*, 1(1), 26-34.

S-169 AKUT MİYELOİD LÖSEMİ'Lİ ÇOCUK VE AİESİ: FITZPATRİK'İN RİTİM KURAMI VAKA SUNUMU

CHILDREN WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA AND THEIR FAMILIES: FITZPATRİK'S RHYTHM THEORY CASE REPORT

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Özet

Hemşirelik kuramcılarında Fitzpatrick kuramında temel hemşirelik kavramlarının yanı sıra ritim kavramından bahsetmektedir. Fitzpatrick, yaşam ritminin krizlerle kendini gösterdiğini, bireyin deneyimlediği krizlerin ise onların sağlığını etkilediğini belirtmektedir.

Akut miyeloid lösemi (AML), normal hücrelere göre proliferasyon (hücre çoğalması) hızı artmış, spontan apoptisi (hücre ölümü) azalmış hücrelerin kontrolsüz çoğalarak, kemik iliğini inhibe etmesi sonucu ortaya çıkan malign hastalıktır.

Olgu: On beş yaşındaki erkek hasta 2019 yılının haziran ayında göğsünde sıkışma ve nefes darlığı şikayeti ile çocuk acil servise başvuran hasta tanısal işlemlerden sonra AML tanısı konularak, hastanemiz pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. Fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik anlamda şikayetleri artan çocuğun ihtiyacına yönelik olarak beslenme ritminin düzenlenmesi, boşaltım ritminin düzenlenmesi, uyku ritminin düzenlenmesi gibi hemşirelik uygulamaları ile bakım verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fitzpatrick'in Ritim Kuramı, AML, Hemşirelik Bakımı, Olgu Sunumu

Abstract

In Fitzpatrick's theory of nursing theorists speak of basic nursing concepts as well as the concept of rhythm. Fitzpatrick states that the rhythm of life manifests itself in crises, while the crises experienced by the individual affect their health.

Acute myeloid leukemia (AML) is a malignant disease that occurs as a result of uncontrolled proliferation of cells and inhibiting bone marrow, which increases the rate of proliferation (cell proliferation) relative to normal cells, and decreased spontaneous apopticia (cell death).

Case: fifteen-year-old male patient admitted to the pediatric emergency department with chest compression and shortness of breath in June 2019, was diagnosed with AML after diagnostic procedures and admitted to the pediatric oncology service of our hospital. Nursing practices such as regulation of nutrition rhythm, regulation of excretory rhythm, regulation of sleep

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

rhythm have been given care for the needs of the child whose complaints are increasing in physiological, psychological and sociological terms.

Key Words: Fitzpatrik's Rhythm Theory, AML, Nursing Care, Case Report

GİRİŞ

Akut miyeloid lösemi (AML), normal hücrelere göre proliferasyon (hücre çoğalması) hızı artmış, spontan apoptisi (hücre ölümü) azalmış hücrelerin kontrolsüz çoğalarak, kemik iliğini inhibe etmesi sonucu ortaya çıkan malign hastalıktır. Çocukluk çağında en sık karşılaşılan (%25-30) kanser türlerinden olup, genelde 1-5 yaş arasında görülmektedir. Hastaların çoğunda daha önce belirgin bir sağlık sorunu yok iken haftalar ve günler içinde artan rahatsızlık hissi vardır. Hastalara kompleks ve agresif tedavi uygulanır.

AML her yıl tanı konan yeni lösemilerin yaklaşık % 20'sini oluşturur. Çocukluk çağında ALL AML'den 4 kez fazladır, ancak yenidoğan döneminde AML çok daha sıktır. Adolesanda AML oranı artmaya başlar ve yeni vakaların % 50'si AML'dir. Bu artış erişkinde de sürer. Gelişmiş ülkelerde AML lösemilerin % 15'ini oluştururken, Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerde bu oran 1:1'dir. ALL erkeklerde daha sık görülmekteyken AML'de sıklık açısından cinsler arasında fark yoktur. Irksal farklılıklar açısından sarı ırk ön sırayı alırken bunu beyaz ve siyah ırklar izlemektedir.

Fitzpatrik'in Ritim Kuramı

Fitzpatrick kuramında temel hemşirelik kavramlarının yanı sıra ritim kavramından bahsetmektedir. Ritim kavramı insanlığın kendisinden daha eski tarihlerde var olup sürekli hareket ve tekrar anlamında kullanılmaktadır. Tüm evren kendi düzeni içinde sürekli bir ritim halindedir. Örneğin kalp atışları ve mevsimler birer ritim içindedir. Beden içerisinde kendini düzenleyen, tekrarlayıcı örnekler, biyolojik ritimler olarak adlandırılmaktadır. Biyolojik ritimler; diurnal, sirkadiyen, ultradiyen ve infradyen ritimler olarak sınıflanmaktadır (2,6). Fitzpatrick, ritim kuramında kriz durumunda bireyin bütünlüğünün tehdit edildiğini, yaşam ritminin krizlerle kendini gösterdiğini, bireyin deneyimlediği krizlerin ise insanın gelişim sürecindeki ritmik çıkışları temsil ettiğini belirtmektedir. Krizler kişinin zamansal, hareketsel, bilişsel ve algısal davranışlarını etkilemektedir. Böylece bireylerin ritim biçimlerinde meydana gelen değişiklikler, onların sağlığını etkilemektedir. Fitzpatrick ayrıca kuramında yaşamın anlamı kavramına dikkat çekmiştir. Anlam, yaşamın devamı ve güçlü kılınması için gereklidir (7, 8). Fitzpatrick kuramında temel hemşirelik kavramları üzerinde de durmuştur. İnsan açık, holistik ve ritmik bir sistem olarak görülmektedir. İnsan hem kendini hem de diğerlerini

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

İçermektedir. Kuramda insan benzersiz biyolojik, psikolojik, duygusal, sosyal, kültürel ve manevi tutumlara sahip olan birey şeklinde ifade edilir. İnsanın holistik fonksiyonları zaman, hareket, bilinç ve algı modelleri ile tanımlanır (Şekil 1). İnsana ait bu dört model yaşam boyu sağlıklı karmaşık ilişkiler içerisindedir ve bu modeller doğada ritmiktir (8, 9). Bu bağlamda kuram, insan gelişim sürecinin ritimlerle karakterize edildiğini öne süren gelişimsel bir kuramdır. Sağlık ise kuramda sürekli gelişim altında olan bir insan boyutu olarak ele alınmıştır. İnsan ve çevre arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkan dinamik bir durumdur. Ayrıca sağlığın yaşamın anlamına artan bir farkındalık oluşturduğu belirtilmiştir. İnsan, yaşamının anlamına karşı ne kadar uyanık ise, ritmik desenler ne kadar tutarlı, dürüst ve uyumlu ise sağlığının da o kadar iyi olduğu anlaşılmaktadır. Kuramda optimal sağlık, diğerleri ile ödüllendirici ilişkiler, hedefe yönelik davranış ve uzman kişisel bakımın uygulanması olup hem doğuştan hem de sonradan kazanılan insan potansiyelinin gerçekleşmesi olarak ifade edilmektedir (9). Profesyonel hemşirelik, sağlıklı yaşam uygulamalarının geliştirilmesinden köken almıştır. Birincil amacı; sağlığın optimal duruma yükseltilmesi ve korunmasıdır. Hemşirelerin kriz yaşadıkları zaman hastalara nasıl yardımcı olduklarını, nasıl hareket ettiklerini, nasıl öğrendiklerini, nasıl olgunlaştıklarını ve nasıl yaşadıklarını merak etmektedir. Kriz yaşayanlar, yaşam perspektiflerine uyum sağlama konusunda zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Hemşirelik biliminin ve hemşirelik mesleğinin esas endişesi insan varlığının temel anlayışı olarak yaşama yüklenen anlamdır. Yaşamlarının anlamları olmayan insanlar yaşamaya devam etmezler ya da kendilerine zarar vermeye başlarlar. Hemşirelik uygulamaları sağlığa yönelik gelişim sürecinin geliştirilmesine odaklanmalıdır. Metaparadigma ise insan, hemşirelik, sağlık ve çevre kavramları arasındaki geçişlere atıfta bulunmaktadır (7, 9). Kavramların tanınması ve etiketlenmesi diğerleri ile tanınmaya ve iletişim kurmaya imkan sağlamaktadır ve bu kavramları birleştiren kurallar dil aracılığı ile düşüncelerin paylaşılmasına izin verir (9).

Bu olguda, AML tanısı almış çocuğun hastaneye yatışından sonra solunum, beslenme, dışkılama ve uyku ritminde değişiklikler meydana gelmiştir.

OLGU

On beş yaşındaki erkek hasta 2019 yılının haziran ayında göğsünde sıkışma ve nefes darlığı şikayeti ile çocuk acil servise başvuran hasta tanısız işlemlerden (fizik muayene, laboratuvar testleri, kemik iliği aspirasyonu) sonra AML tanısı konularak, hastanemiz pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. 2 aydır hastanemizde yatmaktadır. Muayene rutinleri,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastanede kalış sürelerinin uzaması, tekrarlayan semptomlar çocuğun sosyal ve okul yaşamında engeller oluşturmaktadır. Fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik anlamda şikayetleri artan çocuğun ihtiyacına yönelik olarak solunum ritminin düzenlenmesi, beslenme ritminin düzenlenmesi, boşaltım ritminin düzenlenmesi, uyku ritminin düzenlenmesi gibi hemşirelik uygulamaları ile bakım verilmiştir.

Boy:149 cm

Kilo: 60 kg

Kan Grubu: A Rh+

Alerjisi: Yok

Persentil Değerleri:

Kilo: 10. persentil

Boy: 3. Persentil

Hemşirelik Uygulamaları

1. Solunum ritminin düzenlenmesi

- Hastanın solunum sayısı ve özelliği takip edildi.
- Akciğer sesleri dinlendi.
- Oksijenasyonu bozmayacak şekilde hastanın yatak başı 30 derece yükseltilerek yeterli hava yolu açıklığı sağlandı.
- Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretildi. Ameliyat sonrası dönemde de uygulaması konusunda bilgi verildi.
- Spirometre kullanımı öğretildi.
- Hastaya postral drenaj yapıldı.
- Yeterli hidrasyonu sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın solunum sayısı ile laboratuvar değerleri düşüktü.

2. Beslenme ritminin düzenlenmesi

- Hastaya beslenmenin önemi hakkında bilgi verildi. Ana öğünlerin ve ara öğünlerin amacı açıklandı.
- Yemekten önce hastada mide bulantısına neden olabilecek kokulardan uzak durulması konusunda bilgi verildi.
- Bakımı sırasında ağrılı ya da hoş olmayan işlemlerin yemek sonrasına bırakılması planlandı.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

➤ Kafeinden, baharatlı, yağ ve posa içeren besinlerden, sıcak ya da soğuk sıvılardan kaçınması söylendi.

➤ Hastaya ağız bakımı verildi.

Değerlendirme: Hastanın total protein ve albümin değerleri düşük seyretti. İştahsızlık şikayeti devam ediyordu.

3. Boşaltım ritminin düzenlenmesi

➤ Hastaya posalı besinler hakkında bilgi verildi. Meyve ve salata yemesi tavsiye edildi. Fındık, ceviz gibi sert kabuklu ve çekirdekli besinler, kepekli besinler, meyve suları, pişirilmiş meyve ve sebzeler önerildi.

➤ Günlük sıvı alımının 8-10 bardak arasında tutulması gerektiği söylendi.

➤ Kahvaltıdan yarım saat önce bir bardak ılık su içmesi tavsiye edildi.

➤ Boşaltım için her gün düzenli olarak belirlediği bir zaman diliminde alaturka tuvalete gitmesi önerildi.

4. Uyku ritminin düzenlenmesi

➤ Hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlendi. Gündüz uykularını azaltması hakkında konuşuldu.

➤ Gürültü ve sesler azaltılmaya çalışıldı.

➤ Hastaya yatmadan önce idrar yapması, geceleri sıvı alımının gündüze göre daha az olması tavsiye edildi.

Değerlendirme: Hasta, kendisiyle konuşulduktan sonraki gece daha uzun süre uyuduğunu ifade etti.

KAYNAKLAR

1. Özkan HA. Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul: 2014. p.84-95.
2. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul: 2012. p.45-50.
3. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Yayınları. İzmir: 2009.
4. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2005;9(1):6-14.
5. Ocakçı FA, Alpar EŞ. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul: 2013.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

6. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi. İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul: 2013. p.135-138.
7. Nursing Theories, Life Perspective Rhythm Model. Erişim tarihi: 30.05.2017. Erişim adresi: http://currentnursing.com/theory/Rhythm_Model_Fitzpatrick.html
8. Joyce Fitzpatrick's Life Perspective Rhythm Model. Erişim tarihi: 22.08.2019. Erişim adresi: <https://prezi.com/dlscifqfy9fa/joyce-fitzpatricks-life-perspective-rhythm-model/>
9. Greatest Nursing Models & Theories. Erişim tarihi: 20.08.2019. Erişim adresi: <https://www.nursebuff.com/nursing-theories/>

S-170 EVDE BAŞARISIZ İLAÇ YÖNETİMİNE YÖNELİK OLGU SUNUMU

CASE REPORT FOR FAILED DRUG MANAGEMENT AT HOME

Sevgi URUÇ, Ayşe SÜLÜN

- 1) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Büyük Çocuk Servisi, Malatya
- 2) İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet

Epilepsi; çocuğun fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle hemşireler, bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini uygulayarak epilepsi tanısı almış çocuk ve ailesine holistik hemşirelik hizmeti vermektedir. Bu hizmetlerden biri de evde ilaç uygulamaya yönelik aileye eğitim vermeleridir. Bu olguda; Epilepsi tanısı almış çocuğun annesinin evde ilaç uygulamaya yönelik yaşadığı güçlüğü hemşirelik süreci içerisinde ortaya konması hedeflenmiştir.

Olgu: 4500 gr normal vajinal yolla doğan 6 aylık erkek çocuktur. Düşük doğum ağırlıklı ve doğumda oksijensiz kalan hasta 24 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış, 3 günlük iken nöbet geçirmiş ve tedavi başlanmamıştır. 2 aylıkken nöbetleri tekrar başlamış ve doktora başvurmuşlardır. Doktor Luminatten, rivotril damla, tegretol, aptontain, topamax tedavisine başlamıştır. Bir süre sonra aile çocuğun nöbetlerinin sıklığının ve süresinin artması nedeniyle tekrar polikliniğe başvurmuş ve çocuğun kan tahlilinde yüksek doz ilaç aldığı saptanmıştır. Çocuğun servise yatışından sonra nöbet takibi yapıp, hastanın EEG ve VEP' i çekilmiştir. Hastaya yönelik eğitim materyali geliştirilerek ailesine eğitim verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç yönetimi, epilepsi, hemşirelik

Abstract

Epilepsy is a disease that requires the child to be prepared for physical changes, sleeping in daily medication use, repetitive medical examinations and acute medical emergencies, and negatively affects the quality of life. Therefore, nurses provide holistic nursing services to children and their families diagnosed with epilepsy by applying their independent, semi-dependent and dependent roles. One of these services is training the family to practice medicine at home. In this case; It is aimed to reveal the difficulty experienced by the mother of the child diagnosed with epilepsy in order to administer drugs at home in the nursing process.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Case: 4500 G is a 6-month-old boy born by normal vaginal route. The patient with low birth weight and without oxygen at birth remained in neonatal intensive care unit for 24 days, had a seizure while 3 days old and no treatment was started. When he was 2 months old, his seizures started again and they went to a doctor. Dr. Luminatten has started treatment with Rivotril drops, tegretol, aptontain, topamax. After a while, the family applied again to the Polyclinic due to the increased frequency and duration of the child's seizures and it was determined that the child had taken a high dose of medication in his blood test. After the child's admission to the service, seizure monitoring was performed and the patient's EEG and VEP were withdrawn. The training material for the patient has been developed and the family has been given training.

Key words: drug management, epilepsy, nursing

GİRİŞ

Çocukluk döneminin en yaygın görülen kronik hastalıklarından biri epilepsidir. Epilepsi dünyada 65 milyon kişiyi etkilemekte olup, bunların 10.5 milyonu 15 yaş altı çocuklardan oluşmaktadır (1). Genel çocuk toplumunda prevalansı yüzde 0,05-1 iken bebeklerin yaşamlarının ilk yılı içinde epilepsi geçirme insidansı 1000 de 1 dir. İnsidans yaşla birlikte azalır (1). Çocuklarda epilepsinin en yaygın nedenleri; santral sinir sistemi enfeksiyonları, hipoksi ve kafa travmasıdır. Yenidoğan epilepsileri, genellikle primer santral sinir sistemi hastalığına (intraventriküler veya diğer hemorajiler), enfeksiyonlara, metabolizma bozukluklarına, asfiksiye, elektrolit bozukluklarına ya da altta yatan diğer hastalıklara bağlı olarak gelişir (2). Epilepsi çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Epidemiyolojik çalışmalar, epilepsi hastalığı olan çocuklarda ruhsal sorunların genel nüfustaki çocuklardan 4.8 kat ve diğer kronik bedensel rahatsızlığı olan çocuklardan da iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (3). Diğer kronik hastalıklardan farklı olarak epileptik nöbetlerin ne zaman, nerede meydana geleceğinin bilinmemesi, çocuğun kendi yaşantısını kontrol etme algısını önemli düzeyde azaltmaktadır. Böylece epilepsi, çocukların günlük aktivitelerinde sosyal sınırlamalara neden olmaktadır. Aynı zamanda epilepsi; çocuğun fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır (4). Bu nedenle hemşireler, bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini uygulayarak epilepsi tanısı almış çocuk ve ailesine holistik hemşirelik hizmeti vermektedir. Bu hizmetlerden biri de evde ilaç

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

uygulamaya yönelik aileye eğitim vermeleridir (4,5). Bu olguda; Epilepsi tanısı almış çocuğun annesinin evde ilaç uygulamaya yönelik yaşadığı güçlüğü hemşirelik süreci içerisinde ortaya konması hedeflenmiştir.

Olgu, 4500 gr normal vajinal yolla doğan 6 aylık erkek çocuktur. Düşük doğum ağırlıklı ve doğumda oksijensiz kalan hasta 24 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış, 3 günlük iken nöbet geçirmiş ve tedavi başlanmamıştır. 2 aylıkken nöbetleri tekrar başlamış ve doktora başvurmuşlardır. Doktor Luminatten, rivotril damla, tegretol, aptontain, topamax tedavisine başlamıştır. Hastanın tedaviye rağmen nöbetlerinin sıklığı ve süresinin artması nedeniyle nöroloji polikliniğine sevk edilmiştir.

Olgu bizim servisimize geldiğinde kan ilaç düzeyine bakılmıştır. Fenitoin ve fenobarbitalin ilaç düzeyi yüksek bulunmuştur. Ayrıca nöbet takibi yapıp, hastanın EEG ve VEP' i çekilmiştir.

Tarih: 29/07/2019	31/07/2019	04/08/2019
Fenitoin : 78.9	71.9	42.9
Fenobarbital: 41.1	34.9	22.4

İlaç düzeyleri yüksek bulunduğu için ilaçlar stoplanmıştır. Daha sonra iki günde bir kan-ilaç düzeyi kontrol edilmiştir. Kan ilaç düzeyinin düşmesi beklenmiştir. Çocuk servisimize yatışının 7. Gününden itibaren agü gibi sesler çıkarmaya başladı. Bu yedi gün boyunca ilaçlar stoplandığı için çocuk çocuk geceleri huzursuzdu ve sürekli ağlayarak yoksunluk belirtileri görüldü. Aileye bilgi verilerek anksiyeteleri azaltılmaya çalışıldı. Aileye destek olundu. Nöbet takibi ve bilinç takibine devam edildi.

Fiziksel Muayene:

Ağırlık:7500 gr (50-75.percentil)

Boy: 64 cm (50-75.percentil)

Baş Çevresi: 43 cm (50-75.percentil)

Başını dik tutma, destekli oturma, objeye uzanma görülmemektedir.

Anne sütü alıyor.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yaşam Bulguları:

Ateş:36 Nabız: 126 Solunum: 38

Tetkik:

EEG de serebral bioelektrik aktivitede dizorganizasyon izlenmiş, VEP normaldir.

İlaç Tedavisi

Duphalac 2x3 cc PO

Rivotril 2x3 damla

Topamax 2x1 tb PO (25 MG)

Tegretol 2x4 cc PO

Epilepsili çocuğun tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar ve günlük yaşamındaki kısıtlılıkların evde de devam etmesi ailenin sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Aile üyelerinin çocuğun özel gereksinimlerini bilerek evdeki bakımı ona göre düzenlemeleri gerekmektedir.

Vakamızda da aile ilaç kullanımına ilişkin bilgi eksikliğinden dolayı ilaç yönetiminde başarısızlık yaşamıştır. Servisimizde aile için ve diğer ailelerinde aynı sorunları yaşamaması için ilaç uygulamasına yönelik eğitim materyali geliştirdik. Bu materyal biri hasta da kalacak şekilde iki nüsha halinde uygulanmaktadır. Materyalde eğitim veren kişinin adı, hastaya ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ayrıca 5 cc'lik ve 10 cc'lik enjektör görseli yer almaktadır. Ailelere ilaçları sulandırarak doz hesaplama anlatılmaktadır.

Eğitim materyali:

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

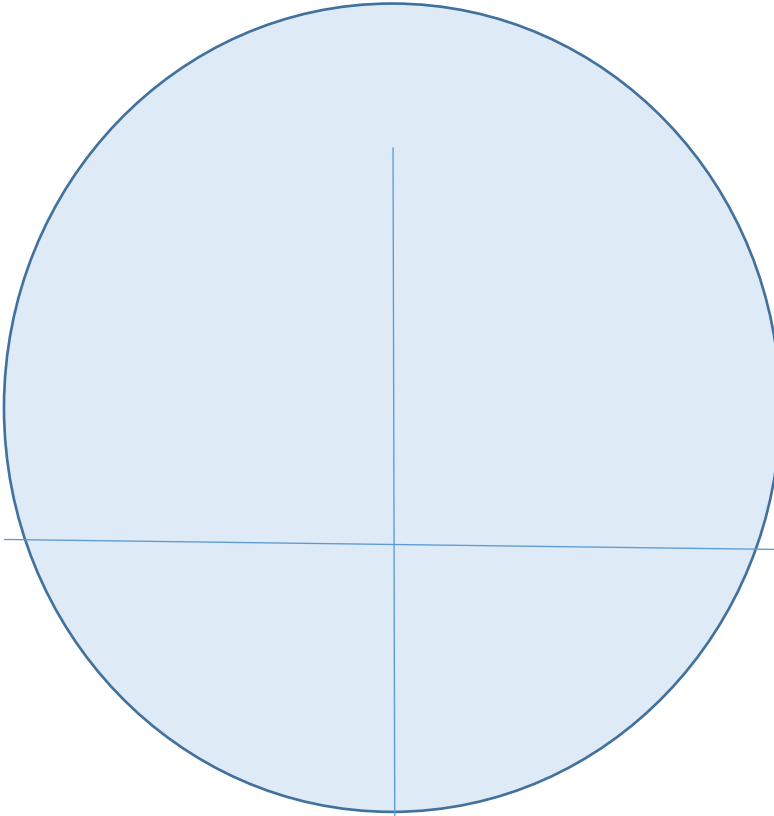
İLAÇ DOZU HESAPLAMA EĞİTİM MATERYALİ

Hastanın Adı Soyadı:

Eğitimi Veren Kişi:

Eğitimin Verildiği Tarih:

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES



KAYNAKLAR:

1. Appleton RE, Sweeney A. The management of epilepsy in children: the role of the clinical nurse specialist. *Seizure* 1995;4(4):287-91.
2. McDermott S, Mani S, Krishnaswami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *Journal of Epilepsy* 1995;8(2):110-8
3. Haber LC, Austin JK, Huster GR, Lane KA, Perkins SM. Relationships between differences in mother-father perceptions and self-concept and depression in children with epilepsy. *Journal of Family Nursing* 2003;9(1):59-78.
4. Wohlrab GC, Rinnert S, Bettendorf U, Fischbach H, Heinen G, Klein P, et al. famoses: a modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy Behav* 2007;10(1):44-8.
5. Ekinci, Ö., & Toros, F. (2013). Epilepsi Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 60-77.

S-171 KARACİĞER NAKLİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN BAKIM YÜKLERİ VE YAŞAM KALİTELERİ

PARENTAL CARE BURDEN AND QUALITY OF LIFE OF PARENT OF CHILDREN WITH LİVER TRANSPLANTATION

Maksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, Emriye Hilal YAYAN¹

¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Bu araştırma karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Esntitüsü ve Hastansi Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören çocukların ebeveynleri ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Verme Yükü Ölçeği” ve “WHOQOL-8.Tr” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ebeveynlerin büyük çoğunluğunun cinsiyetinin erkek (84.2) olduğu, nakil sürecini kötü geçirdikleri (63.2) ve hafif düzeyde bakım yüküne sahip oldukları (52.6) belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise ebeveynlerin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0.022). Sonuç olarak; Karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yükleri arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, bakım yükü, yaşam kalitesi.

Abstract

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the care burden and quality of life of parents of children with liver transplantation. This study was conducted with the parents of inpatients in İnönü University Liver Transplantation Institute and Hospital Children's Clinic. “Descriptive Information Form” prepared by the researcher, “Burden Interview” and “WHOQOL-8.Tr” were used as data collection tools. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of the statistical analyzes, it was found that the majority of the parents were male (84.2), had a poor transplantation process (63.2), and had a slight care burden (52.6). As a result of the correlation analysis, it was found that there was a negative relationship between the care

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

burden of the parents and their quality of life ($p=0.022$). As a result; The quality of life decreases as the care burden of parents of children with liver transplantation increases.

Key Words: Parents, care burden, quality of life.

GİRİŞ

İnsanlar yaşam süreleri boyunca bazı sağlık problemleri ile karşılaşabilirler ve bu problemler arasında organ yetmezliği insanların yaşadığı önemli sağlık problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Tetik ve Cebesoy, 2018). Organ yetmezliği gelişen hastaların organ ya da doku nakilleri ile iyileşme imkanı bulması ise organ naklinin önemini arttırmaktadır (Yılmaz ve Demirağ, 2019).

Hastalıklar ilerledikçe, hastanın yaşadığı fiziksel, duygusal ve bilişsel değişkenler aile üyeleri ya da diğerleri için bakım verme ihtiyacını ortaya çıkarabilir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Yaşadığı rahatsızlık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan bireyin bakımını üstlenen kişi “bakım veren” olarak tanımlanmaktadır (Taşçıoğlu ve ark, 2017). Bakım veren bireyin zorlanması, kendisini psikolojik baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi ise bakım yükü olarak tanımlanmaktadır (Türe ve ark, 2018). Bakım verme sorumlulukları arttıkça bakım verme süreci, bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Atagün ve ark, 2011).

Bireyin yaşam doyumu, öznel iyi oluş, mutluluk, işlevsellik gibi kavramların birleşiminden oluşan yaşam kalitesi, kişisel doyumun düzeyini etkileyen durumlara verilen tepkileri temsil eden bir kavramdır (Durualp ve ark, 2010). Bakım verme sürecinin yarattığı yükün bakım vericilerin yaşam kalitelerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu çalışma karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri, 01.04.2019- 01.09.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Esntitüsü ve Hastansı Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören çocukların ebeveynleri ile yürütülmüştür.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Esntitüsü ve Hastansı Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören çocukların ebeveynleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise karaciğer nakli olan çocukların 19 ebeveyni oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı” ve “WHOQOL-8.Tr” kullanılmıştır.

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Burden Interview): Bakım Verme Yüğü Ölçeğı 1980 yılında Zarit, Reeve ve BachPeterson tarafından bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğın Türk kültürüne uyarlama ve geçerlik güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı 22 maddelik, 0’dan 4’e kadar değışen (0=asla, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sık sık, 4=hemen her zaman) likert tipte bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan 0-20 arasında ise “bakım yüğü yok”, 21-40 arasında “hafif bakım yüğü”, 41-60 arasında “orta düzeyde bakım yüğü” ve “61-88” arasında ise “ağır bakım yüğü” olduğunu göstermektedir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğın iç tutarlılık katsayısının 0.87 ile 0.94 arasında değıştiğı, test-tekrar test güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğı bildirmiştir. (İnci, 2006-Tez; İnci ve Erdem, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı (WHOQOL-8.Tr): WHOQOL-Bref ölçeğinden belirli soruların seçilmesiyle oluşturulmuş üretilmiş olan genel amaçlı bir Sağlıkta Yaşam Kalitesi ölçeğidir. Toplam sekiz sorudan (ikisi genel) oluşan 5’li likert tipinde (uç sözcükleri “hiç” ve “tamamen”) bir ölçektir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Ölçek puanı, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da toplam puan 100’e dönüştürülerek değışik şekillerde hesaplanabilir. Ölçeğın ilk iki sorusu genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı ile ilgili olduğı için bu iki sorunun hiçbirinin yanıtsız olmaması gerekmektedir. Ancak geri kalan 6 sorudan en çok birisi cevapsız bırakılmış ise ölçek puanı hesaplanabilir. Bu durumda diğeri soruların ortalaması cevapsız soru yerine konularak hesaplama yapılabilir. (Eser ve ark, 2010).

BULGULAR

Tablo 1. Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri

	Yüzde (%)	Sayı (n)
Yaş	35.15±8.55	
Cinsiyet		
Kadın	3	1 5.8
Erkek	16	8 4.2
Nakil süreci ile ilgili görüş		
Orta	7	3 6.8
Kötü	12	6 3.2
Bakım yükü düzeyleri		
Bakım yükü yok	5	2 6.3
Hafif düzeyde bakım yükü	10	5 2.6
Orta düzeyde bakım yükü	3	1 5.8
Ağır düzeyde bakım yükü	1	5. 3

Tablo 1 incelendiğinde ebeveynlerin yaş ortalamalarının 35.15±8.55, büyük çoğunluğunun erkek (%84.2) olduğu, büyük çoğunluğunun nakil sürecini kötü (%63.2) geçirdikleri ve yine büyük çoğunluğunun hafif düzeyde bakım yüküne sahip olduğu (%52.6) belirlenmiştir. (Tablo 1)

Tablo 2. Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin puan ortalamaları

Ölçekler	Mean±Sd	Median (Min- Max)
Bakım Verme Yükü Ölçeği	31.51±15.93	30.00 (11- 68)
Yaşam Kalitesi Ölçeği	27.94±4.66	28.00 (17- 37)

Ölçeklerin ortalama puanları incelendiğinde, Bakım Verme Yükü Ölçeği ortalama puanı 31.51±15.93, Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanı ise 27.94±4.66 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 2)

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 3. Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri ile Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Yaşam Kalitesi Ölçeği
		Mean±Sd	Mean±Sd
Cinsiyet			
Kadın	6	32.75±16.12	28.18±5.03
Erkek		25.00±10.39	26.66±1.52
Test		U= 15.500 p=0.341	U= 17.000 p=0.431
Nakil süreci ile ilgili görüş			
Orta		33.71±18.35	28.28±4.57
Kötü	2	30.25±14.11	27.75±4.90
Test		U= 36.000 p=0.611	U= 38.500 p=0.766
Çocuğun cinsiyeti			
Kız		29.00±12.52	27.22±4.60
Erkek	0	33.80±17.95	28.60±4.85
Test		U= 41.000 p=0.744	U= 42.000 p=0.805

Tablo 3 incelendiğinde, ebeveynlerin cinsiyeti, nakil süreci ile ilgili görüşleri ve çocuğun cinsiyeti ile Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi arasındaki ilişki

		Yaşam kalitesi Ölçeği
Bakım Yükü Ölçeği		-0.521*
		0.022

Bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4)

TARTIŞMA

Bu çalışma karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ebeveynlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları sırasıyla

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

31.51±15.93 ve 27.94±4.66 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). Ebeveynlerin bakım yükü ve yaşam kalitelerini değerlendirilen çalışmalar incelenmiş ve çalışmamıza benzer sonuçlar buldukları belirlenmiştir. Taşçıoğlu ve arkadaşları hastanede yatarak tedavi gören çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmalarında ebeveynlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarını 45.74±11.03 olarak hesaplamışlardır (Taşçıoğlu ve ark, 2017). Açar organ nakli olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmasında ise ebeveynlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarını 27.32±8.35 olarak hesaplamıştır (Açar, 2018). Kuru ve Piyal otizmli çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmalarında ebeveynlerin yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını 26.17±4.91 olarak hesaplamışlardır (Kuru ve Piyal, 2018).

Ataerkil toplumlarda bakım verme sorumluluğu kadına yüklendiğinden dolayı ebeveynin cinsiyeti ile bakım yükü arasında fark olabileceği düşünülmektedir. Yayan ve Düken'in karaciğer nakli olan çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmalarında çocuğun cinsiyeti ve ebeveynin cinsiyeti ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Nakil olan çocuk erkek olduğunda ebeveynlerin bakım yükünün daha fazla olduğunu, ayrıca kadın ebeveynlerin bakım yükünün daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (Yayan ve Düken, 2019). Ancak Erdem ve arkadaşları çalışmalarında çocuğun cinsiyeti ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Erdem ve ark, 2013). Bizim çalışmamızda ise ebeveynin ve çocuğun cinsiyeti ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ancak kadın ebeveynlerin ve erkek çocuğu nakil olan ebeveynlerin bakım yükü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Ebeveynlerin yaşam kaliteleri incelendiğinde ebeveynin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Kuru ve Piyal'in otizmli çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmalarında ise ebeveynin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve babaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Kuru ve Piyal, 2018).

Bakım veren yükü, bireyin bakı verirken yaşayabileceği fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır (Atagün ve ark, 2011). Dolayısıyla bakım veren yükü arttıkça bireyin yaşam kalitesinin de etkilenebileceğinden söz edebiliriz. Çalışmamızda yaşam kalitesi ve bakım yükü arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bakım vericilerin bakım yükü arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır.

KAYNAK

1. Tetik S, Cebesoy ÜB. Ortaokul öğrencilerinin organ bağışına ve nakline yönelik görüşlerinin incelenmesi. Kuramsal Eğitim Bilim Dergisi. 2018;11(3): 486-506.
2. Yılmaz M, Demirağ S. Tıp fakültesi öğrencilerinin organ bağış ve nakli ile ilgili bilgi, düşünce ve tutumlarına tıp eğitiminin etkisi. Ankara Med J. 2019;(1):316-24.
3. Kalıncara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017; 10(2): 19-39.
4. Taşçıoğlu G, Beyazıt U, Bütün Ayhan A. Hastanede tedavi gören çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükünün incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 1(1): 10-19.
5. Türe E, Yazar A, Akın F, Aydın A. Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. Bozok Tıp Derg. 2018; 8(3): 46-53.
6. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3): 513-552.
7. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2010; 63(2): 55-63.
8. İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği (Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
9. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4): 85-95.
10. Eser E, Lağarlı T, Baydur H ve ark. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2010; 8(3): 136-152.
11. Açar A. Organ Transplantasyonu Yapılan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesi Ve Bakım Yükünün Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

12. Kuru N, Piyal B. Perceived social support and quality of life of parents of children with autism. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2018; 21: 1182-9.
13. Yayan EH, Düken ME. A comparison of caregiving burden and social support levels of parents of children undergoing liver transplant. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.04.022>
14. Erdem E, Korkmaz Z, Tosun Ö ve ark. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım yükü. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 22(2): 150-157.

S-174 AİLE MERKEZLİ BAKIM UYGULAMALARINDA TÜRKİYE’DEKİ DURUM FAMILY-CENTERED CARE PRACTICE SITUATION IN TURKEY

Abdullah Sarman¹, Ulviye Günay²

¹ Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Bingöl/ Türkiye

² İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş : Aile merkezli bakım, sağlık hizmeti veren ekip ile hastaların aileleri arasında iş birliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini içeren bir bakım yaklaşımıdır. İtibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması, aile ile işbirliği gibi temel öğeleri içermektedir. Aile merkezli bakımın amacı; sağlık çalışanlarının çocuğu ve aileyi desteklemesi, bilgilendirmesi, hastalık ve tedaviye bağlı sorunları azaltarak çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesini yükseltmektir. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de aile merkezli bakım yaklaşımının çocuk ve ailesi için uygun olduğu savunulsa da uygulamalarda istendik düzeyde yürütülmemektedir. Bu çalışma Türkiye’de aile merkezli bakımın durumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı. Konuyla ilgili literatür taraması “Pubmed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Google Akademi, Türk Medline” ulusal ve uluslararası veri tabanlarında “aile merkezli bakım, Türkiye, güncel durum, hemşirelik” anahtar kelimeleri girilerek yapılmıştır. Tüm yayınlar çalışma yöntemleri ve bulguları açısından sistematize edilerek incelenmiştir. Sonuç olarak; Türkiye’de aile merkezli bakıma yönelik bir sağlık politikası bulunmamakla birlikte ebeveynlerin hastanede çocuğunun yanında kalmasına genellikle izin verilmektedir. Ebeveynler, hastanede daha çok çocuğun fiziksel gereksinimini karşılamaktadır. Aile merkezli bakım uygulamaları yeterli oranda yürütülmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile merkezli bakım, Türkiye, Güncel durum.

Abstract

Objective: Family-Centered Care (FCC) is a care approach involving the healthcare team and the planning, presentation and evaluation of health care services based on cooperation between the families of patients. It includes basic elements such as reputation and respect, information sharing, family involvement in care and cooperation with the family. The purpose

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

of FCC; to support the child and family of health workers, to inform, to reduce the problems associated with the disease and treatment and to improve the quality of life of children and parents. Although it is argued that the FCC approach in many countries and Turkey is appropriate for the child and his / her family, it is not implemented at the desired level in practice. This study was conducted to assess the status of the FCC in Turkey. A literature review on the subject “Family-Centered Care, Turkey, current status, nursing” keywords were entered in PubMed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Turkish Medical Index, Google Academy, Turkish Medline in national and international databases. All publications were systematically examined in terms of study methods and findings. Although there is no health policy for FCC in Turkey, parents are generally allowed to stay with their child in the hospital. Parents usually meet the physical requirements of the child in the hospital. FCC practices are not carried out adequately.

Keywords: Family centered care, Turkey, Current status.

GİRİŞ

Aile merkezli bakım çocuk, aile ve sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliğine olanak sağlayan, çocuğun bakımının planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde ailelerin aktif katılımını sağlayan bir bakım yaklaşımıdır (1,2). Aile merkezli bakımın uygulamadaki temel amacı, çocuk ve aile arasındaki ilişkiyi sürdürmek, ailenin çocuk bakımında etkili olmasını sağlamak ve hastaneye yatışın çocuk ve ailesi üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek ya da en aza indirmektir (3,4). 1870’li yılların başında hastanede yatan çocuğunu ebeveynlerinin ziyaret etmesi yasak ya da sınırlı idi (5). On dokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar kabul gören ve ebeveynlerin desteği olmaksızın çocuğun bakımının daha kolay sağlanabileceği düşüncesi çocuğun bakımını zorlaştırmanın yanı sıra hastanede kalma sürecinin de uzamasına neden olmuştur (6). Anne Casey tarafından 1990’lı yılların başlarında, bakım ortaklığı olarak bilinen ortaklık modeli, ebeveynlerin her zaman çocuklarıyla birlikte olma hakkına sahip olduğu ve çocuklarının bakımıyla ilgili alınan kararlara katkıda bulunabilecekleri fikriyle yeni bir uygulama modeli olarak öne sürülmüştür. Casey, hemşireler ve ebeveynler arasında çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak ve hemşirelere uygulamalarında felsefi bir çerçeve sağlamak için stratejik bir ortaklık önermiştir. Bu model daha sonra yaygınlaşarak gelişmiştir(7).

Aile merkezli bakımın içeriğinde;

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

- Farklılıklara saygı duymak,
- Bir birey olarak hasta ve ailelerine saygı duymak,
- Sürekli ve kesintisiz bilgi paylaşımı,
- Ailenin çocuğun bakımına katılımının sağlanması ve aileyle işbirliği şeklindedir (8).

Bu bakım sayesinde ailenin ve çocuğun bakım ihtiyaçlarına yönelik kişiselleştirilmiş bir bakım planının geliştirilmesi ve uygulanması sağlanabilir. Aynı zamanda hemşire-ebeveyn işbirliği veya bakımdaki ortaklık sayesinde ebeveyn ve hemşirelerin kendi rollerinde uzmanlaşması kolaylaşmaktadır (4,9). Aile merkezli bakımın uygulanması aile, çocuk ve sağlık profesyonellerinin yaşadığı stresin azaltılması, tedavi süresinin kısaltılması, verimliliği artırmak ve verilen bakımdan memnuniyetin artmasını sağlamaktadır (10,11). Bu nedenle aile merkezli bakım yaklaşımı çocuk sağlığı hemşireliğinde giderek daha fazla önem kazanmaktadır (11).

Sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakım yaklaşımına yönelik bilgi ve farkındalık durumları, sağlık bakım kurumlarının aile merkezli bakımı destekleyecek nitelikte politikası ve hastanenin aile merkezli bakım yaklaşımına olanak sağlayacak şekilde düzenlenmesi bu bakım uygulamasını yaygınlaştırabilir (12).

Aile merkezli bakım uygulamaları evrensel bir bakım modeli olarak benimsenmesine karşın uygulamada çeşitli engeller yaşanmaktadır. Literatür incelendiğinde pek çok hemşirenin aile merkezli bakımın uygulanması yeterince bilmedikleri(13,14), sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun olması, hastanede yatan çocukların ebeveynlerinin bakıma katılmaya istekli olmamaların ve bu durumu bir stres kaynağı olarak değerlendirmeleridir (15). Bu çalışma sınırlı sayıda olan bu alandaki literatüre katkı sağlamak ve Türkiye’de aile merkezli bakımın durumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Durumuna İlişkin Türkiye’deki Çalışmalar

Konuyla ilgili literatür taraması “Pubmed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Google Akademi, Türk Medline” ulusal ve uluslararası veri tabanlarında “aile merkezli bakım, Türkiye, güncel durum, hemşirelik” anahtar kelimeleri girilerek yapılmıştır.

Feeg ve ark. (2016), aile merkezli bakımın farklı ülkelerin sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından nasıl algılandığını uluslararası karşılaştırma sonuçlarıyla belirlemeye yönelik gerçekleştirdiği çalışmanın sonucunda, Türkiye’de hastane politikalarının ebeveynlerin, yoğun bakım üniteleri dışındaki ünitelerde çocuklarıyla birlikte kalmalarına izin verdiğini ancak

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çocuk hastalıklarına yönelik bakım verilen hastanelerin birçoğunun misyon ve vizyonunda aile merkezli bakım politikalarının olmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı'nın ve özel hastanelerin herhangi bir aile merkezli bakım politikasının olmadığına değinilerek hemşirelik eğitimi verilen okullarda ve tıp fakültelerinde müfredata entegrasyonunun sağlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır (2).

Boztepe ve Çavuşoğlu (2009), Kuzlu, Kalıncı ve Topan (2011), tarafından yapılan çalışmalarda, bakım veren hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle sağlık personelinin ağır iş yükü olduğu, bu nedenle çocukların fiziksel bakımını en çok annelerin üstlendiği belirtilmiştir. Ancak bu durumun aile merkezli bakımın temel amacının gerçekleştirilmesi için değil, sadece iş yükünün beraberinde getirdiği yoğunluğu hafifletme amacını taşıdığına yer verilmiştir (16,17). Tosun ve Güdücü Tüfekçi (2015), tarafından çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarını incelemek amacıyla belli bir süre çocuğuna refakat eden ve 186 anne ile tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın sonucunda hastanede çocuklarına refakat eden anneler için aile merkezli bakım uygulamalarının istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Kurum politikası olarak aile merkezli bakımın benimsenmesi ve buna yönelik düzenlemelerin yapılmasının önemi vurgulanarak, Türkiye genelinde çocuk kliniklerinin aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve yeni politikalar geliştirilmesi önerilmiştir (18).

Erdeve, Atasay, Arsan ve Türmen (2008), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım anlayışının kabul edilmesi gerektiği, annelerin bebeklerinin yatışları sırasında yanlarında olmalarının tek başına stresi azaltmada etkisiz kaldığı ve profesyonel anlamda kabul görmüş aile destek programlarının aile merkezli yaklaşıma entegre edilmesi ve taburculuk sonrası takipte de aynı yaklaşımın devam ettirilmesi gerektiği önerilmiştir (19).

Çatalbaş, Manav, Ocakçı (2015), kalp hastalığı olan Down Sendromlu çocukların ebeveynlerinin umutsuzluk düzeylerine aile merkezli hemşirelik yaklaşımının etkisini inceledikleri, 77 ebeveyn ile birlikte yaptıkları çalışmada kalp hastalığı olan Down Sendromlu bir çocuğun ebeveynlerinin yaşayacakları umutsuzlukla baş etmelerinde aile merkezli hemşirelik yaklaşımının önemi vurgulanmıştır (20).

Günay ve Polat (2017), tarafından pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin sonuçlarının hekim ve hemşireler açısından değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılan 11 hemşire ve 4 hekimin katıldığı çalışmanın sonucunda hemşirelerin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çoğu aile merkezli bakımın aileye destek sağlamak ve bilgi vermek olduğunu belirtmiştir. Hekimler ise aile merkezli bakımı aileyi ve çocuğu bilgilendirmek, gerektiğinde aileden yardım istemek olarak tanımlamışlardır. Hem hemşire hem de hekimler klinikte aile merkezli bakımı yeterli oranda uygulamadıklarını belirtmiştir (21).

Boztepe ve Çavuşoğlu'nun (2009), bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi amacıyla annelerin çocuklarıyla birlikte kalabildikleri hematoloji-onkoloji, genel pediatri, süt çocuğu ve enfeksiyon kliniklerinden 81 annenin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmanın sonucunda, annelerin hastanede çocuklarının daha çok fiziksel bakımını üstlendikleri ve bu nedenle kendi gereksinimlerini karşılayamadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, hemşirelerin yoğun olmaları ve sorulara yanıt vermemeleri gibi nedenlerle annelerin hemşirelere soru sormadıkları ve endişelerini paylaşamadıkları belirlenmiştir (22).

Dur, Gözen ve Bilgin (2016), tarafından özel ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin ebeveynlerin çocuklarının bakım uygulamalarına katılmalarına ilişkin tutumlarını karşılaştırmak amacıyla, 70 hemşirenin katıldığı çalışmada aile merkezli bakım yaklaşımını benimsemiş hemşirelerin daha çok yüksek lisans düzeyinde eğitimlerinin olduğu, bu durumun lisansüstü eğitim programlarında aile merkezli bakım konusuna daha fazla zaman ayrıldığını ve lisansüstü eğitimin hemşirelerin konuyla ilgili tutumlarını olumlu yönde geliştirdiğini göstermiştir(23). Kuzlu, Kalıncı, Topan (2011), üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı belirlenmiştir(24). Boztepe (2009), Türkiye'deki bir çocuk hastanesinin farklı birimlerinde çalışan 18 hemşirenin aile merkezli bakım faaliyetlerine bakış açılarını değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik görüşlerinin olumlu olduğu ancak ailelerin kültürel özelliklerinin bu bakımın uygulanmasının önünde bir engel olduğu belirtilmiştir (25). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, ailelerin çocuklarının tedavisi ile ilgili karar sürecine yeterince katılmadıkları, çocuklarının daha çok fiziksel bakımına katılabildikleri, sağlık ekibi ile aralarında yeterli bilgi paylaşımı olmadığı, çocuklarıyla ilgili kaygılarını paylaşamadıkları, dinlenme ve banyo gibi öz bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları, sağlık çalışanlarının ailelerin tedavi sürecinde yer almalarına yeterince izin vermedikleri bildirilmektedir (26,27).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatür incelemesi hastane ortamında çocuklarına refakat eden ebeveynlerin genellikle anneler olduğunu, bazı hastanelerde ebeveyn çocuk ilişkisinin 24 saat birlikte kalmaya elverişli olmasına rağmen, aile merkezli bakım uygulamalarının istenen düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Hem çocuk hem de aile açısından birçok faydası olan bu bakım felsefesinin sağlık kurumlarında istendik düzeyde uygulanabilmesi için kurumun bakım felsefesi olarak aile merkezli bakımı benimsemesi ve buna yönelik bazı düzenlemeler yapılması gereklidir.

Bu amaca yönelik yapılması gerekenler;

- Çocuğun hastanedeki bakımıyla ilgili kararlara ebeveynlerin de dahil edilmesine yönelik bir hastane politikasının oluşturulması,
- İlk yatış esnasında çocuk ve ebeveynlerin hakları konusunda bilgilendirilmesi,
- Aile merkezli bakımın sağlık profesyonelleri ve çocukların aileleri arasında sorunsuz ve kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için sağlık çalışanlarına özellikle primer bakım sağlayıcı konumunda yer alan hemşirelere terapötik iletişim teknikleri konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Aile merkezli bakım uygulamalarının bakıma entegrasyonunun hizmet alanların memnuniyet düzeylerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının daha büyük örneklem gruplarında incelenmesi,
- Hastalara daha nitelikli bir bakım sunulabilmesi amacıyla eğitilmiş hemşire istihdamının sağlanıp çalışan personel sayısının artırılması olarak önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Curtis P, Northcott A. The impact of single and shared rooms on family-centred care in children's hospitals. *J Clin Nurs* 2017 ;26(11-12): 1584-96.
2. Feeg VD, Paraszczuk AM, Çavuşoğlu H, Shields L, Pars H, Mamun A Al. How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries? An international comparison study. *J Pediatr Nurs* 2016; 31(3): 267-76.
3. Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G. Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs* 2017; 22: e12175.
4. Curley MAQ, Hunsberger M, Harris SK. Psychometric evaluation of the Family-Centered Care Scale for pediatric acute care nursing. *Nursing Research* 2013; 62(3): 160-8.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5. Boztepe H. Family centered care in pediatric nursing: Review. *Turkiye Klinikleri J Nurs* 2009; 1(2): 88–93.
6. Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *DEUHYO ED* 2014; 7(4): 315–20.
7. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nurs* 2009; 24(2): 164–70.
8. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012; 16(2): 297–305.
9. Arabiat D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Harris L. Parents' experiences of family centred care practices. *J Pediatr Nurs* 2018; 42: 39–44.
10. Watt L, Dix D, Gulati S, Sung L, Klaassen RJ, Shaw NT, et al. Family-centred care: A qualitative study of Chinese and South Asian immigrant parents' experiences of care in paediatric oncology. *Child Care Health Dev* 2013; 39(2): 185–93.
11. Kuhlthau KA, Bloom S, Cleave J Van, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. *Acad Pediatr* 2011; 11(2): 136-143.
12. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *J Pediatr Nurs* 2010; 25(5): 335–43.
13. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: An integrative review of the literature. *J Clin Nurs* 2014; 23(15–16): 2086–100.
14. Tomlinson PS, Peden-McAlpine C, Sherman S. A family systems nursing intervention model for paediatric health crisis. *J Adv Nurs* 2012; 68(3): 705–14.
15. MacKean GL, Thurston WE, Scott CM. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations* 2005; 8(1): 74–85.
16. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *SBÜHD Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 11–24.
17. Kuzlu TA, Kalinci N, Topan AK. Investigation of care performed on children with respect to family centered care at a university hospital. *Fırat Health Services Journal* 2011; 6: 1–17.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

18. Tosun A, Güdücü Tfekci F. The examination of family centered care practices in pediatric clinics. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(2): 131–9.
19. Erdeve , Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 104–9.
20. Çatalba M, Manav G, Ocakçı AF. Kalp hastalığı olan Down Sendromlu çocukların ebeveynlerinin umutsuzluk düzeylerine aile merkezli hemşirelik yaklaşımı. *MSBED* 2015; 5(3): 154–61.
21. Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Derg* 2017; 7(1): 12–21.
22. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Examination of a family centered care practice at the children’s units of a university hospital. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2009; 16(1): 11–24.
23. Dur Œ, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *Güncel Pediatri* 2016; 14: 1–9.
24. Kuzlu T, Kalıncı N, Topan A. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(16): 1–17.
25. Boztepe H. Family centered care in pediatric nursing. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009; 1(2): 88–93.
26. Karabudak S, Ak B, Babakkal Z. Girişimler sırasında aile yeleri nerede olmalı. *Turk Pediatri Ars* 2010; 45(1): 53–60.
27. Aykanat B, Gözen D. Family Centered Care approach in child health nursing. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2014; 3(1): 683–95.

S-175 KADINLARDA MANEVİYAT İLE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY AND LIFE SATISFACTION IN WOMEN

Fatma KESKİN¹ Ebru GÜL², Hilal AKDAĞ³

¹ Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

² Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

³ Hemşirelik 4. Sınıf Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Özet

Bu araştırma kadınlarda maneviyat ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma, Haziran 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında 1 Aile Sağlığı Merkezinin bulunduğu bölgede 300 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Maneviyat Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA ve Korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmada kadınların %55.0'nın 18-24 yaş arasında olduğu, %60.3'ünün üniversite ve üstü mezunu olduğu, %53.7'sinin ise gelirinin giderine denk olduğu, %75.7'sinin yaşamından memnun olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve yaşamdan memnun olma durumu ile maneviyat ölçeği ve yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Yaşam doyum ölçeği ve maneviyat ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r: 0.549, p < .001$). Bu sonuçlara göre kadınların sahip olduğu maneviyat düzeyi arttıkça yaşam doyumu da artmaktadır. Bu nedenle kadınların manevi gereksinimlerine karşı duyarlı olunmalı ve maneviyatın baş etmedeki rolü desteklenerek güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Maneviyat, Yaşam Doyumu

GİRİŞ

Maneviyat kavramı Türkçeye Arapçadan geçmiş bir kavram olup; duyu organları olmaksızın kalp (gönül) ile kavranıp bilinen şeye ait olandır veya “ manaca, maddî olmayan, soyut, ruhanî, ruhca, içe ait, inançla ilgili” anlamlarına gelmektedir (TDK, 2019). Manevi ihtiyaçlar, insan vücudunu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir. Bütüncül olarak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bakıldığında; insan, manevi (spritüel) boyuta sahip, biopsikososyal bir varlıktır. Bütüncül sağlık yaklaşımı, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve manevi olarak bir bütün olduğunu ve her bireyin çevresi ile birlikte ele alınması esasına dayanır (Midilli, Kalkım, Dağhan, 2017; Sülü. 2014; Dursun, 2019). Diğer bir ifadeyle sağlık “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir”. Bu durumda bireyin sağlığını sürdürebilmesi için fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının yanı sıra manevi sağlığının da değerlendirilmesi gereklidir (Sülü, 2014; Dursun, 2019).

Günümüzde teknolojik gelişmeler ile bilimsel keşifler ortamında sağlık ve iyileşmede maneviyatın rolü daha az dikkate alınır hale gelmiştir. Bu nedenle birçok ihtiyaçlarımız karşılanırken manevi ihtiyaçlarımızın ne kadarının karşılandığı tartışılmalıdır. İnsanlar karşılaştıkları olağanüstü durumlarla özellikle başa çıkmada genellikle manevi değerlerden yardım almaktadır. maneviyat insanların kendilerini anlamasına, kendileri ile başkalarını karşılaştırmalarına ve kendilerine olan saygılarını korumalarına olanak sağlar. İnsanlara sorunları ile başa çıkmaları için umut, güç, rahatlama ve huzur verirken aynı zamanda; hastalıkları önleme ve sağlıklarının daha iyi olmasını sağlama, acıyı, ağrıyı azaltma, kişilerin hastalıklarını kabullenmesini kolaylaştırma, stres ve depresyonu azaltma ve bunlarla baş etme, yaşam kalitesini artırma, bireylerin sosyal sorumluluk üstlenmelerini sağlama, bireylerin kişisel değerlerini ve dünya görüşünü değiştirmesi açısından yararlı olur ve birçok konuda bireylere fayda sağlar (Erişen, Sivrikaya, 2017). Bu nedenle Maneviyat, pozitif psikolojinin ele aldığı konulardan biridir. maneviyatın pozitif psikolojik özelliklerle paralel olduğu görülmektedir. Bu olumlu etkilerin bireylerin özellikle pozitif psikoloji literatüründe yer alan yaşam doyumunu da artırdığı düşünülmektedir (Kavas, Kavas, 2014; Dağlı, Baysal, 2016; Şirin, 2018). İnsanların yaşamlarında mutlu olabilmeleri ve yaşamlarının bir anlam kazanabilmesi için sahip olmaları gereken temel unsurların basında yaşam doyumu gelmektedir. Bu nedenle bu çalışmada kadınlardaki maneviyat duygusu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, kadınlardaki maneviyat duygusu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya İl Merkezine bağlı bir aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölgede yaşayan iletişime açık ve araştırmayı kabul eden 18-80 yaş aralığında ki 370 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, fakat çalışmayı kabul

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

eden 300 kadınla tamamlanmıştır. Araştırma, Haziran 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Maneviyat Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır.

Maneviyat Ölçeği Maneviyat Ölçeği “Maneviyat Ölçeği” Şirin tarafından geliştirilmiştir. İç tutarlık güvenilirliği için Cronbach alpha katsayısı incelenmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha=.90$ bulunmuştur. Maneviyat Ölçeği, 5’li likert tipi bir ölçek olup 3 olumsuz 24 olumlu toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin 24’ü pozitif, 3’ü negatif maddeden oluşmaktadır. Ölçek 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar: manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, bağlantı, tabiatla uyum. Ölçek maddeleri “(1) Bana Hiç Uygun Değil, (2) Bana Uygun Değil, (3) Bana Biraz Uygun, (4) Bana Oldukça Uygun, (5) Bana Tamamen Uygun” şeklinde 5’li likert tarzında bir ölçektir. Ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde ölçekten alınacak en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27’dir. Ölçekten alınan yüksek puan, kişide maneviyatın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Şirin, 2018).

Yaşam Doyumu Ölçeği: Yaşam Doyum Ölçeği: Yaşam Doyumu Ölçeği Diener ve Diğ. (1985), tarafından geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeğinin (The Satisfaction With Life Scale) Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanması Köker (1991), tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenilirliği $r=.85$, madde-test korelasyonları ise .71 ile .80 arasında hesaplanmıştır (Dağlı, Baysal, 2016).

BULGULAR

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin Dağılımı (n=370)

Tanıtıcı Özellikleri			Maneviyat Ölçeği X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık	Yaşam Doyumu Ölçeği X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş						
18-24 Yaş	65	5.0	105.4 0+17.49	F: 9.520	13.23+ 4.69	F:13.794
25-32 Yaş	4	8.0	106.7 0+20.83	P: 0.000	13.90+ 4.80	P: 0.000
33-40 Yaş	5	1.7	113.4 0+18.76		14.42+ 5.17	
41-80 Yaş	6	5.3	120.0 4+10.48		18.30+ 4.56	
Eğitim Düzeyi						
İlköğretim(İl			117.3	F:	16.85+	F: 9.284

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

k+Orta) ve Altı	7	5.7	1+14.00	7.290	5.51		
Lise	2	4.0	109.6	P:	14.66+	P:0.000	
Üniversite ve üstü	81	0.3	6+15.97	0.001	5.07		
			106.2		13.44+		
			7+19.29		4.68		
Çalışma Durumu							
Evet	1	7.0	106.2	T:-	13.62+	T:-1.514	
			0+20.33	1.338	4.68		
Hayır	19	3.0	109.7	P:	14.50+	P:0.131	
			8+17.26	0.182	5.16		
Ekonomik Durum							
Gelir Giderden Az	08	6.0	104.1	F:	12.06+	F: 20.829	
			0+19.78	5.996	4.41		
Gelir Gidere Denk	61	3.7	111.1	P:	15.16+	P: 0.000	
			8+17.25	0.003	4.91		
Gelir Giderden Fazla	1	0.3	112.9		17.29+		
			6+13.48		4.95		
Medeni Durum							
Evli	01	3.7	114.4	T:4.	16.01+	T: 3.933	
			7+18.83	406	5.03		
Bekar	99	6.3	105.9	P:	13.38+	P: 0.000	
			4+17.71	0.000	4.82		
Çocuk Sahibi Olma Durumu							
Evet	1	0.3	115.2	T:	16.20+	T: 4.460	
			5+15.49	4.529	4.74		
Hayır	09	9.7	106.0	P:	13.42+	P:0.000	972
			1+18.57	0.000	4.74		
Kronik Rahatsızlık Durumu							
Evet	5	8.3	109.2	T:-	14.10+	T: 0.206	
			7+19.10	261	5.45		
Hayır	45	1.7	18.00	P:0.	14.30+	P: 0.827	
			+1.150	806	4.96		
Yaşamdan Memnun Olma Durumu							
Evet	27	5.7	112.5	T:1	15.78+	T: 5.757	
			3+15.51	0.780	4.44		
Hayır	3	4.3	97.24	P:0.	9.56+3	P: 0.000	
			+20.92	000	.75		
Maneviyat Düzeyi Tanımlama Düzeyi							
İyi	1	0.3	114.8	F:	14.27+	F: 28.962	
			0+15.46	14.985	5.04		
Orta	79	9.7	108.0	P:	13.69+	P: 0.000	
			8+18.16	0.000	4.45		
Kötü	0	0.0	95.03		9.86+4		
			+18.12		.703		
Yaşamda Maneviyatın Gerekli Olduğuna İnanma Durumu							
Evet	93	7.7	109.2	Z:	14.36+	Z: 547.000	
			2+17.34	814.000	5.02		
Hayır		.3	91.71	P:	10.14+	P:0.035	
			+38.33	0.351	4.45		

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Çalışmada kadınların %55.0'ı 18-24 yaş arasında olduğu, %60.3'ünün üniversite ve üstü mezunu olduğu, %73.0'ının çalışmadığı, %53.7'sinin ise gelirinin giderine denk olduğu, %66.3'ünün bekar olduğu, %69.7.2sinin çocuğunun olmadığı, %81.7'sinin kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kadınların %75.7'sinin yaşamdan memnun olduğu, %59.7'sinin maneviyat düzeyini orta düzey olarak tanımladığı, %97.7'sinin yaşamda maneviyatın gerekli olduğuna inandıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Kadınların yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 1). Çalışmada yaş arttıkça YDÖ ve MÖ puanının arttığı, eğitim düzeyi arttıkça YDÖ ve MÖ puanının azaldığı belirlenmiştir. Ekonomik düzey arttıkça YDÖ ve MÖ puanının arttığı belirlenmiştir. Kadınların çalışma durumları ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 1). Kadınların Kronik Rahatsızlık Durumu ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 1). Kadınların yaşamdan memnun olma durumu, maneviyat düzeyi tanımlama ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 1). Araştırmada kadınların yaşamdan memnun olma durumu ve maneviyat düzeyleri ile YDÖ VE MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo 1). Çalışmada yaşamdan memnun olan ve maneviyat düzeyi yüksek olan kadınların YDÖ VE MÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşamda maneviyatın gerekli olduğuna inanma düzeyi ile YDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunurken ($p<.05$) (Tablo 1). MÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Maneviyat Ölçeği İle Yaşam Doyumu Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon

		Yaşam Doyumu Ölçeği
Maneviyat Ölçeği	r	0.549**
	p	0.000
	n	300

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yaşam doyum ölçeği ve maneviyat ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur(r: 0.549, p<.001) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Kadınların eğitim düzeyi ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<.05) (Tablo 1). Eğitim düzeyi arttıkça YDÖ ve MÖ puanının azaldığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmadan farklı olarak Eryılmaz çalışmasında üniversite ve üzerinde eğitimi olan kadınların yaşam doyumlarının, diğer bireylere göre yüksek olduğunu belirlemiştir (Eryılmaz, 2015).

Çalışmada kadınların medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmada evli olan ve çocuk sahibi olan kadınların MÖ puan ortalamalarının ve YDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<.05) (Tablo 1). Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde Sezer yaptığı çalışmada hemşirelerin medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmiştir (Sezer, 2018). Kurt yaptığı çalışmada evli olan hemşirelerin manevi bakım madde puan ortalamalarının, bekar olanların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Kurt, 2018). Fincham ve ark, ise maneviyatın artmasının ilişkiden beklentileri ve evlilik doyumunu artırdığını ortaya koymuştur (Fincham ve ark, 2011). Yine yapılan bir çalışmada evli olan kadınların yaşam doyumlarının, bekâr/dul olan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Eryılmaz, 2015). Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir (Sezer, 2018; Kurt, 2018; Fincham ve ark, 2011; Eryılmaz, 2015). Kadınların çalışma durumları ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>.05) (Tablo 1). Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde yapılan bir çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınların yaşam doyumunu düzeylerinin birbirlerine oldukça yakın olduğu ve aralarında farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Yavuz, 2019). Kadınların kronik rahatsızlık durumu ile MÖ ve YDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>.05) (Tablo 1). Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde Çelik ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hemşirelerin kendilerinde, eşlerinde ve çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunma durumları ile maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini etkilemediğini belirlemiştir (Çelik ve ark, 2014). Çalışma literatür ile uyumludur (Çelik ve ark, 2014). Çalışmada yaşam doyum ölçeği ve maneviyat ölçeği arasındaki ilişki

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

incelendiğinde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r: 0.549, p<.001$) (Tablo 2). Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde Dursun evli katılımcıların yaşamın anlamı ölçeği ile maneviyat ölçeği puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuştur (Dursun, 2019). Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir (Dursun, 2019).

SONUÇ

Bu sonuçlara göre; Kadınların tanıtıcı özelliklerinin maneviyat düzeyini ve yaşam doyumu düzeyini etkilemede önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Kadınların sahip olduğu maneviyat düzeyi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı belirlenmiştir, bu durum maneviyatın yaşam için önemli bir etken olduğunun en önemli göstergesi olmuştur. Bu nedenle kadınların manevi gereksinimlerine karşı duyarlı olunmalı, tanıtıcı özellikler göz önüne alınarak yaşam doyum düzeyini artırmaya destek olunmalı ve maneviyatın baş etmedeki rolü desteklenerek güçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. TDK, 2019. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=MANEV%C4%B0YAT> Erişim Tarihi: 18.09.2019
2. Midilli TS, Kalkım A, Dağhan Ş. Spiritual care-related opinions and practices of nursing students. Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. Journal of Human Sciences. 2017; 14(1): 666-677.
3. Sülü UE. . Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(3):187-191.
4. Dursun N. Evli ve bekar bireylerin yaşamın anlamı ve maneviyat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Zaim Üniversitesi, 2019.
5. Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi. 2017;6(3):184-190.
6. Kavas E, Kavas N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği Ve Güvenilirliği. Electronic Turkish Studies. 2014; 9(2): 905-915.
7. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Electronic Journal Of Social Sciences. 2016; 15(59): 1250-1262.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Şirin T. Maneviyat Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Electronic Turkish Studies*. 2018; 13(18): 1283-1309.
9. Dal E. Kadınlardaki Duygusal Zeka Düzeyi İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2015.
10. Kurt H. Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri İle Maneviyat Ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2018.
11. Fincham FD, Ajayi C, Beach SR. Spirituality and marital satisfaction in African American couples. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2011; 3(4): 259.
12. Yavuz M. Çalışan Kadınlarda Çalışmayan Kadınlara Göre Yaşam Doyumu Ve Annelik Algıları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2019.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-176 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNİN YASAL SORUMLULUĞU
LEGAL RESPONSIBILITY OF PALIATIVE CARE NURSES

Öğr. Grv. Yasin ÇETİN

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim ABD, Adıyaman, Türkiye.

Özet

Palyatif bakım, bireyin hayatını ciddi bir şekilde tehdit eden bir hastalığın oluşturduğu fiziksel, psikolojik, manevi ve sosyal sorunları çözerek hasta ve hasta yakınını rahatlatmayı amaçlar. Ülkemizde ilk olarak 2010 yılında palyatif bakım politikaları oluşturulmaya başlanmış ve nafile tedavilerden hastaların korunması amaçlanmıştır. 2010 yılında ayrıca Palya-Türk projesi ile Kanserle Savaş Daire Başkanlığı opioidlere ulaşım ve toplum temelli palyatif bakım modeli adı altında iki konu üzerine yoğunlaşmış ve aynı yıl içerisinde evde palyatif bakım hizmet ekipleri oluşturarak sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesi ve kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. 7 Temmuz 2015 tarihinde palyatif bakım hizmetleri hakkında yönergenin hizmete girmesiyle palyatif bakım merkezlerinin açılabilmesi için gerekli fiziksel donanım ve ekipmanlar standardize edilerek sağlık bakım kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Ayrıca yönergede, sağlık personelinin yasal olarak görev ve sorumlulukları bildirilmiştir. Yönergede hemşireler, diğer personel olarak adlandırılmış ve “tabip tarafından verilen görevleri yapar” şeklinde görev sorumluluk eklenmiştir. Oysaki, palyatif bakım yönergesinden dört yıl önce 2011 yılında hemşirelik yönetmeliğinde yapılan değişiklikte hemşirelerin palyatif bakım sürecinde, “birey ve ailesine duygusal destek sağlaması, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetiminin sağlaması, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirilmesi, birey ve ailesinin sağlık hizmetlerine ulaşabilme adına bilgilendirmesi, bireyin günlük bakımına yönelik bağımsızlığını arttırması, birey ve ailesi için gerekli sosyal desteklerin belirlenmesi, birey ve ailesine hastalığın getirdiği ekonomik yüklerle ilgili destekleyici bilgileri vermesi” rollerinden bahsedilmiştir. Palyatif bakım sürecinde oldukça fazla sorumluluk ve fedakarlığı olan palyatif bakım hemşirelerinin yasal sorumluluklarının farkında olması ve sürdürülen politikalarda sadece palyatif değil tüm hemşirelerin aktif rol almasının oldukça önem arz ettiği düşünülmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım hemşireliği, Yasal Sorumluluklar, Hemşirelik.

Abstract

Palliative care aims to relieve the patient and their relatives by solving physical, psychological, spiritual and social problems caused by a disease that seriously threatens the life of the individual. In 2010, palliative care policies were started to be established in Turkey and it was aimed to protect patients from futile treatments. In also 2010, the Palya-Turk project and the Department of Cancer Control focused on two issues, namely, access to opioids and a community-based palliative care model and in the same year, and in the same year, it was aimed to reduce health care costs and to increase the quality by establishing palliative care service teams at home. With the come into use the directive on palliative care services on July 7, 2015, it was aimed to increase the quality of health care by standardizing the physical equipment necessary to open palliative care centers. The directive also states the legal duties and responsibilities of health personnel. In the directive, nurses are called other staff and nurses have been given the responsibility of "performing the tasks given by the doctor". However, in the amendment to the nursing regulation in 2011 four years before the palliative care directive, the role of nurses such as "providing palliative care to emotional support to the individual and his family, management of pain and other symptoms of the patient, raising awareness of the individual and his/her family about the ability to control symptoms at home, giving the necessary information about the individual and his/her family to reach the hospital and emergency services, improving the quality of life by maintaining independence and control during the daily care of the individual, identifying existing social support for the individual his/her family, informing individuals and their families about the economic dimension of the disease and the economic support they can receive/her family" was determined. It is thought that palliative care nurses who have a lot of responsibility and sacrifice in the process of palliative care should be aware of their legal responsibilities and that all nurses, not only palliative ones, should take an active role in the ongoing policies.

978

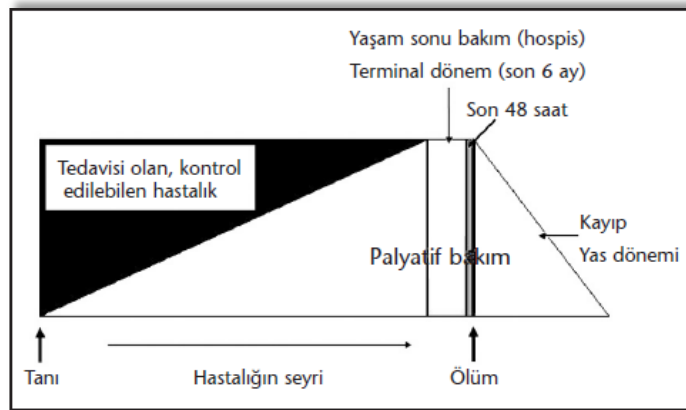
Key Words: Palliative care nursing, Legal Responsibilities, Nursing.

1. GİRİŞ

Türk Dil Kurumu'na göre "tedavi etkisi göstermeyen, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren" şeklinde tanımlanan palyatif sözcüğünün kökeni, Latince koruyucu ya

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

da kapsayıcı anlamına gelen “Palliate (Palliare)” kelimesinden gelmektedir. İngilizce’de ise hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılmaktadır (1,2). Palyatif bakım ise ilerleyici ve tedavisi mümkün olmayan, yaşamı tehdit eden hastalıklardan muzdarip bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik hizmet veren multidisipliner bir sistemdir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve yakınlarının tüm fiziksel ve sosyal gereksinimlerini erken ve kapsamlı bir şekilde tanımlanarak değerlendirilmesi, önlenmesi, tedavi ederek acı çekmelerini azaltan uygulamaların olduğu, ayrıca yaşam kalitesinin yükseltilmesinin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, hasta yakınlarının da hastalık ve yas süreçlerinde manevi açıdan gereksinimlerinin karşılanmasıdır (3). Multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım olan palyatif bakım ekip çalışması gerektirir ve bu yaklaşımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Palyatif bakımın amacı, gerek hastanın gerekse hasta yakınının fiziki, ruhi ve sosyolojik ihtiyaçlarının giderilmesi olmakla birlikte, kabullenilen ölümü normal bir süreçte sürdürmek ve bu süreçte hastanın tüm ihtiyaçlarını karşılamaktır (4). Geleneksel tıbbi tedavi yaklaşımında iyileştirici ve agresif tedavilere cevap vermeyen hastalara sadece son süreçte konfor bakımı uygulanırken, palyatif bakımda tedavisi mümkün olmayan hastalığın tanısından itibaren tüm süreçlerde hastaya destekleyici tedavi sağlanır. Palyatif bakımın içinde yer alan ve Hospis olarak adlandırılan bakım hizmeti ise yaşamın son evrelerinde evde verilen hizmet olup, temel amacı hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını artırmak, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmektir (Şekil 1) (5,6).



Şekil.1. Palyatif Bakım Diyagramı (7).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Bu metinde palyatif bakımın tarihçesi, ülkemizdeki palyatif bakım hakkındaki yapılanmalar ve yasal düzenlemeler çerçevesinde palyatif bakım hemşirelerinin yasal sorumluluklarına değinilecektir.

1.2. Dünyada Palyatif Bakım

Dünya çapında “Palyatif Bakım” ve “Hospis” olarak bilinen bakım hizmetleri benzer yaklaşımlar içermekle beraber, palyatif bakım hospis bakımı da içerir ve genellikle hastane temelli hasta bakım hizmeti verir. Hospis bakımı ise yaşamın son evrelerinde (yaklaşık 6 ay) verilen bir hizmettir. Fransa’da dünyanın ilk Palyatif Bakım Ünitesi 1842’de kurulmuş, Hospisler ise 4. yüzyılda seyahat edenler için ilk olarak dinlenme evi amacıyla hizmet vermiş, bakım hastalarına hizmet vermesi 19. yüzyıl ortalarında İrlanda ve Londra’da gönüllüler tarafından başlatılmıştır (8). Palyatif bakım hizmetleri sürekli değişim ve gelişim içinde olup ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Amerika, İngiltere gibi batı ülkelerinde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul görmüştür ve kemik ağrısı, nöropatik ağrı, depresyon gibi farklı semptomların tedavileri için rehber hizmetler sunulmaktadır. Amerika Tıp Birliği, doktor ve sağlık hizmeti sunan personellere yaşam sonu bakımı konusunda eğitimler düzenlemektedir. Bu eğitim programlarında terminal dönemde sıklıkla karşılaşılan ağrı, anksiyete, dispne gibi semptomların kontrolü ile ilgili standartlar verilmektedir (7). Kanser Konsorsiyumu’na üye ülkeler olan Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi Orta Doğu sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitimler verilmektedir. Görüldüğü üzere, dünyanın bir çok ülkesinde palyatif bakım hizmetlerinde gelişmeler devam etmektedir (9).

1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Ülkemizde hospis mantığı ile 1896 yılında II. Abdulhamit tarafından kurulan ilk kurum, yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülaceze’dir (10). Sonraki süreçte Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993-1997 yılları arasında hizmet veren bakımevi ise ilk ve modern bakımevi olma özelliği taşır (11). Türkiye’de palyatif bakım çeşitli nedenlerden ötürü (morfine ulaşımın zor, eğitilmiş yetişmiş sağlık profesyonellerinin az olması gibi) uzun yıllar üzerinde durulan bir konu olmamıştır (12). Bununla birlikte palyatif bakımın eğitim sistemimizde yer almaması, Türk aile gelenek ve görenekleri, sağlık çalışanları ve hastalar arasında yeterli farkındalığın olmaması Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin günümüze kadar ihmal edilmesinin nedenleri arasında yer alan önemli etkenlerdir (13). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programında yayınlanan palyatif programı ve yine bu dönemde PALLİA-TURK projesi ile palyatif

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

servislerinin kurulması hız kazanmıştır (14). 2014 yılında palyatif bakım yönergesi yürürlüğe girmiş ve palyatif bakım ünitesi olan hastaneler geri ödeme kapsamına alınmaya başlanmıştır (8). 2015 yılında ise palyatif merkezlerin ruhsatlandırılmasında görev alacak personelin özelliklerini içeren yönerge Sağlık Bakanlığı tarafınca yürürlüğe girmiştir (15). Elde edilen son verilerden 2019 yılı içerisinde T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmeti Toplam: 81 ilde 5.302 yatak ile 396 Sağlık tesisi tarafından sağlandığı bilgisi edinilmiştir (16).

1.4. Palyatif Bakımda Hemşirelerin Önemi ve Yasal Sorumlulukları

Palyatif bakımda hemşirelerin bireyin hastalık sürecini, terminal dönemde yaşamının son günlerini daha rahat ve konforlu geçirmeleri için gerekli ortamı sağlamak, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmek gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunun için hemşireler eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli roller üstlenmektedirler (17). Palyatif bakımda öncelikli hedef yaşam kalitesini artırmak olduğundan, palyatif bakım hemşirelerinin holistik yaklaşım (tedavi ve bakım, hastalık belirtilerinin kontrolü gibi) göstermesi oldukça önemlidir (18). Palyatif bakım veren hemşireler ve ilgili sağlık profesyonelleri görevlerini yerine getirirken her bireyin kendine özel olduklarını unutmamalı ve bireysel ihtiyaçlar dâhilinde bakım hizmeti vermelidirler. Hasta ve ailesinin mevcut duruma yönelik gösterdikleri tepkilere karşı hassasiyet göstermelidirler (19). Bununla birlikte, palyatif hemşirelerinin yasal görev ve sorumlulukları arasında efektif iletişim metotlarıyla hasta ve ailesiyle iletişim sürdürmek, diğer palyatif ekip üyelerinin rollerini anlatarak hangi durumda kiminle görüşmeleri gerektiğini açıklamak bulunmaktadır. Böylelikle hasta ve yakınları kendilerini daha rahat ve güvende hissedebilmektedirler (17). Hemşirelerin görev ve sorumluluklarını eksiksiz yerine getirmeleri hasta ve yakınlarının ölüm kavramı hakkında bakış açılarının değişmesine, mevcut duruma ve ölüm gerçeğine karşı olan tutumlarını etkilemekte ve bu durumu kabullenmelerini kolaylaştırmaktadır (17). Palyatif hemşirelerin ölümü yaklaşan hastaya karşı yasal sorumluluklarını yerine getirmelerinin, hastaya sunulan bakımın kalitesini üzerine pozitif yönde etkisi olacağı düşünülmektedir.

2. SONUÇ

Palyatif bakım, farklı birçok sağlık disiplinleri ile iletişim ve işbirliği esasına dayanan multidisipliner bir ekip çalışmasıdır. Palyatif bakım sürecinde ekip üyeleri içinde oldukça fazla sorumluluk ve fedakarlığı olan palyatif bakım hemşirelerinin, hasta ve ailesinin ölüm sürecine hazırlığı, hastanın konfor ve güvenliğini sağlması, etkin iletişim tekniklerinin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kullanımı, kaliteli bakım sunmaya yönelik hizmetleri sunması gibi yasal sorumluluklarının farkında olması, sürdürülen politikaları yakından takip etmeleri ayrıca palyatif bakımda tüm sağlık profesyonellerinin aktif rol alması gerektiği, mesleki anlamda hazırlanan yönerge veya yönetmelikte alanında uzman görüşlerine yer verilmesi gelecekte uygulamaya konulacak mesleki politikaların hemşirelik adına daha uygulanabilir olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr/>
- 2) Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008;148:147-59.
- 3) Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(2):91-6.
- 4) Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012; 54: 329-334.
- 5) McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice* 1992;35:201-8.
- 6) Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
- 7) Uslu Ş. F, Terzioğlu F. Dünya'da ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015; 4 (2): 81-90.
- 8) Kabalak A, Öztürk H, Erdem T, Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012;2(2): 122-126.
- 9) Bingley A, Clark D (2009) A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *Journal of pain and symptom management*, 37(3): 287-296.
- 10) Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyeti'ne Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. *Türk İdare Dergisi* 2009;163-164:157-81.
- 11) Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf> Erişim tarihi: 14.09.2019
- 12) Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M (2010) Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1): 1-6.
- 13) Akçiçek F, Akbulut F, Fadiloğlu ÇZ. Palyatif bakım; evde ve hastanede çalıştay raporu. *Ege Geriatri Derneği Yayınları*. 2013.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- 14) Şahan Fu, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):81-90.
- 15) T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2015. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
Erişim:12.09.2019
- 16) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu. Palyatif Bakım Üniteleri 2019. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim tarihi: 12.09.2019
- 17) İnci F, Öz F. Palliative care and death anxiety. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4(2):178-187
- 18) Akyol A. Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2010;26(3):59-72.
- 19) Elçigil A. Palliative care nursing. *Gulhane Medical Journal*, 2012;54(4):329.

S-177 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE OTANTİK LİDERLİK**AUTHENTIC LEADERSHIP IN PALLIATIVE NURSING****Yasin ÇETİN**

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Yönetimi ABD, Adıyaman, Türkiye.

Özet

Çağımızın getirdiği teknolojik gelişmelerle beraber geçmişte mortalite oranları çok yüksek olan kronik hastalıkların tedavi seçenekleri de paralel olarak çoğalmıştır. Yaşanan bu pozitif gelişmelerle artan yaşam süresi palyatif bakıma olan ihtiyacı da artırmıştır. Palyatif bakım hizmeti, multidisipliner bir organizasyon ile birlikte hasta ve ailenin gereksinimlerine özgü hizmet sunmayı gerektirir. Etkin bir palyatif bakım hizmeti doktor, psikolog, gerontolog, diyetisyen, fizyoterapist, din görevlisi gibi farklı mesleklerin hasta odaklı hizmet sunduğu kapsamlı bir ekip işidir. Bu ekip organizasyonu veya ekipler arası iletişimle beraber, palyatif bakım sunan hemşirelerin yöneticilik becerileri de etkin bir palyatif bakım için önem arz etmektedir. Bu doğrultuda yönetici hemşirelerin otantik liderlik becerileri ön plana çıkmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde görevli yönetici hemşireler otantik lider davranışlarında güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı, etkin iletişim becerilerine sahip olmalı, hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemeli, kendi ekip üyelerinin isteklerini dikkate almalı, personelin iş doyumunu artırarak motivasyonunu artırmalı, sorun çözmede açıklık ve etik değerlerle hareket etmeli, çalışanların örgütsel bağlılıklarını sağlamaya yönelik teşvik edici girişimlerde bulunmalıdır. Bu doğrultuda yönetici hemşire seçiminde özellikle mesleki tecrübe veya yeterlilik kriterlerine ek olarak otantik liderlik özelliği aranmalı, hizmet içi eğitimlerle geleceğin yöneticilerini yetiştirmek adına liderlik eğitimleri verilmeli, lisans eğitiminde yöneticilik kavramını yerleştirmek amacıyla seçmeli derslerde tiyatro oyunlarında öğrencilere aktif rol verilerek gelişimleri sağlanmalı, diğer meslek gruplarının da olduğu liderlik konulu sempozyumlar, kongreler vs. düzenlenerek farkındalıklarının artması sağlanmalıdır. Böylece hem çalışanların hem de yönetici hemşirelerin otantik liderlik özelliklerinin artacağı, buna paralel olarak da hizmet alıcıları olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet oranlarının yükseleceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Palyatif Bakım, Otantik Liderlik**Abstract**

With the technological advances brought by our age, treatment options for chronic diseases which have high mortality rates in the past have also increased in parallel. With these positive

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

developments increasing life expectancy has increased the need for palliative care. Palliative care requires a multidisciplinary organization and also the provision of services specific to the needs of the patient and family. An effective palliative care service is a comprehensive team work in which different professions such as doctors, psychologists, gerontologists, dietitians, physiotherapists, religious officials provide patient-oriented services. In addition to this team organization or inter-team communication, the management skills of nurses providing palliative care are also important for effective palliative care. In this direction, authentic leadership skills of executive nurses come to the forefront. Executive nurses in palliative care centers should be aware of their strengths and weaknesses in authentic leader behavior, have effective communication skills, determine the needs of the patient and family, take into account the wishes of their team members, increase the motivation of the staff by increasing job satisfaction and should act with openness and ethical values in problem solving. In this respect, in the selection of the executive nurse, authentic leadership feature should be sought especially in addition to the professional experience or qualification criteria, leadership trainings should be given within the scope of in-service training in order to train the managers of the future, in order to place the concept of management in undergraduate education, students should be actively involved in theatrical plays in their elective courses and their development should be ensured and symposiums and congresses etc. on leadership including other professional groups should be organized to increase their awareness. Thus, it is thought that the authentic leadership characteristics of both employees and executive nurses will increase, and in parallel, the satisfaction rates of patients and their relatives will increase.

Keywords: Nursing, Palliative Care, Authentic Leadership

1.GİRİŞ

Günümüzde sağlık kuruluşlarında hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanması, örgütsel hedefler arasında standart hale getirilmiştir. Sağlık kurumlarının sundukları hizmetler ya da gösterdikleri performanslar belirli göstergelerle ölçülebilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları, yüksek kalitede hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin sağlanmasını, hasta memnuniyetinin artırılmasını öncelikli hedefler olarak belirlemişlerdir (1). Sağlık hizmeti sunulan kurumlar arasında çalışan, meslek grupları içerisinde sayısal çoğunluğu oluşturan ve hastaların gereksinimlerini planlayan, tedavi ve bakım hizmetlerini eksiksiz almaları için sürekli fedakârca çalışan hemşirelerin sundukları hizmetler ile hastanın sağlığına kavuşması

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

paralellik göstermektedir. Bu sunulan hizmetin kontrolünü ve hastalardaki bakımın niteliğini belirleme ve değerlendirme potansiyelinde olan yönetici hemşirelerin, yönetim sürecinde sahip oldukları liderlik özelliklerini veya boyutlarını kullanarak süreci yönetmeleri istenilen hasta sonuçlarına ulaşılması açısından oldukça önemlidir (1). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etkin liderlik yöntemlerinin kullanımı ile hasta bakım kalitesini nasıl etkileyebileceği veya uygun liderlik yönteminin seçimi ile istenilen hasta sonuçlarının elde edilip edilemeyeceği hakkında çalışmalar yapılmaktadır (2,3).

Hemşirelik hizmetlerinin sunulduğu önemli alanlardan biri olan palyatif bakım, çağımızın getirdiği teknolojik gelişmelerle beraber geçmişte mortalite oranları çok yüksek olan kronik hastalıkların tedavi seçenekleri ile birlikte ortaya çıkmıştır. Yaşanan bu pozitif gelişmelerle birlikte artan yaşam süresi palyatif bakıma olan ihtiyacı da artırmıştır. Palyatif bakım hizmeti, multidisipliner bir organizasyon ile birlikte hasta ve ailenin gereksinimlerine özgü hizmet sunmayı gerektirir. Etkin bir palyatif bakım hizmeti doktor, psikolog, gerontolog, diyetisyen, fizyoterapist, din görevlisi gibi farklı mesleklerin hasta odaklı hizmet sunduğu kapsamlı bir ekip işidir (4,5,6).

Bu ekip organizasyonu veya ekipler arası iletişimle beraber, palyatif bakım sunan hemşirelerin yöneticilik becerileri de etkin bir palyatif bakım için önem arz etmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda palyatif bakım hemşireliğinde otantik liderlik yöntemlerinin hasta sonuçları üzerine olan etkisinin aktarılması amaçlanmıştır.

1.1. Yönetim ve Yöneticilik

Yönetim; sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi olarak kavramlaştırılmış, insanın varoluşuyla birlikte ortaya çıkmış ve gelişmekte olan bir bilim dalıdır. Yönetim, her dönemde insanlar tarafından amaçlarına ulaşmak için kullanılan bir araç olarak görülmüştür. Kavramsal olarak yönetim üzerine farklı bilim dallarınca birçok araştırma yapılmasıyla yönetim kavramının tanımlanması da değişiklik göstermiştir. Genel tanımlamalardan yola çıkarak yönetim; “belirli bir amaç veya amaçlara ulaşmak için var olan kaynakları etkili ve verimli kullanarak karar alma-uygulama sanatı ve bilimidir. Bu süreci yöneten kişi ise “Yönetici” dir (7). “Başka insanlar aracılığı ile belirli amaçlara ulaşma ve planlanan süreç ile iş gördürme” gibi farklı tanımlar da mevcuttur (8). Türk Dil Kurumu (TDK)’nın tanımına göre ise; Yönetim: yönetme işi, çekip çevirme, idare; Yöneticilik: yönetici olma durumu veya yöneticinin görevi, idarecilik olarak tanımlamıştır (9).

1.2. Liderlik

Bir grup veya örgüt içerisindeki çalışanları bireysel olarak belirlenmiş ortak bir hedefe ulaşmak için bilinçli olarak yapılan etkileme süreci olarak tanımlanan “Liderlik” kavramı literatürde özellikler yaklaşımı, davranışsal yaklaşım ve durumsal yaklaşım olmak üzere üç boyutta incelenmiştir (10,11).

Özellikler Yaklaşımı, liderin görünüşü, zekâsı, iş birliği yapabilmesi, dürüstlük gibi fiziksel, duygusal, sosyal ve kişisel özellikler üzerinde durmuştur.

Davranışsal Yaklaşım, liderin kişisel özelliklerinin yerine astlarla olan iletişim boyutlarına, planlama, kontrol gibi davranışlara odaklanmıştır.

Durumsal Yaklaşım, liderin fiziksel veya davranışsal özelliklerini duruma göre şekillendirmesi gerektiğini vurgular. Durumsal yaklaşım lider üzerinde herhangi bir baskı oluşturmaz, koşullara göre lidere otokratik, demokratik veya serbest davranış sağlar (11,12).

Günümüz şartlarında insan işgücü sosyal sermaye ve psikolojik sermaye kavramı olarak önem kazanmasına rağmen, örgütler içerisinde insan kaynaklarını bir sermaye olarak gören örgüt sayısı oldukça azdır (13,14). Bu nedenle günümüzde örgüt üyelerinin liderlerden beklentileri değişkenlik göstermekte ve örgütler de bu taleplere cevap vermek zorundadır. Çalışanların liderlerden kendilerine karşı dürüst olmaları, ahlaki ve etik değerlere uygun hareket etmeleri yönünde talepleri olmuştur. Temel taleplerle birlikte çalışanların görüşlerini dikkate alan örgütler; mekanik, organik ve son olarak otantik organizasyonlara dönüşümü başlatmıştır. Son yıllarda örgütsel davranış üzerine yapılan çalışmalarda klasik liderlik yerine örgüt üyelerinin olumlu yönlerine önem veren pozitif liderlik yöntemleri önem kazanmıştır (15,16). Böylece küresel rekabet ortamında diğer örgütlerle yarışabilen, örgüt içinden gelen taleplere cevap verebilen, liderin samimi, dürüst, etik ve pozitif davranışlar sergilediği ve bu davranışlardan temellendirilen “Otantik Liderlik” yönetsel açıdan oldukça önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (17).

1.2.3. Otantik Liderlik

Örgüt içerisinde pozitif davranışlar sergileyen ve çok sayıda olumlu özellikler barındıran liderlik olarak literatürde tanımlanan otantik liderleri; özgün, dürüst, kendisine gelen talepleri kişilik özelliklerinden ödün vermeden yerine getirmeye çalışanlar olarak tanımlamıştır (18). Otantik liderlerin çevredeki takipçilerini doğal olarak geliştirip güçlendirdikleri, insanlara sürekli hizmet etmeye odaklandıkları, mantıklı kararlar verdikleri, kendi çıkar veya statüsü yerine sosyal çıkarlar ile güdüledikleri bildirilmiştir (19). Otantik liderlerin sergiledikleri

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

davranışların inançları, değerleri ve ön görülerinin temellendirdiği ve bu özelliklerinin doğuştan olmadığı, sürekli kendisini geliştirip güçlendirme davranışlarıyla elde ettiği saptanmıştır (20). Ayrıca farkına vardıkları eksikliklerini kabullenip bunları gidermeye yönelik sürekli çalışma içerisinde oldukları gözlenmiştir (21).

Literatürde otantik liderliğin Öz farkındalık, İlişkisel şeffaflık, Karar almada bilginin dengeli değerlendirilmesi ve İçselleştirilmiş ahlak anlayışı olmak üzere dört basamaktan oluştuğu bildirilmiştir (20, 22).

Öz farkındalık: Bireyin yaşamı algılama biçimiyle yaşam hakkında nasıl anlam çıkardığı ve bu çıkardığı anlamın zamanla kendi çevresini değerlendirme şeklini nasıl etkilediğini gözlemleyerek anlamasıdır. Ayrıca, bireyin kendi güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olarak, kendini anlayabilme becerisini kazanması olarak tanımlanmıştır (23).

İlişkisel şeffaflık: Bireyin hissettiği duyguların kendisi tarafından uygun olmayanları eleyerek kendi kendini açıkça ifade edebilme becerisidir (24).

Karar almada bilginin dengeli değerlendirilmesi: Herhangi bir karardan önce objektif olarak elindeki tüm verileri analiz etmektir (20, 23).

İçselleştirilmiş ahlak anlayışı: Kişinin sergilediği davranışlar ve bu davranışlardan istemediklerini düzenleyebilmesi amacıyla rehber özelliğindeki değerlerdir (23).

1.2.4. Hemşirelikte Yöneticilik ve Liderlik

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşireler, görev alan diğer sağlık personellerinin yanı sıra çalıştığı birimdeki tedavi ve bakım uygulamalarından birinci derecede sorumlu olan kişidir. Var olan bu sorumluluğu belirli bir düzen içerisinde yerine getirebilmek için hemşireler; aldıkları eğitim, bilgi, tecrübe, beceriler doğrultusunda kurum amirleri tarafından değerlendirilerek yönetici hemşire pozisyonuna getirilmektedirler (25). Bu doğrultuda yönetici hemşire, çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımının iyi bir şekilde sunulması amacıyla hemşirelik hizmetlerinin koordinasyonundan sorumlu olan kişidir. Yönetici hemşire ayrıca, çalışanlara mentor olarak onları güdüleyen, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda diğer sağlık ekip üyeleriyle işbirliği içerisinde olan ve örgütün amaç ve hedefleri doğrultusunda çalışmalarını yönetir (25).

Diğer sağlık meslek gruplarıyla etkileşim içerisinde olan yönetici hemşireler, yenilikleri tespit ederek ekip üyelerine aktarmalı ve yönetim sürecini sürekli gelişim vizyonunda hareket ettirmelidir. Bu doğrultuda, yönetici hemşirelerin çalışma alanında liderlik davranışları kritik önem taşımaktadır. Hem palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerden hem de genel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olarak diğer kliniklerde çalışan hemşirelerden sadece hasta bakım ve tedavisi değil bunun yanında araştırma yapma, kritik düşünme yeteneği, hasta bakımı verirken yöneticilik ve liderlik yeteneklerini ve etkili iletişim yöntemlerini kullanmaları beklenmektedir (26,27).

Literatürde otantik liderlikle ilgili çalışmalar incelendiğinde ise, otantik liderlerin pozitif yönde iş iklimini etkileyerek, işyerindeki psikolojik refah seviyelerini arttırdığı tespit edilmiştir (28). Yine hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada otantik liderlerin yüksek kaliteli bakım ve iş tatminini geliştiren profesyonel çalışma ortamlarının oluşturulmasında önemli rol oynadığı saptanmıştır (29). Yeni mezun hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada, otantik liderliğin işyeri zorbalığı üzerinde negatif etkiye sahip olduğu ve karşılığında duygusal tükenme üzerinde pozitif etki oluşturduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada otantik liderliğin iş doyumunu, zorbalık ve duygusal tükenme ile etkilediği de saptanmıştır. (29). Mesleğe yeni başlayan hemşireler ile yapılan farklı bir çalışmada, yüksek derecede otantik liderlik özelliği gösteren mentorlarla eşleşen yeni mezun hemşirelerin daha fazla iş doyumuna sahip oldukları ve işe bağlılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (30). Deneyimleri 2 yıldan az olan hemşirelerin katılımıyla yürütülen bir çalışmada ise, yapısal güçlendirme ve otantik liderliğin duygusal tükenme ve sinizm üzerindeki etkileri incelenmiş ve otantik liderliğin duygusal tükenme ve sinizmi anlamlı ve negatif yönde etkilediği vurgulanmıştır (31). Klinik hemşirelerin kendi yöneticilerine olan güveni, işe bağlılığı, konuşma davranışları ve algılanan bakım kalitesi aralarındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, yöneticide dürüstlüğü ve otantik liderliğin güven, işe bağlılık, konuşma davranışı ve algılanan bakım kalitesini güçlendirmede etkili olduğu, ayrıca lider hemşirelerin kendi personeli ile dürüst ve olumlu ilişkiler kurmalarıyla bakım kalitesini arttırabilecekleri bildirilmiştir (32).

2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım merkezlerinde görevli yönetici hemşireler otantik lider davranışlarında güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı, etkin iletişim becerilerine sahip olmalı, hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemeli, kendi ekip üyelerinin isteklerini dikkate almalı, personelin iş doyumunu artırarak motivasyonunu arttırmalı, sorun çözmede açıklık ve etik değerlerle hareket etmeli, çalışanların örgütsel bağlılıklarını sağlamaya yönelik teşvik edici girişimlerde bulunmalıdır. Bu doğrultuda yönetici hemşire seçiminde özellikle mesleki tecrübe veya yeterlilik kriterlerine ek olarak otantik liderlik özelliği aranmalı, hizmet içi eğitimlerle geleceğin yöneticilerini yetiştirmek adına liderlik eğitimleri verilmeli, lisans eğitiminde yöneticilik kavramını yerleştirmek amacıyla seçmeli derslerde aktif katılımları sağlanmalı;

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

örneğin, tiyatro oyunlarında öğrencilere aktif rol verilerek gelişimleri sağlanmalı, diğer meslek gruplarının da olduğu liderlik konulu sempozyumlar, kongreler vs. düzenlenerek farkındalıklarının artması sağlanmalıdır. Böylece hem çalışanların hem de yönetici hemşirelerin otantik liderlik özelliklerinin artacağı, buna paralel olarak da hizmet alıcıları olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet oranlarının yükseleceği düşünülmektedir.

3. KAYNAKLAR

1. Arslan, B. (2015). “Hastane Yönetiminde Liderlik ve İş Doyumu”. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
2. Lavoie-Tremblay M, Fernet C, Lavigne GL, Austin S. Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. J Adv Nurs 2015;72(3):582-92.
3. Wong CA. Connecting nursing leadership and patient outcomes: state of the science. J Nurs Manag 2015;23(8):275-8.
4. Clark D. Palliative Care. In: Ten Have H, ed. Encyclopedia of Global Bioethics. Springer Science+Business Media Dordrecht 2015.
5. Akpınar A. Intensive care. In: Ten Have H, ed. Encyclopedia of Global Bioethics. Springer Science+Business Media Dordrecht 2015.
6. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
7. Genç, N. (2005). “Yönetim ve Organizasyon” (2.Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
8. Eren, E. (2003). “Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)” (5.Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
9. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5d8b4a1ac32ff8.02436539 Erişim: 15.09.2019
10. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. J Nurs Manag 2013;21(5):709-24.
11. Yılmaz H, Kantek F. Nurse managers’ leadership styles in Turkey: literature review. Journal of Health and Nursing Management 2016;3(2):110-7.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

12. Whitehead DK, Weiss SA, Tappen RM. Leadership and followership. In: DePaul K, Baber T, eds. Essentials of Nursing Leadership and Management. 5th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2010. p.3-57.
13. Topçu, M. K., Ocak, M. (2012). “Psikolojik Sermayenin Tükenmişlik Algısı Üzerine Etkisinde İş Tatmininin Aracılık Rolü: Türkiye ve Bosna-Hersek Sağlık Çalışanları Örneği”, Dokuz Eylül Üniversitesi Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, ss. 685-690.
14. Avey, J. B., Luthans, F. , Jensen, S. M. (2009). “Psychological Capital: A Positive Resource for Combating Employee Stress and Turnover”, Human Resource Management, 48 (5), ss. 677-693.
15. Ilies, R., Morgeson, F. P., Nahrgang, J. D. (2005). “Authentic Leadership and Eudaemonic Well- Being: Understanding Leader-Follower Outcomes”, The Leadership Quarterly,16, ss. 373-394.
16. Yeşiltaş, M., Kanten, P., Sormaz, Ü. (2013). “Otantik Liderlik Tarzının Prososyal Hizmet Davranışları Üzerindeki Etkisi: Konaklama İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 42 (2), ss. 333-350.
17. Wang, H., Sui, Y., Luthans, F. D., Wang, D., Wu, W. Y. (2014). “Impact of Authentic Leadership on Performance: Role of Followers’ Positive Psychological Capital and Relational Processes”, Journal of Organizational Behavior, 35, ss. 5-21.
18. Kesken, J., Ayyıldız, N.A. (2008). Liderlik yaklaşımlarında yeni perspektifler: Pozitif ve otantik liderlik. Ege Akademik Bakış Dergisi, 8:2, 729-754.
19. Goffee, R., Jones, G. (2005). Managing authenticity: The paradox of great leadership. Harvard Business Review, 83:12, 87-94
20. Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. The Leadership Quarterly, 15:6, 801-823.
21. Bill, G. (2003). Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value. San Francisco,CA:Jossey-Bass, <https://books.google.com.tr/books?id=ekW5B8Cngt8C&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false> Erişim: 14.09.2019

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Darvish, H., Rezaei, F. (2011). “The Impact of Authentic Leadership on Job Satisfaction and Team Commitment”, *Management & Marketing Challenges for the Knowledge Society*, 6 (3), ss. 421-436.
23. Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., Weber, T. J. (2009). “Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions”, *Annual Review of Psychology*, 60 (1), ss. 421–449.
24. Tabak, A., Polat, M., Coşar, S. ve Türköz, T. (2012). Otantik liderlik ölçeği: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 14 (4), 89-106.
25. Girvin, J. (1996). “Leadership and Nursing: Part Three: Traditional Attitudes and Socialisation”. *Nursing Management*, 3(3): 20-22.
26. Canbolat, S. (2013). “Dünden Bugüne Hemşirelik Yönetimi” <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/64/docs/uygulamalarinizi-gelistirin2-64.pdf> Erişim Tarihi: 15.09.2019
27. Serinkan, C. İpekçi, İ. (2005). “Yönetici Hemşirelerde Liderlik ve Liderlik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 10 (1): 281-294.
28. Nelson, K., Boudrias, J., Brunet, L., Morin, D., Civita, M., Savoie, A., et al. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1:2, 90-101.
29. Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses’ experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49:10, 1266-1276.
30. Giallonardo, L. M., Wong, C. A., Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of preceptors: Predictor of new graduate nurses’ work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18:8, 993-1003.
31. Laschinger, H. K. S., Smith, L. M. (2013). The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses’ perceptions of interprofessional collaboration. *The Journal of Nursing Administration*, 43:1, 24-29.
32. Wong, C. A., Laschinger, H. K. S., Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses’ voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18:8, 889-900.

S-178 BAKTERİYEL VAJİNOZİS TEDAVİSİNDE VAJİNAL PROBİYOTİKLERİN YERİ

THE VALUE OF VAGINAL PROBIOTICS IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS

Gülçin Nacar¹, Sermin Timur Taşhan¹

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Sağlıklı bir vajinal floranın en önemli bileşeni Laktobasillerdir. Laktobasiller vajinal enfeksiyonların oluşumunu çeşitli şekillerde engeller. Laktobasiller patojenlerin vajinal epitele tutunmasını önleyerek, antimikrobiyal bileşiklerin sentezine katkı sağlayarak, hidrojen peroksit üreterek ve glikojenden glikoz fermente edilmesi sırasında laktik asit üretilen ortamın PH' ını azaltarak vajinal kanalı patojen mikroorganizmalardan korur. Vajinal mikrobiyota menstruasyon döngüsünün aşamaları, cinsel ilişki sıklığı, vajinal duş ve deodorant gibi kimyasal ürünlerin kullanımı, gebelik, kontraseptif kullanımı, antibiyotik ve immün sistemi baskılayan ilaçların kullanımı gibi faktörlerin etkisi ile sürekli değişiklik gösterir.

Vajinal disbiyosis, vajinal florada Laktobasil yükünün azalması ve birbirinden farklı türde bakterilerin çoğalmasıyla sağlıklı vajinal floranın bozulması anlamına gelmektedir. Bakteriyel vajinozis de klinik olarak en iyi tanımlanmış ve sık görülen vajinal mikrobiyota dengesizliklerinden biridir. Bakteriyel vajinoziste, Lactobasil türlerinin egemen olduğu normal asidik flora Gardnerella Vaginalis gibi bakteriler sebebiyle bozulur. Bakteriyel vajinozis cinsel yolla bulaşan hastalıklar, herpes simpleks virüs tip 2, pelvik inflamatuvar hastalık, HIV ve endometritin bulaşına ve yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Gebelikte ise, başta preterm doğum ve spontan düşük başta olmak üzere hem anne hem de bebek için ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır.

Bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotikler kullanılmaktadır. Ancak antibiyotik tedavisi uzun vadede yarar sağlayamamaktadır. Hatta tedavi sırasında hızla sayısı azalan patojen bakteriler, sıklıkla tedaviyi takiben tekrar ortaya çıkar. Son yıllarda, bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotiklere alternatif veya tamamlayıcı olarak laktobasil içeren vajinal probiyotiklerin kullanılmasıyla semptomların azaldığı, rekürrens oranlarının azaldığı ve sağlıklı vajinal floranın yeniden oluşumuna katkı sağladığı görülmüştür. Bu nedenle

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

derlemenin amacı, bakteriyel vajinozis tedavisinde vajinal probiyotiklerin yerinin mevcut literatür ışığında incelenmesidir.

Anahtar kelimeler: Bakteriyel vajinozis, tedavi, vajinal probiyotik

Abstract

The most important component of a healthy vaginal flora is Lactobacilli. Lactobacilli prevent the formation of vaginal infections in various ways. Lactobacilli reduce the PH of the environment by preventing the attachment of pathogens to the vaginal epithelium, contributing to the synthesis of antimicrobial compounds, producing hydrogen peroxide and producing lactic acid during glucose fermentation from glycogen, thus protecting the vaginal canal from pathogenic microorganisms. The stages of the menstruation cycle of the vaginal microbiota vary with the effects of factors such as the frequency of sexual intercourse, the use of chemical products such as vaginal douchers and deodorants, the use of contraceptives, pregnancy and the use of antibiotics and immunosuppressive drugs.

Vaginal dysbiosis refers to the degradation of healthy vaginal flora by the reduction of lactobacilli load in the vaginal flora and the proliferation of different types of bacteria. Bacterial vaginosis is also one of the most clinically defined and common vaginal microbiota imbalances. In bacterial vaginosis, the normal acidic flora dominated by Lactobacillus species is degraded by bacteria such as Gardnerella Vaginalis. Bacterial vaginosis leads to transmission and spread of sexually transmitted diseases, herpes simplex virus type 2, pelvic inflammatory disease, HIV and endometritis. In pregnancy, it causes serious health problems for both mother and baby, especially preterm birth and spontaneous abortion.

Antibiotics are used to treat bacterial vaginosis. However, antibiotic treatment is not beneficial in the long term. In fact, pathogenic bacteria, which rapidly decrease in number during treatment, often reappear after treatment. In recent years, the use of vaginal probiotics containing lactobacilli as an alternative or complementary to antibiotics in the treatment of bacterial vaginosis has been shown to reduce symptoms, reduce recurrence rates and contribute to the regeneration of healthy vaginal flora. Therefore, the aim of this review is to investigate the place of vaginal probiotics in the treatment of bacterial vaginosis in the light of the current literature.

Key words: Bacterial vaginosis, treatment, vaginal probiotic

GİRİŞ

Vajinal Mikrobiyota

Sağlıklı bir vajinal floranın en önemli bileşeni Laktobasillerdir. Laktobasiller ilk kez Doderlein tarafından bulunmuştur. Son yıllarda meydana gelen teknolojik gelişmeler vajinal florayı daha detaylı inceleme fırsatı vermiştir. Yapılan çalışmalar vajinal mikrobiyotanın düşünüldenden daha karmaşık olduğunu göstermiştir. Vajinal mikrobiyotada hakim olan 5 farklı mikroorganizma topluluğu bulunmaktadır. Vajinal mikrobiyotanın hakim ilk dört mikroorganizma topluluğu; *Lactobacillus jensenii*, *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus iners* iken, beşinci grup ise *Lactobacillus* türlerin çok az olduğu *Streptococcus*, *Atopobium*, *Peptoniphilus*, *Prevotella*, *Anaerococcus* ve *Gardnerella* gibi çeşitli bakterileri içermektedir (Yuvacı ve Çeviricioğlu, 2017; Ravel ve ark., 2011).

Laktobasiller vajinal enfeksiyonların oluşumunu çeşitli şekillerde engeller. Laktobasiller patojenlerin vajinal epitele tutunmasını önleyerek, antimikrobiyal bileşiklerin sentezine katkı sağlayarak, hidrojen peroksit üreterek ve glikojenden glikoz fermente edilmesi sırasında laktik asit üretilen ortamın PH'ını azaltarak vajinal kanalı patojen mikroorganizmalardan korur. Menopoz ile beraber östrojen miktarının azalması vajinal hücrelerde atrofiye neden olur. Bu nedenle vajinal mikrobiyotada bulunan Laktobasil sayısı azalır ve çok sayıda bakteri türünün kolonize olmasına neden olur (Yuvacı ve Çeviricioğlu, 2017).

Vajinal mikrobiyota yaş, menstruasyon döngüsünün aşamaları, cinsel ilişki sıklığı, vajinal duş ve deodorant gibi kimyasal ürünlerin kullanımı, gebelik, kontraseptif kullanımı, antibiyotik ve immün sistemi baskılayan ilaçların kullanımı ve sigara kullanımı gibi faktörlerin etkisi ile sürekli değişiklik gösterir (Kılıç ve Asım, 2003; Yuvacı ve Çeviricioğlu, 2017; Aroutcheva ve ark., 2001; Eschenbach ve ark., 2000; Dündar ve Özsoy, 2018).

Bakteriyel Vajinozis

Vajinal disbiyosis, vajinal florada Laktobasil yükünün azalması ve birbirinden farklı türde bakterilerin çoğalmasıyla sağlıklı vajinal floranın bozulması anlamına gelmektedir. Bakteriyel vajinozis de klinik olarak en iyi tanımlanmış ve sık görülen vajinal mikrobiyota dengesizliklerinden biridir. Bakteriyel vajinoziste, Laktobasil türlerinin egemen olduğu normal asidik flora *Gardnerella Vaginalis* gibi bakteriler sebebiyle bozulur (Yuvacı ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Çeviricioğlu, 2017). Laktobasiller yerine getirdiği fonksiyonlar vajinal floranın sağlığı ve dengesi için büyük öneme sahiptir. Laktobasillerin baskın olduğu bir vajinal flora kadını enfeksiyonlara karşı korur (Dündar ve Özsoy, 2018). Karabay ve arkadaşları (2007) vajinal florasında Mycoplasma hominis' in saptanmış olduğu olgularda bakteriyel vajinozis bulunduğu saptamıştır (Karabay ve ark., 2007).

Bakteriyel vajinozis risk faktörleri:

- ❖ Yetersiz perineal hijyen: Menstruasyon döneminde ped kullanılmaması, pedlerin uzun süre değiştirilmemesi, yanlış taharetlenme (arkadan öne ya da karışık) alışkanlığıdır.
- ❖ Vajinal duş: Vajinal duş vajinanın sağlıklı florasını oluşturan Laktoballerin sayısının azalmasına ve vajen PH' nın düşmesine neden olarak fırsatçı patojenlerin yerleşmesine neden olmaktadır.
- ❖ Düşük sosyoekonomik düzey: Eğitim düzeyinin düşük olması sebebiyle perine hijyeni ile ilgili bilgi eksikliği olması, perine hijyeni sağlamak için gerekli materyallere ulaşamama ve sağlık bakım ve tedavi olanaklarına ulaşamamadır.
- ❖ Kronik stres: Bağışıklık sistemini baskılayarak fırsatçı patojenlerin vajinal mikrobiyotaya yerleşmesine neden olur.
- ❖ Çok eşli cinsel yaşam
- ❖ Alkol ve sigara kullanımı
- ❖ Genetik ve ırk (Dündar ve Özsoy, 2018).

Bakteriyel vajinosiz genellikle asemptomatiktir. Balık kokulu, gri beyaz vajinal akıntı en tipik klinik bulgusudur (Kılıç ve Aslım, 2003). Nadirde olsa vulvada ve vajinada kaşıntı bulunmaktadır. Vajinanın PH 4.5 ve üzerindedir. Tanı koymak için yapılan periferik yaymada sağlıklı vajinal flora görülmez, Laktobasil sayısı neredeyse yok denecek kadar azalmıştır. Tanı koymaya yardımcı olan diğer test whiff testi (koku testi)' dir. Bu testte vajinal akıntıya potasyum hidroksit eklenmektedir. Ortaya balık kokusu çıkması bakteriyel vajinozisi doğrulamaktadır (Dündar ve Özsoy, 2018).

Bakteriyel vajinozis cinsel yolla bulaşan hastalıklar, herpes simpleks virüs tip 2, pelvik inflamatuvar hastalık, HIV ve endometritin bulaşına ve yaygınlaşmasına yol açmaktadır (Dündar ve Özsoy, 2018). Gebelikte ise, başta preterm doğum ve spontan düşük başta olmak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

üzere hem anne hem de bebek için ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır (Donders ve ark., 2009; Gupta ve ark., 2013).

Bakteriyel Vajinosizin Tedavisinde Probiyotiklerin Kullanımı

Bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotikler kullanılmaktadır. Ancak antibiyotik tedavisi uzun vadede yarar sağlayamamaktadır. Hatta tedavi sırasında hızla sayısı azalan patojen bakteriler, sıklıkla tedaviyi takiben tekrar ortaya çıkar. Son yıllarda, bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotiklere alternatif veya tamamlayıcı olarak Laktobasil içeren vajinal probiyotiklerin kullanılmasıyla semptomların azaldığı, rekürrens oranlarının azaldığı ve sağlıklı vajinal floranın yeniden oluşumuna katkı sağladığı görülmüştür (Yuvacı ve Çeviricioğlu, 2017).

Probiyotik Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “ yeterli miktarda alındıklarında endojen mikrofloranın özelliklerini geliştirerek, konakçı sağlığını olumlu yönde etkileyen canlı mikroorganizmalar” olarak tanımlanmaktadır. Günlük diyetimizin içerisinde bulunan yoğurt, peynir, kefir, turşu, tarhana, sirke, boza gibi farmante edilmiş yiyecekler probiyotik özelliindedir. Ayrıca ticari formda probiyotikler bulunmaktadır. Hatta formül mama, süt, sütlü tatlı, meyve suyu ve çikolataya da probiyotik eklenmektedir (Özdemir ve Demirel, 2017; Küçükkaraca ve Samur, 2018).

Probiyotiklerin ortak özellikleri;

- Konakçının sağlığını olumlu yönde etkilemeli,
- Mide ve safra asidine dayanıklı olmalı,
- Sindirim kanalından zarar görmeden geçebilmeli,
- Konakçının florasına adapte olabilmeli,
- Konakçıda kolonize olabilmeli,
- Antimikrobiyal (bakteriosin) maddeler üretebilmeli,
- Konakçıda toksik ya da patojen etkiye neden olmamalı,
- Probiyotikler üretim ve saklanma koşullarına uygun olmalı, canlılığını koruyabilmelidir (Küçükkaraca ve Samur, 2018).

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Lactobacillus türleri	<i>Lactobacillus cellobiosus, Lactobacillus delbrueckii, Lactobacillus brevis</i> <i>Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus reuteri, Lactobacillus curvatus</i> <i>Lactobacillus fermentum, Lactobacillus plantarum, Lactobacillus johnsonii</i> <i>Lactobacillus rhamnosus, Lactobacillus helveticus</i> <i>Lactobacillus salivarius, Lactobacillus gasseri</i>
Bifidobacterium türleri	<i>Bifidobacterium adolescentis, Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium</i> <i>breve, Bifidobacterium</i> <i>infantis, Bifidobacterium longum</i> <i>Bifidobacterium thermophilum</i>
Bacillus türleri	<i>Bacillus subtilis, Bacillus pumilus, Bacillus lentus, Bacillus licheniformis</i> <i>Bacillus coagulans</i>
Pediococcus türleri	<i>Pediococcus cerevisiae, Pediococcus acidilactici</i> <i>Pediococcus pentosaceus</i>
Streptococcus türleri	<i>Streptococcus salivarius ssp. thermophilus, Streptococcus intermedius</i>
Bacteriodes türleri	<i>Bacteriodes capillus, Bacteriodes suis, Bacteriodes ruminicola</i> <i>Bacteriodes amylophilus</i>
Propionibacterium türleri	<i>Propionibacterium shermanii, Propionibacterium freudenreichii</i>
Leuconostoc türleri	<i>Leuconostoc mesenteroides ssp. mesenteroides</i>

Şekil 1. Probiyotik olarak en çok kullanılan bakteriler (Kaynak: Delikanli, B., & Özcan, T. (2014). Probiyotik içeren yenilebilir filmler ve kaplamalar. Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 28(2), 59-70.)

Vajinal mikrobiyotaya patojen mikroorganizmaların yerleşmesini çeşitli yollarla önleyen Laktobasillerin bakteriyel vajinozisin tedavisinde kullanımı son yıllarda dile gelmeye başlamıştır (Küçükkaraca ve Samur, 2018). van de Wijgert ve Verwijs (2019) 22 farklı Laktobasil suşunu içeren 34 araştırmayı inceledikleri sistematik derleme çalışmasında, vajinal probiyotiklerin bakteriyel vajinozisi tedavi etme ve önlemede etkili oldukları görülmüştür. Ancak probiyotik bakterilerin vajinal florada kısa süreli aktivasyon gösterdiği, koloni oluşturmadığı saptanmıştır (van de Wijgert ve Verwijs, 2019). Randomize kontrollü çalışmaların incelendiği başka bir sistematik derleme çalışmasında ise, bakteriyel vajinoz tedavisi için probiyotiklerin metronidazole eklenmesinin herhangi bir ek yarar sağlamadığı gösterilmiştir (Buggio ve ark., 2019).

Chenoll ve arkadaşlarının (2019) invitro olarak yaptıkları çalışmasında patojenler ile ekilen *Lactobacillus rhamnosus* BPL005 suşunun PH' ı düşürdüğü, organik asit ürettiği ve patojen mikroorganizma sayısını azalttığı görülmüştür (Chenoll ve ark., 2019).

Ballini ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan pilot çalışmada, tekrarlayan ürogenital enfeksiyonların önlenmesi ve azaltılmasında oral probiyotiklerin güvenilir ve etkin olduğunu saptamıştır (Ballini ve ark., 2018). Ballini ve arkadaşlarının (2018) aksine Husain ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

arkadaşları (2019) tarafından 9 – 14 gebelik haftası arasındaki gebelerle yapılan çalışmada, bakteriyel vajinozisi önlemek amacıyla gebelere *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 ve *Lactobacillus reuteri* RC-14 içeren probiyotikler oral olarak verilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere ise plasebo verilmiştir. 18 – 20 haftalarda yapılan izlemde probiyotik ve plasebo grubundaki gebeler arasında bakteriyel vajinozis bakımından farklılık görülmemiştir (Husain ve ark., 2019).

Hemşirelik Bakımı

Bakteriyel Vajinozisin önlenmesi, erken tanı ve tedavi edilmesi hususunda hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Kadın sağlığı hemşiresinin sorumlulukları;

- ❖ Kadınların bakteriyel vajinosiz risk faktörleri bakımından taranması gerekmektedir. Risk faktörü taşıyan kadınlara vajinal bakteriyozis ile ilgili bilgi verilmeli, korunma yolları anlatılmalıdır.
- ❖ Kadının perine hijyeni alışkanlıkları, menstruel dönem hijyenik uygulamaları ile ilgili öykü alınmalıdır. Doğru taharetlenme alışkanlığı (önce ön, daha sonra arka bölgenin temizlenmesi) kazandırılmalıdır.
- ❖ Menstrual dönemde sık sık perineal bölgenin temizlenmesi ve pedlerin en fazla 4 saatte bir değiştirilmesi gerektiği belirtilmelidir.
- ❖ Vajinal duş alma alışkanlığının sonlandırılması gerektiği gerekçeleri ile açıklanmalıdır.
- ❖ Kadının alkol ve sigaradan uzak sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesi sağlanmalıdır.
- ❖ Kadının stres ile baş etme metotları kadına anlatılmalı, uygun baş etme yöntemlerini kazanması sağlanmalıdır.
- ❖ Sağlıklı bir vajinal akıntının özellikleri anlatılmalıdır. Bol miktarda, kötü kokulu vajinal akıntı olduğunda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği belirtilmelidir (Dündar ve Özsoy, 2018).
- ❖ Probiyotik ve prebiyotik olan doğal yiyeceklere günlük diyetinde yer verilmesi anlatılmalıdır.
- ❖ Bakteriyel vajinozis tedavisinde probiyotiklerin kullanılabilmesi farkındalığı sağlanmalıdır (Ballini ve ark., 2018; van de Wijgert ve Verwijns, 2019)

KAYNAKLAR

Aroutcheva, A., Gariti, D., Simon, M., Shott, S., Faro, J., Simoes, J. A., ... & Faro, S. (2001). Defense factors of vaginal lactobacilli. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(2), 375-379.

Ballini, A., Santacroce, L., Cantore, S., Bottalico, L., Dipalma, G., De Vito, D., ... & Inchingolo, F. (2018). Probiotics Improve Urogenital Health in Women. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(10), 1845.

Buggio, L., Somigliana, E., Borghi, A., & Vercellini, P. (2019). Probiotics and vaginal microecology: fact or fancy?. *BMC women's health*, 19(1), 25.

Chenoll, E., Moreno, I., Sánchez, M., Garcia-Grau, I., Silva, Á., Gonzalez, M., ... & Ramón, D. (2019). Selection of New Probiotics for Endometrial Health. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 9, 114.

Delikanli, B., & Özcan, T. (2014). Probiyotik içeren yenilebilir filmler ve kaplamalar. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 28(2), 59-70.

Donders, G. G., Van Calsteren, K., Bellen, G., Reybrouck, R., Van den Bosch, T., Riphagen, I., & Van Lierde, S. (2009). Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10), 1315-1324.

Dündar, T., & Özsoy, S. (2018). Bakteriye Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 152-159.

Eschenbach, D. A., Thwin, S. S., Patton, D. L., Hooton, T. M., Stapleton, A. E., Agnew, K., ... & Stamm, W. E. (2000). Influence of the normal menstrual cycle on vaginal tissue, discharge, and microflora. *Clinical Infectious Diseases*, 30(6), 901-907.

Gupta, A., Singh, S., Chaudhary, R., & Nigam, S. (2016). Bacterial vaginosis in pregnancy (< 28 weeks) and its effect on pregnancy outcome: a study from a western UP city. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 3(2), 90-94.

Husain, S., Allotey, J., Drymoussi, Z., Wilks, M., Fernandez-Felix, B. M., Whiley, A., ... & Wade, W. G. (2019). Effects of oral probiotic supplements on vaginal microbiota during

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial with microbiome analysis.
BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.

Karabay, O., Topçuoğlu, A., Gürel, S. A., Koçoğlu, E., Nevin, K. O. Ç., & Gürel, H.
Vajinal Mikoplazma Kolonizasyonunun Bakteriyel Vajinozis İle İlişkinin Arastırılması.
Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 9(2), 14-18.

Kılıç, E., & Aslım, B. Laktik Asit Bakterilerinin Vajen Florasındaki Önemi ve
Probiyotik Olarak Kullanımı.

Küçükkaraca, H., & Samur, F. G. (2018). Gebelik ve Laktasyon Döneminde
Probiyotiklerin Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkileri. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp
Dergisi, 15(4).

Özdemir, A., & Demirel, Z. B. (2017). Beslenme ve Mikrobiyota İlişkisi. Journal Of
Biotechnology and Strategic Health Research, 1, 25-33.

Ravel, J., Gajer, P., Abdo, Z., Schneider, G. M., Koenig, S. S., McCulle, S. L., ... &
Brotman, R. M. (2011). Vaginal microbiome of reproductive-age women. Proceedings of the
National Academy of Sciences, 108(Supplement 1), 4680-4687.

1001

van de Wijgert, J. H., & Verwijs, M. C. (2019). Lactobacilli-containing vaginal
probiotics to cure or prevent bacterial or fungal vaginal dysbiosis: a systematic review and
recommendations for future trial designs. BJOG: An International Journal of Obstetrics &
Gynaecology.

Yuvacı, H. U., & Cevrioğlu, A. S. (2017). Kadın üreme sistemi mikrobiyotası. Journal
of Biotechnology and Strategic Health Research, 1, 95-103.

**S-179 BAĞIRSAK MİKROBİYOTASI POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ
MİDİR?****IS THE INTESTINAL MICROBIOTA RELATED TO POSTPARTUM
DEPRESSION?****Gülçin Nacar***

* Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Postpartum depresyon doğum sonu kadınların %13' ünü etkileyen, yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Hem anne hem de yenidoğan için pek çok olumsuzluğu beraberinde getirme riski bulunduğundan önemle üzerinde durulması gerekmektedir. Hatta iyi tedavi edilmeyen veya kaçırılan vakalar intihar ile yaşamını yitirebilmektedir. Postpartum depresyon annenin bebeğe bakım vermesini ve ona sağlıklı bağlanmasını engellediği gibi, annenin yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini de olumsuz etkiler. Ayrıca postpartum depresyon bebeğin bilişsel, sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimi üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere neden olabilir. Postpartum depresyonun ortaya çıkışında inflamasyon, hormonlar ve nöroendokrin süreçler gibi fizyolojik ve metabolik etkenlerin yanı sıra, eşler arasındaki çatışma, sosyal destek yetersizliği ve stresli yaşam olayları gibi psikolojik faktörlerin de sorumlu olduğu belirtilmektedir. Ancak bağırsak mikrobiyota ile postpartum depresyon arasındaki ilişki ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile bağırsak ve beynin arasında iletişim bulunduğu ve barsak mikrobiyotasının değişiminin beyinde salgılanan kimyasalları değiştiği ortaya konmuştur. İlk olarak 2005 yılında probiyotiklerin majör depresyonda adjuvan tedavi olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Fermante edilen besinlerde, tüketimden önce meydana gelen biyoaktif kimyasalların oksatif stresi azalttığı belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada gebelik ve postpartum dönemde probiyotik tedavisi alan bireylerin depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur. Bu nedenle bu araştırmanın amacı, bağırsak mikrobiyotası ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin mevcut literatür ile derlenmesidir.

1002

Anahtar kelimeler: mikrobiyota, postpartum depresyon, probiyotik

Abstract

Postpartum depression is a life-threatening complication that affects 13% of postpartum women. Since both the mother and the newborn are at risk of bringing about many negative effects, they should be emphasized. In fact, poorly treated or missed cases may die with suicide. Postpartum depression prevents the mother from providing care and healthy attachment to the baby and affects the quality of life and daily activities of the mother negatively. In addition, postpartum depression may cause long-term adverse effects on the cognitive, social, emotional and physical development of the baby. It is stated that physiological and metabolic factors such as inflammation, hormones and neuroendocrine processes are responsible for the emergence of postpartum depression, as well as psychological factors such as conflict between spouses, lack of social support and stressful life events. However, little is known about the relationship between intestinal microbiota and postpartum depression. Recent studies have shown that there is communication between the intestine and the brain and that the change in the intestinal microbiota changes the chemicals secreted in the brain. In 2005, it was first proposed that probiotics can be used as adjuvant therapy in major depression. It is stated that bioactive chemicals that occur before consumption in fermented foods reduce oxidative stress. In a study, it was found that depression and anxiety scores of the individuals who received probiotic treatment during pregnancy and postpartum period were significantly lower than the control group. Therefore, the aim of this study is to review the relationship between intestinal microbiota and postpartum depression with the current literature.

1003

Key words: microbiota, postpartum depression, probiotic

GİRİŞ

ANNELİĞE GEÇİŞ SÜRECİ

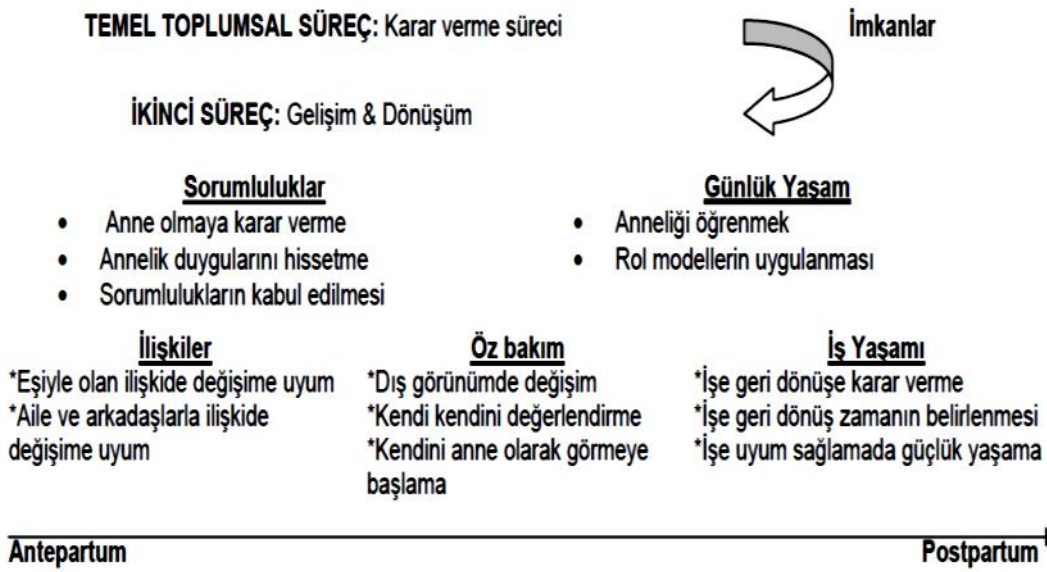
Kadının içinde yaşamış olduğu sosyokültürel, ekonomik, politik ve entelektüel çevre ve dini inançları gebelik deneyimini şekillendirmektedir. Hemen her toplumda gebelik ve çocuk sahibi olmak yetişkin kadınların yerine getirmesi gereken gelişimsel bir ödev olarak bakılmaktadır. Bu nedenle kadınlar çocukluklarından itibaren bu ödev için sosyal olarak hazırlanmaktadır (Beydağ, 2007). Kız çocukların oyuncak bebekleri beslemesi, uyutması,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kendisinden daha küçük olan kardeşlerine bakım vermesi gibi. Hatta bazen çiftler istemese bile hissettikleri sosyal baskı nedeniyle gebelik planlayabilmektedir (Beydağ, 2007).

“Annelik rolü” doğum sonu 3 ile 10 ay arasında gelişmektedir. Kadın ilk olarak annelik rolünü kendi annesi ve sosyal çevresindeki diğer anneleri gözlemleyerek oluşturmaya çalışır. Daha sonra sahip olduğu davranış ve tavırlar, gelişimsel ve sosyal özellikler ile kendine özlü bir annelik stili oluşturur (Beydağ, 2007).

ANNELİĞE GEÇİŞ



Kaynak: Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period). Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45(2), 71-77.

POSTPARTUM DEPRESYON

Gebelik, doğum ve postpartum dönem bireylerin tüm hayatlarını etkileyen en önemli yaşam olaylarıdır. Özellikle postpartum dönemi aileye yeni bir üyenin katılımı ile uyum sağlanması gereken karmaşık ve stresli bir süreçtir (Beydağ, 2007). Postpartum süreçte annede meydana gelen fizyolojik ve sosyal değişikliklere psikolojik değişiklikler de eşlik eder. Bu süreçte annede meydana gelen duygu durum dalgalanmaları, yaşam zevkinde azalma gibi belirtiler postpartum depresyona işaret edebilmektedir. Postpartum depresyon doğum sonu normal kabul edilen bir hüznünlük halinden psikoza kadar geniş bir aralıkta değişim gösterebilir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Postpartum depresyon doğumu izleyen bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir (Tezel ve Gözüm, 2005).

Postpartum dönem ebeveyn olmayı öğrenme, bebek bakımı, emzirme süreci ve yeni aile üyesi için uygun bir yaşam ortamı hazırlama gibi anne, baba ve diğer aile üyeleri için oldukça doyurucu bir süreçtir. Ancak annede doğumun meydana getirmiş olduğu ağrı ve fiziksel rahatsızlıklar, ani hormonal değişiklikler, yeni rollere uyum sağlamada güçlük, bebek bakımında yaşanan güçlükler (kolik ağrıları, emzirme sorunları), uykusuzluk gibi faktörler ile baş edilemediğinde ise hem çift hem bebek hem de aile için postpartum dönem krize dönüşebilmektedir (Beydağ, 2007).

Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı

Araştırmalar, postpartum dönemdeki kadınların yaklaşık %13'ünde geliştiğini göstermektedir (Kara ve ark., 2001; Erdem ve Bucaktepe, 2012). Gelişmekte olan ülkelerde ise postpartum depresyon görülme sıklığı %19.8'e yükselmektedir (WHO, 2018). Shorey ve arkadaşları (2018) farklı coğrafi bölgelerde yaptıkları tarama postpartum depresyonun Orta Doğu' da Avrupa' dan 3 kat daha yüksek olduğunu saptamıştır (Shorey ve ark., 2018). Ülkemizde ise Karaçam ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise postpartum depresyon prevalansının %25.2 olduğu görülmüştür. Retrospektif çalışmalar doğum sonu dönemin gebeliğe kıyasla psikolojik ve duygusal hastalıklar açısından 3-4 kat daha risk taşıdığını ortaya koymuştur (Kara ve ark., 2001; Erdem ve Bucaktepe, 2012). Postpartum dönemin özellikle ilk bir ayında bu risk oldukça yüksekken, bazı durumlarda bu süre altı aya kadar uzayabilir. Prenatal anksiyete ve depresyon postpartum depresyon için önemli bir belirteç olabilmektedir (Erdem ve Bucaktepe, 2012).

Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon, birçok kadında doğumu izleyen 6 hafta içinde çok az belirti vererek başlar. Kadınların %80'inde durum böyleyken az da olsa postpartum depresyonun bazen doğum sonu 1 hatta 2 yaşa kadar uzayabilir. Postpartum depresyon haftalar hatta aylar süren yavaş bir gelişim gösterir. Sonra bir plato oluşturarak uzun süre devam edebilir yada iyileşir. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Bazen doğum sonu 4 - 5 aya kadar anlaşılmayabilmektedir. Postpartum depresyonda görülen isteksizlik, endişe, yorgunluk, uyku

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bozuklukları, cinsel istekte azalma ve yorgun doğum sonu süreçte de rutinde görülen bulgulardır. Bu nedenle doğum sonu süreçte kadının dikkatle izlenmesi gerekmektedir (Marakoğlu ve ark., 2009).

Postpartum depresyonda meydana gelen temel semptomlar; sürekli ağlamaklı yüz hali ya da kontrolsüz ağlama nöbetleri, hareket ve konuşmalarda yavaşlama, kendini değersiz hissetme, suçluluk, umutsuzluk, uyku problemleri, konsantrasyonda azalma, iştahta azalma, bebekle ilgili olumsuz düşünceler, cinsel aktivitede azalma, ölüm ve intihara ilişkin düşüncelerdir (Aktaş ve Terzioğlu, 2013; Sui ve ark., 2012; Johnson ve ark., 2018).

Doğum Sonu Depresyona Yönelik Tarama Yöntemleri

Postpartum depresyon tanısı, sıklıkla atlanabilir. Anneler, psikiyatri polikliniğine başvurmak istemezler. Anne kendisi için gitmese bile çocuğuna aşı yaptırmak için yılda beş-altı kez aile sağlığı merkezlerine başvurmaktadır. Bu başvurular esnasında Sağlık personelinin anneyi gözlemlemesi, sorgulaması ve gerekli ipuçları yakalandığında uygun tarama ölçeğiyle tanı koyması çok yerinde bir karar olacaktır (Erdem ve Bucaktepe, 2012).

Doğum sonu süreçte postpartum depresyonun kaçırılmaması için anne ile her karşılaşmada postpartum depresyon tarama ölçekleri kullanılarak depresyonun mümkün olan en kısa zamanda tanınması sağlanmalıdır (WHO, 2018). Postpartum depresyonu taramak için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış araçlar bulunmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri bu ölçeklerden bazılarıdır (Erdem ve Bucaktepe, 2012).

Postpartum Depresyonun Risk Etmenleri

Postpartum depresyon için birçok biyolojik ve psikososyal risk faktörü bulunmakla beraber; sosyoekonomik durum, düşük benlik saygısı, geçirilmiş depresyon öyküsü, olumsuz evlilik ilişkisi, istenmeyen gebelikler, sosyal destek yetersizliği, prenatal dönemde anksiyete ve depresyon varlığı, etkin emzirememe gebeliğin komplikasyonlu geçmesi, çocuk bakımına ilişkin hissedilen yetersizlik duygusu ve bebeğin kolik vb. ağrılar nedeniyle sürekli ağlaması en fazla ilişkili olduğu düşünülen faktörlerdir (Marakoğlu ve ark., 2009). Depresyonun en önemli biyolojik risk faktörünü ise, gebelikte yaklaşık 100 kat artan östrojen miktarının doğum sonu süreçte dramatik azalışı olduğu bilinmektedir. Doğum sonu aniden ortaya çıkan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bu östrojen yokluğunun oluşturmuş olduğu nörobiyolojik etkilerin postpartum depresyona zemin hazırladığı düşünülmektedir (O'Hara ve Wisner 2014).

Son yıllarda yapılan çalışmalar annenin bağırsak bakterileri disbiyozisinin de postpartum depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Rackers ve ark., 2019; Slykerman ve ark., 2017; Redpath ve ark., 2019).

Bağırsak Beyin Aksı

Bağırsak mikrobiyotasının bağırsak epitel hücreleri ve bağışıklık sisteminde rol alan hücreler ile iletişim halinde olduğu son yıllarda ortaya konmuştur. Bağırsak mikrobiyotasının bu iletişim sayesinde pek çok metabolik, otoimmün, nörolojik ve psikiyatrik hastalıktan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Yapılan hayvan deneyleri bağırsaklar ile beyin arasındaki iletişimin intrauterin yaşamda başladığını ve ölüme kadar sürdüğünü göstermektedir (Evrensel ve Ceylan, 2015).

Sağlıklı bir bağırsak epiteli birbirine sıkıca bağlı epitel proteinleri ve içerdiği mukus sayesinde bakteri ve diğer patojen antijenlerin dışarı çıkmasına engel olur. Ancak bağırsak bakterilerinin disbiyozisi (sağlıklı yapısının bozulması) bağırsak epitelinde mikro zararlara neden olur ve permabilitesini artırır. Sonuç olarak bağırsakta bulunan bakterilerin ürettiği zararlı kimyasallar sistemik dolaşıma geçer ve bu kimyasallara karşı immün yanıt oluşturulabilir (Hornig, 2013; Borre ve ark., 2014; Evrensel ve Ceylan, 2015).

Bağırsak mikrobiyotamız ile bağlantı kurmamızı sağlayan bir diğer mekanizma da barsakların temel hücrelerinden olan dentritik hücrelerdir. Dentritik hücreler sahip oldukları dentritlerini epitel hücreleri arasından uzatarak bağırsak lümeninden bakteri ve ürettiği kimyasal içerikleri alırlar. Dentritik hücreler bağırsak lümenin almış oldukları bakteri ve metabolitleri lenf yoluyla T hücrelere aktarır. T hücreleri ile lenf ve kan yolu ile sistemik kan dolaşımına ulaşan bakteriler kan beyin bariyerini geçer ve beyne ulaşır. Beyne ulaşan bakteriler nöronların elektiriksel uyarılarını değiştirebilmektedir (Evrensel ve Ceylan, 2015; Smythies ve Smythies, 2014).

Bağırsak Mikrobiyotası ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Son yıllarda yapılan çalışmalar ile bağırsak ve beyin arasında iletişim bulunduğu ve barsak mikrobiyotasının değişiminin beyinde salgılanan kimyasalları değiştirdiği ortaya konmuştur. İlk

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olarak 2005 yılında probiyotiklerin majör depresyonda adjuvan tedavi olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Fermante edilen besinlerde, tüketimden önce meydana gelen biyoaktif kimyasalların oksatif stresi azalttığı belirtilmektedir (Mutic ve ark., 2017). Yapılan insan çalışmaları, depresyonun Bifidobacterium ve Lactobacillus sayısında anlamlı düzeyde azalma ve bakteriyel çeşitlilikteki değişiklikler olduğunu ortaya koymuştur (Aizawa ve ark., 2016; Jiang ve ark., 2015).

Desbonnet ve arkadaşları (2010) deneysel olarak depresyon oluşturulmuş farelere, Bifidobacterium infantis verildiğinde iyileşmenin meydana geldiğini saptamıştır (Desbonnet ve ark., 2010). Bifidobacterium infantis antidepresan etkisinden dolayı psikobiyotik olarak adlandırılmaktadır (Evrensel ve Ceylan, 2015). Depresyon sırasında düşük düzeyde bir inflamatuvar süreç bulunmaktadır. Bu durumun bağırsakların permabilitesindeki artıştan kaynaklandığı düşünülmektedir (Berk ve ark., 2013).

Slykerman ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan randomize çift kör araştırma gebelik haftası 14 – 16 olan 423 ile yapılmıştır. Gebelere postpartum 6. aya kadar Lactobacillus rhamnosus HN001 ya da plasebo verilmiştir. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile yapılan değerlendirmede probiyotik alan annelerin puan ortalaması 7.7 ± 5.4 iken, plasebo grubunun puan ortalaması 9.0 ± 6.0 olarak bulunmuştur ($p = 0.037$) (Slykerman ve ark., 2017).

1008

Sistemik bir derleme çalışmasında bakteriyel vajinozisli kadınların sağlıklı kadınlara göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla OR = 2.2 ve 2.3). Aynı derlemede strese maruz kalan gebelerin bağırsaklarında bir Helicobacter cinsi olan Phylum Proteobacteria artışı olduğu görülmüştür (Rackers ve ark., 2018).

Bir başka sistemik derleme çalışması probiyotik (Lactobacillus rhamnosus, Bifidobacterium longum ve Bifidobacterium breve) verilen farelerde perinatal stres, anksiyete ve depresyonun kontrol grubuna göre düştüğünü saptamıştır (Redpath ve ark., 2019).

Postpartum Depresyon ve Hemşirenin Sorumlulukları

- ❖ Hemşire gebelikte başlamak üzere postpartum dönemde her karşılaşmasında kadını depresyon yönünden izlemelidir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- ❖ Hemşire kadının anneliğe uyum sürecini değerlendirmeli ve tespit ettiği risk faktörlerine ilişkin müdahalelerde bulunmalıdır. Bebek bakımı ile ilgili eğitim vermek, sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi.
- ❖ Kadının dinlenme, bebek bakımı ve kendi günlük aktiviteleri arasında denge kurmasına yardım edilmelidir. Özellikle ilk altı aylık süreçte bebek uyuduğunda annenin de dinlenmesi gerektiği vurgulanmalıdır (Beydağ, 2007).
- ❖ Anneler postpartum depresyon belirti ve bulguları öğretilmelidir (Mutic ve ark., 2017).
- ❖ Annelere postpartum depresyonun önlenmesinde açık havada yürüyüş, egzersiz ve masajın etkili olduğu belirtilmelidir. Annenin günün belirli bölümünde düzenli yürüyüş yapması için planlama yapılmalıdır. Eğer yürüyüş yapamayacaksa evde yapabileceği egzersizler öğretilmelidir. Parlak ışığın depresyonu önlediği bilinmektedir. Annenin evini iyi aydınlatmasının önemi anlatılmalıdır (Bilgiç ve ark., 2015).
- ❖ Mikrobiyotanın postpartum depresyon ile ilişkisi kadına anlatılmalıdır. Annenin bağırsak mikrobiyotasını sağlıklı hale getirebilmesi için beslenmenin çok önemli olduğu, prebiyotik ve probiyotik yiyeceklerden zengin bir diyetle beslenmesi gerektiği belirtilmelidir (Mutic ve ark., 2017).

KAYNAKLAR

1009

Aizawa, E., Tsuji, H., Asahara, T., Takahashi, T., Teraishi, T., Yoshida, S., ..., Kunugi, H. (2016). Possible association of Bifi dobacterium and Lactobacillus in the gut microbiota of patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 202, 254-257. doi:10.1016/j.jad.2016.05.038

Aktaş D, Terzioğlu F, 2013. Occurrence of depression during the postpartum period and risk factors that affect the development of the depression. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43, 5, 843-50.

Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Maylan S et al. (2013) So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med*, 11:200.

Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bilgiç, D., Dağlar, G., Özkan, S. A., & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 13-35.

Borre YE, O'keeffe GW, Clarke G, Stanton C, Dinan TG, Cryan JF (2014) Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for brain disorders. *Trends Mol Med*, 20:509-518.

Erdem, Ö., & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3).

Evrensel, A., & Ceylan, M. E. (2015). Bağırsak beyin eksen: Psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 7(4), 461-472.

Hornig M (2013) The role of microbes and autoimmunity in the pathogenesis of neuropsychiatric illness. *Curr Opin Rheumatol*, 25:488-795.

Jiang, H., Ling, Z., Zhang, Y., Mao, H., Ma, Z., Yin, Y., ..., Ruan, B. (2015). Altered fecal microbiota composition in patients with major depressive disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 48, 186-194. doi:10.1016/j.bbi.2015.03.016

Johnson AR, George M, Goud BR, Sulekha T, 2018. Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City. *Indian journal of psychological medicine*, 40, 4, 343-8.

Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333-4.

Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E, 2018. Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health care for women international*, 39, 7, 821-41.

Marakoğlu, K., Özdemir, S., & Selma, Ç. İ. V. İ. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 206-214.

Mutic, A. D., Jordan, S., Edwards, S. M., Ferranti, E. P., Thul, T. A., & Yang, I. (2017). The Postpartum Maternal and Newborn Microbiomes. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 42(6), 326-331.

O'Hara MW, Wisner KL, 2014. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28, 1, 3-12.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar (Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.

Rackers, H. S., Thomas, S., Williamson, K., Posey, R., & Kimmel, M. C. (2018). Emerging literature in the microbiota-brain axis and perinatal mood and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 95, 86-96.

Redpath, N., Rackers, H. S., & Kimmel, M. C. (2019). The Relationship Between Perinatal Mental Health and Stress: a Review of the Microbiome. *Current psychiatry reports*, 21(3), 18.

Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS, 2018. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-48.

Siu BWM, Leung SSL, Ip P, Hung SF, O'Hara MW, 2012. Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC psychiatry*, 12, 22.

Slykerman RF, Hood F, Wickens K, Thompson JMD, Barthow C, Murphy R, et al. Effect of *Lactobacillus rhamnosus* HN001 in pregnancy on postpartum symptoms of depression and anxiety: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *EBioMedicine*. 2017;24:159–65.

Smythies LE, Smythies JR (2014) Microbiota, the immune system, black moods and the brain melancholia updated. *Front Hum Neurosci*, 8:720.

Tezel, A., & Gözüm, S. (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(2), 062-068.

WHO 2018. (World Health Organization). Maternal Mental Health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/. Erişim tarihi: 9.11.2019.

S-180 APEKDEKTOMİ YAPILAN GEBENİNİN OLGU SUNUMU

CASE REPORT OF PREGNANT WOMEN WITH APECDECTOMY

Gülçin Nacar¹, Semiha Dertli²

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile yoğun bakımda takip edilen yenidoğana sahip, gebelikte apendektomi yapılan annenin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeyinin değerlendirilmesidir.

Giriş: Gebelikle ilgili olmayan cerrahi operasyon oranı 500 gebe birdir. Gebelikle ilişkili olmayan hastalık ve komplikasyonların cerrahi tedavisi hem anne hem de bebek için mortalite ve morbidite riski taşıdığından sağlık profesyonellerinin hassasiyetle yaklaştığı vakalardır. Gebelikle ilişki olmayan en sık cerrahi operasyon gerektiren hastalık apendisittir. Gebeliğin tüm trimesterlerinde görülmesine rağmen en sık iki ve üçüncü trimesterlerde görülmektedir. Apendisit ile gebelikte görülen bulantı kusma, karın ağrısı gibi bulguların karışması nedeniyle tanı koymak zordur.

Olgu: Abdomenin sağ alt kısmında ağrı şikayetiyle acile başvuran 30 yaşındaki kadın hastanın apendisit tanısı ile opere edilmesi planlanmıştır. Yapılan tetkikler sırasında kadının gebe olduğu anlaşılmıştır. Hastanın üçüncü gebeliği olup iki abortusu bulunmaktadır. Apendektomi yapılan hasta sonrasında uterin kanama ve amniyotik mayi kaybı yaşamıştır. Hastanın hastanede takibi sürdürülmüş ve oral progesteron tedavi almaya başlamıştır. Tedavi 20. haftaya kadar sürdürülmüştür. Anhidroamniyoz nedeniyle 27. haftada sezaryen doğum ile gebelik sonlandırılmıştır. 530 gram doğan kız bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılması yapılmıştır. Yenidoğan prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile bakım ve tedavi altına başlatılmıştır. Yenidoğana bir ay boyunca pompa ile sağılarak anne sütü verilmiştir. Annenin, sağlık durumunun stabil olduğu zamanlarda yenidoğanı kucağına alması sağlanmıştır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile yapılan değerlendirmede annenin depresyon riskinin yüksek olduğu ve puanının 19 olduğu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

görülmüştür. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile yapılan değerlendirmede ise, annenin puanının 6 olduğu ve bağlanma düzeyinin iyi olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Apendektomi, apendisit, cerrahi girişim, gebelik

Abstract

Objective: To evaluate the postpartum depression and maternal attachment level of a newborn mother with prematurity and low birth weight.

Introduction: The rate of non-pregnancy related surgical operations is one in 500 pregnant women. Surgical treatment of non-pregnancy related diseases and complications are cases where health professionals are approaching with sensitivity because of the risk of mortality and morbidity for both mother and baby. Appendicitis is the most common surgical operation without pregnancy. Although it occurs in all trimesters of pregnancy, it is most commonly seen in the second and third trimesters. Diagnosis is difficult due to confusion of symptoms such as nausea, vomiting and abdominal pain during pregnancy with apedicide.

Case: A 30-year-old female patient admitted to the emergency department with pain in the right lower part of the abdomen was planned to be operated with the diagnosis of appendicitis. During the examinations, it was understood that the woman was pregnant. The patient had a third pregnancy and had two abortions. He underwent appendectomy and uterine bleeding and amniotic fluid loss. The patient was followed up in the hospital and started to receive oral progesterone treatment. The treatment was continued until the 20th week. Pregnancy was terminated by cesarean section at 27th week due to anhydroamniosis. 530 grams of newborn baby girl was admitted to the neonatal intensive care unit. Neonatal prematurity and low birth weight were diagnosed and treated. Breast milk was given to the newborn by being pumped for a month. The mother was allowed to hold the newborn in her arms when her health was stable. According to the Edinburgh Postpartum Depression Scale, the mother's risk of depression was high and her score was 19. In the evaluation made with the Mother-to-Infant Bonding Scale, the mother's score was 6 and the level of attachment was good.

Key words: Appendectomy, appendicitis, surgical intervention, pregnancy

GİRİŞ

Gebeliğin herhangi bir döneminde gebelikle ilgili ya da ilgisiz olarak cerrahi girişim gerekli olabilir (The American Congress of Obstetricians Gynecologists (ACOG), 2011). Gebelikte gebelik ile ilgili olmayan cerrahi girişim görülme sıklığının %0.75-2.0 olduğu ve bunların da %42'sinin gebeliğin 1.trimesterinde, %35'inin gebeliğin 2.trimesterinde ve %23'ünün ise gebeliğin son trimesterinde yapıldığı bildirilmektedir (Carvalho, 2006; Günaydın 2012; Mhuireachtaighan ve O'Gorman, 2006; Reitman, 2011). Gebelikte gebelikle ilgili olmayıp cerrahi girişim gerektiren en sık durumlar; akut kolesistit, kolelitiazis, akut pankreatit, apendisit, torsiyon ve tümör gibi yumurtalık hastalıkları, maligniteler, travma, meme veya servikal hastalık ve bağırsak obstrüksiyonudur (Shaver ve Shaver, 2005; Dietrichand, Hill ve Hueman, 2008; Günaydın, 2012; Mhuireachtaigh ve O'Gorman, 2006; Ertürk ve Karabulut, 2008).

Gebelikte geçirilen her türlü cerrahi girişim anne ve fetüsü etkileyeceğinden dolayı oldukça önemlidir. Cerrahinin gebeliğin hangi döneminde yapıldığı başlıca risk faktörüdür. Bunun yanında cerrahinin yapılabilmesi için gerekli uygulamalar, cerrahi teknik, seçilen anestezi tekniği ve anestezikler, diğer ilaçlar ile ameliyat sırasında oluşabilecek hemodinamik değişiklikler anne bebek açısından risk taşımaktadır (Günaydın, 2012; Şahin ve ark. 2014). Bu riskler sebebiyle gebelikle ilgili olmayan cerrahide gebe hastanın bakımı zor olabilmektedir. (Shaver ve Shaver, 2005). Sağlık bakımındaki gelişmelere rağmen, gebelikte geçirilen cerrahiler gebelerde; kanama, erken doğum, derin ven trombozu, epidural analjeziye bağlı hipotansiyon ve kardiyak arrest gibi olumsuz durumlara neden olabilir (Boisseau, 2012; Burlingame, 2009). Bunların yanı sıra cerrahi bebeğin kaybına ya da bebekte anomaliye neden olabileceği için gebelerde anksiyete, prenatal bağlanma sorunları, depresif semptomlar ve çaresizlik, post - travmatik stres bozukluğu gibi sorunlara neden olabilir (Körükçü ve Kukulcu 2010; Cenger ve ark. 2018).

Anne ve bebek sağlığına bu kadar ciddi etkileri olan gebelik sürecinde gerçekleşen cerrahi girişimler, anne ve fetüsün üstün yararı korunacak şekilde planlanmalıdır. Elektif cerrahi girişimler doğum sonrasına ertelenmelidir. Bunun dışındaki girişimler, beklenebilecek ise preterm doğum riski ve anesteziye bağlı risklerin en az olduğu 2. trimesterde yapılmalıdır (Ertürk ve Karabulut, 2008; Gezginç ve Dalkılıç, 2011; Günaydın, 2012).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Araştırmanın amacı, prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile yoğun bakımda takip edilen yenidoğana sahip, gebelikte apendektomi yapılan annenin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeyinin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın verileri, “Hemşire Veri Toplama Formu”, “Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” ve “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği” ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler sonucu hastaya literatüre uygun hemşirelik bakımı uygulanmıştır.

OLGU SUNUMU

Abdomenin sağ alt kısmında ağrı şikayetiyle acile başvuran 30 yaşındaki kadın hastanın apendisit tanısı ile opere edilmesi planlanmıştır. Yapılan tetkikler sırasında kadının gebe olduğu anlaşılmıştır. Hastanın üçüncü gebeliği olup iki abortusu bulunmaktadır. Apendektomi yapılan hasta sonrasında uterin kanama ve amniyotik mayi kaybı yaşamıştır. Hastanın hastanede takibi sürdürülmüş ve oral progesteron tedavi almaya başlamıştır. Tedavi 20. haftaya kadar sürdürülmüştür. Anhidroamniyoz nedeniyle 27. haftada sezaryen doğum ile gebelik sonlandırılmıştır.

Yenidoğana Yönelik Bilgiler

530 gram doğan kız bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmıştır. Yenidoğan prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile bakım ve tedavi altına başlatılmıştır. Yenidoğana bir ay boyunca pompa ile sağılarak NG sonda ile anne sütü verilmiştir. Annenin, sağlık durumunun stabil olduğu zamanlarda yenidoğanı kucağına alması sağlanmıştır.

Anneye İlişkin Bilgiler

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile yapılan değerlendirmede annenin depresyon riskinin yüksek olduğu ve puanının 19 olduğu görülmüştür.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile yapılan değerlendirmede ise, annenin puanının 6 olduğu ve bağlanma düzeyinin iyi olduğu saptanmıştır.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı

Beklenen sonuçlar: Hastanın ağrısının olmaması, kan basıncı ve nabzın normal sınırlarda olması ve rahat ve sakin görünmesi.

Girişimler:

- Ağrı ölçeği ile ağrı şiddetini değerlendirmek, düzeyi, yeri, tipini kaydetmek.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Hekim istemine göre önerilen tedavileri uygulamak, ağrıya yanıtı değerlendirmek, kayıt etmek
- Ağrı kontrolü için dikkati başka yöne çekmek, gevşeme teknikleri veya sakin bir ortam sağlama gibi non-farmakolojik yöntemleri belirlemek.
- Hekim istemine göre hastaya analjezik uygulamak.

Değerlendirme: Gerekli tetkikler yapıldıktan sonra gebenin ağrı değerlendirmesi yapıldı (10 üzerinden 8-9), rahat ve sakin bir ortam sağlandı ve hekim istemine göre gebelikte kullanım sakıncası olmayan analjezik ilaç yapıldı. Gebe ağrısının azaldığını ifade etti (10 üzerinden 4-5). Sonrasında gebe apendektomi operasyonuna alındı ve operasyon sonrası ağrısının azaldığını belirtti (10 üzerinden 2).

Hemşirelik tanısı 2: Sıvı Volüm Eksikliği- Elektrolit Dengesizliği Riski

Beklenen sonuçlar: Yeterli sıvı ve elektrolit dengesi sağlamak, kanamayı kontrol altına almak, amniyotik sıvı kaybını önlemek, deri turgorunu normale, mukoz membranın nemli, idrar çıkışının yeterli, elektrolit sonuçlarının normale döndürmek.

Girişimler:

- Hastanın beslenme durumun, yapılan tedavileri, günlük sıvı giriş çıkışını, deri turgorunu, kaloriyi, laboratuvar bulgularını değerlendirmek.
- Kanama takibi yapmak
- Amniyotik sıvı takibi yapmak
- Hekim istemine göre önerilen IV sıvı, kan e Elektrolitleri vermek

Değerlendirme: Gebenin AÇİT ve kanama takibi yapıldı, lab. Bulguları izlendi. Hekim istemine göre IV sıvı takviyesi yapıldı ve takibi sağlandı. Hastanın ameliyat sonrası kanaması kontrol altına alındı, fakat amniyotik sıvı kaybına bağlı bebeğin sezaryen ile alınması planlandı.

Hemşirelik tanısı 3: Yenidoğanı Kaybetmeye İlişkin Korku

Beklenen Sonuçlar: Bireyin korku duyduğu sorunları anlamak ve bunlarla başetmesi için gerekli eğitimin verilmesini ya da gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak.

Girişimler:

- Anneye korku duyduğu konuları ve sorunları açıklaması için fırsat tanımak
- Anneye basit cümleler kurularak ve sakin bir tavır ile yaklaşmak
- Annenin merak ettiklerinin giderilmesi için eğitim ve danışmanlık rolü yapmak
- Annenin rahatlaması için nefes egzersizlerini öğretmek

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Anneye destek sağlaması için aile bireylerine teşvik edici tavsiyelerde bulunmak
- Annenin mümkün olduğu kadar bebek ile zaman geçirmesini sağlamak

Değerlendirme: Hastanın korkularını ifade etmesi için zaman tanındı. Bebek ve süreçle ilgili merak ettikleri yanıtlandı. Nefes egzersizleri öğretildi. Hastanın daha rahat hissettiği gözlemlendi.

Hemşirelik tanısı 4: Bebeğin Beslenme Örüntüsünde Etkisizlik

Beklenen sonuçlar: *Yenidoğanın yeterli beslenmesinin sağlanması*

Girişimler:

- Bebeğin ihtiyacı olan günlük kalori alımını hesaplanmak
- Bebeğin günlük ve haftalık kilo alımını takip etmek
- Bebeğin beslenme saatlerinin bir düzen dahilinde olmasını sağlamak
- Bebeğin beslenme sıklığını belirlemek
- Annenin sütünün yeterli olup olmadığı gözlemlemek
- Annenin sütü bebeğin günlük kalori alımını karşılamıyor ise ek mamalar vermek, 6. ayın sonunda da ise ek besinlere geçilmesi konusunda bakım vericiye eğitim vermek

- Bebeğin persentil düzeyini belirlemek
- Bebeğin motor refleks ve nörolojik gelişimi kontrol edip gözlemlemek
- Bebeğin vücut ısısını sürekli kontrol etmek
- Bebeğin enfeksiyon bulguları yönünden takip etmek

Değerlendirme: Bebek bu süreçte yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Anne sütü ile beslenmesi sağlandı, takipleri yakından yapıldı. Bebekle ilgili mevcut bir sorun oluşmamasına rağmen, beslenme ile ilgili risk devam ediyor.

Hemşirelik tanısı 5: Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

Beklenen sonuç: *Aile içi süreçte devamlılık sağlamak*

Girişimler:

- Aile fertleri arasında tutarlı aile yaklaşımının benimsemek
- Hasta ile güven duygusu oluşturmaya çalışmak
- Aile üyelerinin içinde olunan duruma tepkilerini değerlendirmek
- Dışa vurulmayan duygular ve düşüncelerin, paylaşılması için aileyi cesaretlendirmek
- İyileşme sürecinde aile desteğinin ve ailedeki davranışların önemli rol oynadığını vurgulamak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Değerlendirme: Hasta ve eşi ile görüşüldü. Duygularını ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlandı. Bu süreci sağlıklı atlatabilmek için sosyal desteğin önemi konuşuldu ve yapılacaklar ile ilgili planlama yapıldı.

Hemşirelik tanısı 6: Düşünce Sürecinde Değişim

Beklenen sonuçlar: Hastanın anksiyetesinin giderilmesini sağlamak, depresyon riskini azaltmak

Girişimler:

- Hastanın anksiyetesini azaltmak için gün içerisinde hemşirenin kısa aralıklarla hastanın yanına gitmesi ve konuşmasa da yanında kalmak
- Beklentilerin açıklığa kavuşturulması ve hastanın boş zamanlarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için hastaya görüşmelerin ne zaman yapılacağı ve ne kadar süreceğinin bildirilmek
- Hasta ile güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastanın yanına kararlaştırılan zamanda gidilmesi ve belirtilen süre kadar yanında kalmak
- Depresyon riskli hasta her şeyin olumsuz tarafını gördüğünden hastanın olumsuz ifadelerini yargılayıcı olarak ele almaktan kaçınmak
- Hasta ile iletişim sırasında “her şey yoluna girecek” veya “herkesin zor zamanları vardır” gibi basmakalıp cümleler hastanın duygularının önemsiz olduğunu düşünmesine neden olduğundan bu tür ifadelerden kaçınmak

Değerlendirme: Annenin depresyon riski düzeyi belirlendi. Annenin kendini ifade etmesi sağlandı. Hasta ile iletişim kurarken terapötik yöntemler kullanıldı.

Hemşirelik tanısı 7: Enfeksiyon Riski

Beklenen sonuç: Hastanın yara yerinde enfeksiyon bulgu ve belirtilerinin olmaması

Girişimler:

- Risk faktörleri ve enfeksiyonlardan korunulması bakımından gerekli önlemleri kişiye anlatmak
- Etkin ve dikkatli bir el yıkama işlemini, tekniği ile birlikte anlatmak
- Hastanın enfeksiyonun bulaş ve yayılma yolları bilmesini ve korunmak için gerekli önlemler almasını sağlamak
- Aseptik tekniklerle enfeksiyon girişini engellemeye yönelik uygulamalar yapmak
- Hastane ziyaretlerinde gerekli önlemleri almak, gerekliyse ziyaretçi yasaklanmak

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Beslenmedeki dengesizliğini gidermeye yönelik uygulamalar yani protein ve kalori alımını etkin bir şekilde idame ettirmek
- Laboratuvar bulgularını izlemek ve değerlendirmek
- Uygulanacak antibiyotiklerin zamanına dikkat etmek
- Enfeksiyonun bulaşıcılığı ve riskleri konusunda bireylere ve ailelere uygun eğitim vermek

Değerlendirme: Hastaya ve yakınlarına gerekli eğitimler verildi. Hastanın insizyon bölgesi yakından izlendi. Herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı ((Biol, 2000; Durna, 2012).

KAYNAKLAR

- ACOG Committee Opinion No. 474: Nonobstetric surgery during pregnancy. (2011). ACOG Committee on Obstetric Practice. Obstetrics and Gynecology, 117:420-1.
- Biol, L. (2000). Hemşirelik süreci. Bozkaya Matbaacılık. İzmir. 4. Baskı.
- Boisseau, L. (2012). Care of pregnant patients undergoing nonobstetric surgery. AORN Journal, 96(6), 635-646.
- Burlingame, B. (2009). Pregnant patients undergoing surgery. AORN Journal, 89(2), 405-406.
- Carvalho, B. (2006). Nonobstetric surgery during pregnancy. IARS review course lectures, 23-30.
- Cenger, C. (2018). Travma sonrası erken gebelik kaybı: olgu sunumu. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(2), 194-199.
- Dietrich, C. S., Hill, C. C., & Hueman, M. (2008). Surgical diseases presenting in pregnancy. Surgical Clinics North America, 88, 403–19.
- Durna, Z. (2012). İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul. 2. baskı
- Ertürk, S., & Karabulut, K. (2008) Gebelik ve genel cerrahi. Klinik Gelişim, 21(1), 153-158.
- Gezginc, K., & Dalkılıç, E. U. (2011) Obstetrik acillere yaklaşım. Journal of Academic Emergency Medicine, 10, 128-32.
- Günaydın, B. (2012). Gebenin gebeliği ile ilgili olmayan cerrahi girişimlerinde anestezi yönetimi. Turkish Journal of Anaesthesia and Reanimation, 40(1), 1-10.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Korukcu, O., & Kukulcu, K. (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansimasi. Dicle Tıp Dergisi, 37(4), 429-33.

Mhuireachtaigh, R., & O’Gorman, D. A. (2006). Anesthesia in pregnant patients for nonobstetric surgery. Journal of Clinical Anesthesia, 18(1): 60-66.

Özşeker, E., Dinç, G., & Soğukpınar, N. (2015). Gebelikle İlgili Olmayan Cerrahi; Gebe Hastanın Bakımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2).

Reitman, E., & Flood P. (2011). Anaesthetic considerations for non-obstetric surgery during pregnancy. British Journal of Anaesthesia, 107 (S1), 172–178.

Shaver, S. M., & Shaver, D. C. (2005). Perioperative assessment of the obstetric patient undergoing abdominal surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 20(3), 160-163.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-181 KÜRESEL BİR SAĞLIK SORUNU OLAN KRONİK HASTALIKLARDA
PALYATİF BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ**

**PALLIATIVE CARE AND THE ROLE OF NURSE IN CHRONIC DISEASES THAT
ARE A GLOBAL HEALTH PROBLEM**

Serhat YILDIRIM¹ Papatya KARAKURT²

1 T.C. Sağlık Bakanlığı Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Elazığ/Türkiye

2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan/Türkiye

Özet

Dünya genelinde başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet, vb. hastalıklar olmak üzere kronik hastalıkların, insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıkların artması ile birlikte hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış bu nedenle profesyonel bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır. Palyatif bakım, tedavi edici yaklaşımların tükendiği kronik hastalar başta olmak üzere, tedavi süresince ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür. Palyatif bakıma muhtaç yetişkinlerin çoğunluğu, kardiyovasküler (% 38.5), kanser (% 34), kronik solunum yolu (% 10.3) vb. gibi kronik hastalıklara sahiptir. Palyatif bakım hemşireliğinin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken hemşire hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, palyatif bakım, hemşirelik

Abstract

It is reported over the world that chronic diseases –with cardiovascular diseases, cancer, diabetes, etc. being in the first place – have become a leading threat to human health. With the rise in chronic diseases; survival rate has been increased and thus the number of those patients who need professional care has considerably gone up. Palliative care is an approach designed in order to meet physical and psycho-social needs of patients' significant others during the treatment or until death or during post-mortem grief in case of chronic diseases for which curative methods have run out. Most of the adults who need palliative care suffer from such

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

chronic diseases as cardiovascular diseases (38.5%), cancer (34%), chronic respiratory diseases (10.3%) etc. Palliative care nursing focuses on improving quality of care of patients and their significant others during the course of disease and death and quality of care of the significant others after death. Thus, nurses have crucial roles such as training, treatment, coordination, care and leadership. In executing these roles; nurses should take the fact into consideration that patients and their significant others are unique.

Key Word: Chronic disease, palliative care, nursing

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet, inme ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların, insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanan ve dünya genelinde gerçekleşen ölüm vakalarının en önemli sebepleri arasında kabul edilen kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme göstermektedir. Verilere bakıldığında 2020 yılında dünyada tüm ölüm vakalarının %75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin sebebini en çok Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar (BOH) oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi başlıca BOH kapsamına giren hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir ki bu sayı küresel olarak tüm ölümlerin %71'ine karşılık gelmektedir. Türkiye'de en az 22 milyon bireyin (yaklaşık olarak her üç kişiden birinin) bir veya daha fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmektedir. Bu durum Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir ve yaşlı nüfusun artmasının etkili olduğu görüşü etkili olmaktadır (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ilan edilen 2017 Türkiye nüfus istatistiklerine göre standardize edilerek hesaplandığında; Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfus içinde 8.5 milyon kişinin diyabet, 15.8 milyon kişinin hipertansiyon ve 17.5 milyon kişinin de obezite nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığı anlaşılmaktadır (4).

Kronik hastalıklar, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakım gereksinimi gerektiren, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü olmayan hastalıklardır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzaması

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ile hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (5). Kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır (6). Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi birçok yönden etkilenmektedir. Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biridir (1) .

Tüm dünyada kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü majör sağlık problemlerinden biridir. Kronik hastalığa sahip bireylere multiple kaynaklar ile yardım edilmesi ve bakım verilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan birçok hastanın başa çıkma kapasiteleri, yaşa, ciddi fonksiyonel yetersizliğe, sakatlığa, kısıtlı bireysel, sosyal ve finansal kaynaklara bağlı olarak azalabilmektedir. Kronik hastalıklarda; primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma (rehabilitasyon ve palyatif bakım) olmak üzere üç tür koruma düzeyi mevcuttur (7). Kronik hastalıklarda tedavi ve bakımın amacı, hastayı eski sağlığına kavuşturmak veya iyileştirmek değildir. Bireyin hastalığa ve tedavi programına uyumunu, sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içinde olmayı sağlamak ve sonuçta dengeli ve kaliteli bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktır (7). Kronik hastalıklarda yaşam biçimindeki değişiklikler, tanı tedavi ve kontrollere yönelik olarak yapılan inceleme ve uygulamalar bireyde; yorgunluk, bıkkınlık, isteksizlik, mutsuzluk, yaşamdan zevk almama, depresyon, öfke, sorumluluklarını yerine getirmede aksaklıklar, tedaviyi reddetme ya da bırakma gibi duygulara ya da davranış değişikliğine neden olabilmektedir. Kronik hastalıklar konusunda hemşire, eğitim ve danışmanlık hizmetini, hasta ve aileyi kapsayacak şekilde uygular. Hemşirenin korumaya yönelik olarak verdiği hizmetler ile daha pahalı hastane hizmeti gereksinimi önlenmiş ya da en aza indirilmiş olur. Hemşire bakımını planlarken hastanın yaşadığı uyum sürecini ve özelliklerini dikkate almak durumundadır (8) .

Kronik hastalıkların artması ile birlikte hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış bu nedenle profesyonel bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır. Palyatif bakım bu noktada, tedavi edici yaklaşımların tükendiği kronik hastalar başta olmak üzere, tedavi süresince ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür (5). Palyatif bakım çok çeşitli hastalıklar için gerekli olmaktadır. Palyatif bakıma muhtaç yetişkinlerin çoğunluğu, kardiyovasküler hastalıklar (% 38.5), kanser (% 34), kronik solunum hastalıkları (% 10.3), AIDS (% 5.7) ve diyabet (% 4.6) gibi kronik hastalıklara sahiptir. Diğer birçok durum böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multiple skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalık, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz da dahil olmak üzere palyatif bakım gerektirebilir (9) . Palyatif bakımda kronik hastalık süreci ve hastanın durumunun giderek kötüleşmesiyle birlikte, bakım ve tedavinin önemli ve bütünleyici bir parçasını primer bakım veren hasta yakınları oluşturmaktadır (5). Palyatif bakım hemşireliğinin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken hemşire hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır (10). Bu bilgiler ışığında bu derlemenin amacı küresel bir sağlık sorunu olan kronik hastalıklarda palyatif bakım ve hemşirenin rolünü vurgulamaktır.

Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü

Her hastanın fiziksel, psiko-sosyal ve manevi gereksinimleri farklı olmakla birlikte hemşire, hasta ve ailesinin farklı duygusal tepkilerine ve mahremiyetine saygı göstermelidir. Hemşire hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmalı, hastayla dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır. Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya ve huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Hemşire hastanın kendisi, çevresi, ailesi ve diğer bireylerle mümkün olduğunca olumlu ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olmalıdır. Hastanın umudunu sürdürmesine yardımcı olmalı, kontrol duygusunu kaybetmesine izin vermemelidir (10).

Birey ve aile ile işbirliği içinde bir bakım planlamalıdır. Bakım mümkün olduğunca hastanın tercih ettiği yerde verilmelidir. Palyatif bakım birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri veren tüm kurumlarda verilebilir. Bütüncül bakım ekiple işbirliği içinde verilmelidir. Bakım tanı konduğu anda başlar ölüme kadar, ölüm sonrası ise ailenin bakımıyla devam eder. Bakım kanıta dayalı en iyi uygulamalara göre verilmelidir. Bakım fiziksel, psiko-sosyal ve manevi boyutları içerecek şekilde kapsamlı bir şekilde verilmelidir. Hemşire, hasta ve ailenin bakımını planlamak için gereksinimlerini değerlendirmeli ve öncelik sırasına koymalıdır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hastanın psiko-sosyal sorunlarının farkında olan hemşire aynı zamanda hasta ve ailesinin hastalığın duygusal yönü ile başetmesine de yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesinin ölüme ilişkin kültürel ve dini değerlerini, duygu ve davranışlarını değerlendirmelidir. Hastanın kültürel ve dini inançlarını ve uygulamalarını bilmeli ve buna saygı duymalıdır (10).

Her düzeydeki palyatif bakımda hemşire, ekibin önemli bir üyesi olarak rol almaktadır. Palyatif bakımda her hastalığa özgü farklı gereksinimlerin olması, hastalıkla baş etmenin bireyler arasında farklılık göstermesi, uygulanan tedaviye bağlı semptomlarla baş etme güçlükleri, hemşirenin bilgili ve yeterli mesleki deneyime sahip olmasını gerektirir. Palyatif bakımda temel amaç; hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu amaçlar doğrultusunda hemşire; kısa hedefli planlamalar yapar, hasta ve ailesinin duygularını ifade etmesini sağlar, hastanın isteklerini dikkate alarak bakımı organize eder, multidisipliner yaklaşımı sağlar, hastanın bağımlılık düzeyine göre bakım planı oluşturur ve iletişim tekniklerini en iyi düzeyde kullanır (11). Ölmekte olan hastanın bakımını üstlenen hemşireler de, hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik yaşarlar. Tüm bunların yanı sıra hemşire için bakım verdiği hastanın kaybı başarısızlık ve yetersizlik duygularını da beraberinde getirebilir. Hemşireler, hastanın ölümcül hastalık tanısı kesinleştiğinde bir yadsıma sürecine girebilirler. Yadsıma, bir süre rahatlama sağlayabilir. Ancak bu evrede hemşire hastanın yalnızca hastalığını tedavi etmeye ve teknik işlemleri gerçekleştirmeye odaklandığı için, bakımın diğer boyutları eksik kalmaktadır. Ayrıca, hastanın yakında ölebileceğini yadsıyan bir hemşire, hastalık tedavi edilemeyecek durumda olsa da ısrarla tedaviyi sürdürmek isteyebilir. Bütün bunlar, hastanın daha fazla acı çekmesine yol açabilir (10).

Hemşireler, hastanın bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Bu korkunun yersiz olmadığı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hasta ve ailesinin duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını göstermiştir. Hemşirelerin kendilerini yetersiz ve başarısız olarak görmeleri, suçluluk duygusu yaşamalarına yol açabilir. Oysa ölmekte olan hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesi, hastayı uzun süre yaşatmak değil, mümkün olduğunca acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Hastanın, uygulanan tedavi ve bakıma olumlu yanıt vermemesi ve hastalığın giderek

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kötüleşmesi, hemşirenin hastaya öfkelenmesine yol açabilir. Ayrıca hemşireler hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için kendilerine de öfke duyabilirler (12).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, hemşirelerin birçok alanda bilgili ve becerikli olmalarını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmanın temelinde, hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin iç görüş kazanmaları yatar. Bu nedenle hemşirelerin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailesinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtır (12).

Hemşireler, ölmekte olan hastanın yanında kendi ölüm kaygıları nedeniyle rahatsızlık duyabilir ancak çoğu kez bu duygularının neden kaynaklandığını fark etmeyebilirler. Hemşirelerin kendi ölüm kaygılarından kaynaklanan hastadan uzaklaşma eğilimi, ölmekte olan hasta ve ailelerinin çoğunda yalnızlık duygularının pekişmesine ve ihmal edilmişlik duygularının gelişmesine neden olabilmektedir. Hemşireler ölüm gerçeği karşısında kendilerini korumak adına ya da ölüm kaygılarının yarattığı duygusal yükü baş etmek için kullandıkları yalıtma gibi savunma mekanizmalarıyla bireysel duyarlılıklarını yitirebilmektedirler. Bu tutum hemşirelerin ölmekte olan hasta ve ailesinin gereksinimlerini fark etmelerini engellemekte ve sonuçta verdikleri palyatif bakımın niteliğini azaltmaktadır (10).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım başta kanser olmak üzere kronik ve ölümcül hastalıkları olan ve bu hastalıklar ile tedavileri sonucunda gelişen problemlerle karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin temel bakımını üstlenen bir alandır (13). Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de artan hasta popülasyonu ve bununla beraber artan ileri evre kronik hastalıklardan dolayı palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç giderek artmaktadır (14). Palyatif bakım, mutlaka önem verilmesi gereken hem sağlık sistemi hem de çalışanları ile sistematik olarak organize olması gereken önemli bir alandır (13).

Palyatif bakım ekibinin son dönem hastaların yönetiminde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Gelecekteki amacımız; palyatif bakımın kapsamını genişletmek, hasta ve aile gereksinimlerini ön plana alma amaçlı çalışmaların yapılması ve hasta yönetim protokollerinin saptanması olmalıdır. Hasta ve yakınlarının herşeyin bittiğini düşündüğü anda

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bile “her zaman sizin için yapabileceğimiz birşeyler var” mesajını vermek ve kaderleri ile başbaşa olmadıklarını gösterebilmek son dönem palyatif bakımın en önemli kazanımıdır (10). Hemşire, bakıma ilişkin rollerini yerine getirirken her hasta ve ailesinin özgün olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri farklıdır ve yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya hakkı vardır (15). Hemşireler, palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü için risk oluşturabilecek sosyo-demografik özelliklerini, mali zorluklarını, aile ilişkilerini belirlemeli ve oluşan bakım yükü için baş etme stratejilerini geliştirmelerinde yardımcı olmalıdır (16). Palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesi olan hemşire etkili bir bakımla hem hastanın hem de hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014; 2(2) : 62-69
2. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2017; 19(2) : 57-74
3. Uysal H. Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2015;6(9):1-14
4. Türkiye halk sağlığı ve kronik hastalıklar enstitüsü, bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir? <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir> (Erişim Tarihi : 29.04.2019)
5. Uzelli Yılmaz D, Sarı D. Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 201720(2) : 90-97
6. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1) : 57-71
7. Fadiloğlu Ç. (2003) Kronik Hastalıklar, İn : Kronik Hastalıklarda Bakım II, Fadiloğlu Ç.(Ed.), Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 1-32

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Akdemir N. (2011), Kronik Hastalıklar ve Sorunları, İn: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Akdemir N, Birol L(Ed.), Baskı: Sistem Ofset, Ankara, 193-216
9. World Health Organization. Palliative care, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Erişim Tarihi : 29.04.2019)
10. Hıdır M. Palyatif bakımda rol ve sorumluluklar. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi 2015; 82.
11. Yurtsever S.(2012), Palyatif Bakım, in: Hemşirelik Esasları, Atabek Aştı T, Karadağ A.(Eds), Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul : 1147-1155
12. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(2) : 178-187
13. Yavuzşen T. (2015) , Palyatif Bakım ve Felsefesi in: Palyatif Bakım ve Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım, Gülbayrak C, Yükseköğlü NT,(Eds), T.C Sağlık Bakanlığı İzmir Sağlık Müdürlüğü Yayın No:9, İzmir
14. Yürüyen M ve ark. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018; 10(1) : 74-80
15. Coşkun A, Özerdoğan N. Palyatif bakımda cinsel sağlık. Acı Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 9(4) : 371-377
16. Köleoğlu Ş. Palyatif bakım ünitesinde ve dahiliye servisinde yaşlı hastaya bakım verenlerin deneyimlediği bakım verme yükü ve baş etme stratejileri. Yüksek lisans tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep 2018.

S-182 ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA *DEMODEX* SPP DAĞILIMI

DEMODEX SPP DİSTRİBÜTİON İN PATİENTS WİTH ALCOHOL ABUSE

Serpil Şener¹, Birgül Cumurcu², Ülkü Karaman³

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiatri Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Ordu/Türkiye

Özet

Amaç: Demodex insan vücudunda enfestasyon yapabilen bir ektoparazitir. İmmün sistemin baskılandığı durumlarda Demodex enfestasyonunun ağır seyredebileceği saptanmıştır. Alkol kullanan kişilerde immün sistem anormallikleri ve özbakımda azalma gözlenebildiğinden Demodex enfestasyonunun daha yaygın olarak görülebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada; alkol kullanım bozukluğu tanısı konulmuş hastalarda *Demodex* spp. enfestasyonu ile arasında bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Psikiyatri polikliniğinde DSM-5'e göre alkol kullanım bozukluğu tanısı alan ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 26 hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 24 sağlıklı gönüllü katılımcılar çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol gruplarına *D. folliculorum* 'un tanısında standart yüzeysel deri biyopsisi (SYDB) kullanılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmada Demodex ile alkol kullanımı ($p=0.001$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Alkol ve sigara kullanımı birlikte olan hastalara bakıldığında bu ilişki yine anlamlıydı ($p<0.001$).

Tartışma: Sonuç olarak alkol ve sigara kullanımı olan hastalarda *Demodex* spp. enfestasyonunun görülme sıklığının artabileceğinin göz önüne alınması gerektiği kanısına varılmıştır. Bu hastalarda özellikle yüzdeki eritemli, kaşıntılı lezyonlarda Demodex türlerinin fırsatçı patojen olabileceği gözönüne alınarak tedavisinin sağlanmasının gerekli olduğu önerisi sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Demodex, Alkol kullanım bozukluğu, sigara kullanımı,, bağımlılık ve Demodex.

Abstract

Aim: Demodex is an ectoparasite that can infest the human body. The infestation can progress rapidly when the immune system is suppressed. The condition has also been reported to be

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

more common in subjects with alcohol abuse because of the associated immune system abnormalities and decreased hygiene. Our aim in this study was to determine whether a relationship was present between Demodex spp. infestation and alcohol abuse.

Method: A total of 26 patients diagnosed with alcohol abuse according to DSM-5 at the psychiatry outpatient department and 24 age- and gender-matched healthy volunteers who met the study inclusion criteria were included in the study. A standard superficial skin biopsy (SSSB) was used in the diagnosis of *D. folliculorum*.

Results: A significant relationship was found between Demodex presence and alcohol abuse ($p=0.001$). The relationship was also significant when patients with both alcohol abuse and smoking were investigated ($p<0.001$).

Discussion: The Demodex spp. infestation incidence may be increased in patients with alcohol abuse. We recommend providing the relevant treatment especially for erythematous and itchy facial lesions in these patients as Demodex spp. can be opportunistic pathogens.

Key words: Demodex, Alcohol abuse, smoking, addiction and Demodex.

GİRİŞ

Demodex, Trombidiformes takımının Demodicidae familyasından olup memelilerde parazit olan 8 cinsi ve 16 türü bilinmektedir. Demodex'in sadece iki türü insan vücudunda enfestasyon yapabilir. *D. folliculorum* kıl foliküllerinde tek veya gruplar halinde bulunabilir. *D. brevis* ise sebace bezlerinde ve genelde tek olarak bulunurlar. Parazit görülme sıklığına göre yüz, saçlı deri, boyun, kulak, göğüs, meme başı ve genital bölge olarak sıralanabilir. Parazitin yakın temas, tokalaşma ve öpüşme ile bulaştığı bildirilmiştir (1, 2).

Demodex akarlarının normal deride cm^2 de yoğunluğu 5 den az olarak kabul edilir. Bir pilosebace ünitesinde 5 den fazla bulduklarında deri hastalıklarına neden olabilirler (3). Parazitin görülme yüzdesinin cilt pH'nın, nemin, sıcaklığın ve kişisel hijyenin parazitin yoğunluğunda etkili olabileceği de bildirilmiştir (4). Parazit aynı zamanda rozasea, akne vulgaris, dermatit ve blefarit gibi çeşitli hastalıkların patogenezinde de önemli rol oynayabilir (3). Parazitin tanısında rutin bakıda selofanlı lam, deri kazıntısı, kirpik örneklerinin punch biyopsisi ve standart yüzeyel deri biyopsisi gibi yöntemler kullanılmaktadır (3, 5, 6).

İmmünesupresif ilaç kullanan hastalarda veya immün sistemin baskılandığı durumlarda Demodex enfestasyonunun ağır seyredebileceği saptanmıştır (7). Kronik alkol kullanımının da immün sistemin işlevlerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (8,9). Alkol ve madde bağımlılarında immün sistem anormallikleri ve özbakımda azalma gözlenebildiğinden

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Demodex enfestasyonunun daha yaygın olarak görülebileceği belirtilmiştir (6). Ulaşılan kaynak bilgilerde de alkol kullanımı olanlar ile demodex türlerinin epidemiyolojisi çalışıldığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda sunulan çalışmada psikiyatri polikliniğe başvurup alkol kullanım bozukluğu tanısı konulmuş hastalarda *Demodex* spp. enfestasyonu ile arasında bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya başlamadan önce etik kurul kararı alınmıştır. Psikiyatri polikliniğine alkol kullanım bozukluğu ile başvuran hastalardan örnek vermeyi kabul edenlerden hasta onay formu alınarak çalışmaya başlanmıştır. 26 alkol kullanım bozukluğu olan hasta ve 24 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Yaş ve cinsiyet açısından benzer, herhangi bir sigara, alkol ve madde kullanımı olmayan sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Bilinen herhangi bir sistemik veya dermatolojik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

D. folliculorum 'un tanısında standart yüzeysel deri biyopsisi (SYDB) kullanılmıştır. Standart yüzeysel deri biyopsisi non invaziv bir yöntem olup, uygulamada siyanoakrilat yapıştırıcı yardımı ile derinin yüzeysel tabakası ve folikül içeriği alınarak inceleme yapılır (10). Kesin tanı için SYDB'de 5/cm²'den fazla demodex görülmesinin anlamlı olduğu belirtilmektedir (10,11). Uygulama da temiz bir lama bir damla siyanoakrilat yapıştırıcı damlatılır. Örneğin alınması planlanan yüz bölgesine, yapıştırıcı yüze degecek şekilde, hafif bir basınç uygulayarak 1 dakika bekletilir. Sonra tek hamlede lam çekilir ve alınan örneğin üzerine 2,3 damla hoyer eriyiği damlatılarak lamelle kapatılarak ışık mikroskobunda 4'lük ve 10'lük objektiflerde incelenir. Çalışmada bir cm² lik bir alanda canlı parazit sayısı beş ve daha fazla ise infestasyonun (demodicidosis) kanıtı olarak kabul edilmiştir.

İstatistik değerlendirme

Çalışmada IBM SPSS Statistics 25.0 Programı kullanılmıştır. Nümerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testiyle incelenmiştir. Veriler ortalama standart sapma ve sayı yüzde olarak verilmiştir. Kategorik veriler için de Ki-Kare testi uygulanmıştır. Nümerik değişkenler için de grup karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan hastaların herhangi bir bağımlılığı olmayan hastalara göre parazit oranı tablo 1 de verilmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Tablo 1. Demodex spp. Dağılım Oranları

		Hasta	Kontrol	P	
Demodex	Var	13 (%50)	2 (%8.3)	0.002	
	Yok	13 (%50)	22 (%91.7)		
	Toplam	26 (%100)	24 (%100)		
Cinsiyet	Kadın	2(%15,38)	2(%16,66)	1	
	Erkek	24 %84,62)	22 (%83,34)		
	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Yaş	Hasta	26	44.69	9.785	0.626
	Kontrol	24	43.33	9.814	
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Süre(Yıl)	26	1	40	18.12	11.476

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların 13'ünde (%50) demodex pozitifliği saptanmıştır (Şekil 1). Parazitin görülme oranı kontrol grubuna göre anlamlı (p=0.002) olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların yaş ortalaması 44,69±9.785 ve hastalık süresi ortalaması da 18,12± 11,476'dır. Bunların 26'sı hasta diğer 24'ü ise kontrol grubunu oluşturmuştur.



Şekil 1: Demodex spp. erişkin larva ve yumurta (10X).

Çalışmaya katılan hastaların demografik verileri de tablo 2 de sunulmuştur.

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik Verileri

		N	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	46	92.0
	Kadın	4	8.0

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Toplam	50	100.0
Demodex	Var	15	30
	Yok	35	70
	Toplam	50	100.0
Sigara Kullanımı	Var	23	46
	Yok	27	54
	Toplam	50	100
Alkol Kullanımı	Var	26	52
	Yok	24	48
	Toplam	50	100
Deri Bulgusu	Var	17	34
	Yok	9	18
	Toplam	26	52

Tablo 2 de görüldüğü üzere çalışmaya 46 erkek, 4 kadın dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalardan alınan anemneze göre alkol bağımlısı 24 (%92,3) erkek ve 2 (%7,7) kadın toplam 26 hastadır. Alkol kullanım bozukluğu olan 26 hastadan sigara içenlerin sayısı 23 (%88), bulunmaktaydı. Deri bulgusu pozitif olan hastaların sayısı da 17'dir (%65.4).

Çalışmada Demodex görülmesi ile gruplar arasındaki dağılımı tablo 3 de verilmiştir.

Tablo 3. Demodex görülme durumu ile alkol ve sigara kullanımı ile deri bulguları arasındaki dağılım

			Alkol Kullanımı		Sigara kullanımı		Deri bulguları	
			Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Demodex	Yok	Sayı	13	22	25	10	7	6
		%	37.1	62.9	71.4	28.6	53.8	46.2
		Toplam %	26.0	44.0	50.0	20.0	26.9	23.1
	Var	Sayı	13	2	2	13	2	11
		%	86.7	13.3	13.3	86.7	15.4	84.6
		Toplam %	26.0	4.0	4.0	26.0	7.7	42.3
Toplam	Sayı	26	24	27	23	9	17	
	%	52.0	48.0	54.0	46.0	34.6	65.4	
	Toplam %	52.0	48.0	54.0	46.0	34.6	65.4	

Çalışmada Demodex ile alkol kullanımı ($p=0.001$) ve sigara kullanımı ($p<0.001$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Demodex enfestasyonunun ırka ve cinsiyete göre farklılık göstermediği ve tüm dünyada yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir (12). Sağlıklı bireylerde yaşa bağlı olarak değişen oranın yaşlılarda %100'e ulaştığı saptanmıştır (12). Yine farklı araştırmalarda enfestasyonun çocuklarda immünsüpresif bir hastalık olmadığında görülmeyip, ergenlikten sonra yaş ilerledikçe görülme yüzdesinin arttığı tespit edilmiştir (13-15). Wang da, 1848 (16)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

çalışmasında 18-27 yaş aralığının da 2248 hastada % 51,5'lük bir enfestasyon bildirmiştir. Çalışmada da hastaların yaş ortalaması 44,69±9.785 olup 13'ünde (%50) demodex pozitifliği saptanmıştır. Parazitin görülme oranı kontrol grubuna göre de anlamlı (p=0.002) olarak yüksek bulunmuştur.

Ayrıca parazitin tanısında SYDB yöntemi kullanılmış ve örnekler bekletilmeden incelenmiştir. Çalışmada kullanılan Hoyer eriyiğinin akarolojik çalışmalarda akarların daha net görülebilmelerini sağladığı ve teşhiste kullanımının daha uygun olacağı bildirilmiştir (4). Bu doğrultuda çalışmada kullanılan tanı yönteminin parazitlerin tespitinde oldukça etkili olduğu kabul edilebilir.

Farklı çalışmalarda da Demodex spp.'nin vücudun birçok bölgesinde her kıl folikülünde enfestasyonuna neden olabileceği bildirilmiştir. Ancak parazit yoğunluğunun yüz bölgesinde ve yanakta diğer bölgelere göre daha fazla olabileceği belirtilmiştir (11, 13-15). Sunulan çalışmaya katılan hastalarda sadece bir bölgeden örnek alınımına izin vermeleri nedeniyle görülme yüzdesi en sık olan yüz bölgesi tercih edilmiştir.

Sağlıklı bireylerdeki yaygınlık ve yoğunluğa ait değişim aralıklarının da *D. folliculorum* için %6,7-%74, *D. brevis* için %11,1-%30,7 ve Demodex spp. için %10,07-%74,7 olduğu görülmektedir (4). Sunulan çalışmada da kontrol grubunda Demodex spp. %8.3 olarak saptanmıştır. Bu diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla benzer niteliktedir.

Demodexin epidemiyoloji ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda Demodex spp insidansı araştırılmıştır. Sivas'da 47 kronik böbrek yetmezlikli hasta ve kontrol grubundan SYDB ve kirpikler incelenmiştir. Araştırmacılar hastaların 6'sının kirpik foliküllerinde ve 12'sinin yüzünde *D. folliculorum* saptamışlardır. Bu oranın kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (7). İnci ve ark. (17) ürolojik kanserli 49 hasta ve 31 sağlıklı kontrol grubunda SYDB yöntemi ile kanser hastalarının %22,4'ün de kontrol grubunun ise %3,2'sinde *D. folliculorum* saptamışlardır. Yine Malatya'da 67 diyaliz hastası ve 67 sağlıklı bireyin katıldığı çalışmada diyaliz hastalarında parazit yoğunluğunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (18). Diyarbakır'da 87 hemodiyaliz hastasında %19,54 (19), Afyonkarahisar'da fototerapi alan 45 hastada %28,9 43 kontrolde %7 (20), Afyonkarahisar'daki diğer çalışmada romatoid artritli 41 hasta %12 ve 27 kontrolün sırası ile %8'sinde (21) ve Van'da diyabet, böbrek yetmezliği, hipertansiyon, hipertiroidi ve kanser gibi çeşitli kronik hastalıklara sahip 290 hastada %24,5 100 kontrolde %6 parazit enfestasyonuna rastlanılmıştır (22). Çalışmada da %50 demodex pozitifliği saptanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Alkol bağıışıklık sistemini baskılayan bir maddedir. Alkolik patolojinin vücudun sitokin dengesini ve işlevini bozduğu bilinmektedir. Hücre bağıışıklığı, alkolün kemik iliğı üzerindeki doğrudan toksik etkisi nedeniyle orta derecede ve ağır içicilerde yetersizdir. Kronik tiryakilerde T hücrelerinin sayısı ve işlevi azalır. Benzer şekilde, azaltılmış kemotaksis ve fagositoz dahil olmak üzere granülositlerin sayısı ve işlevi alkol kullanımı ile azalmaktadır. Humoral bağıışıklık sistemi, hücresel bağıışıklıktan daha az derecede etkilenir. Bununla birlikte, ağır içiciler antikor üretimine azaltılmış bir birincil antijen tepkisi yaşarlar (6,23). Konağın immun durumunda Demodex enfestasyon oranını değııştirebileceğı bildirilmiştir. Diğere taraftan sağılıklı kişilerde kommensal olarak yaşıyan akarların, immun disfonksiyona yol açan AIDS ve maligniteler gibi hastalıklarda fırsatçı patojen olarak artabileceğı bildirilmiştir (17, 24-26). Chovatiyave arkadaşları da (27) bağıışıklık sisteminin zayıfladığı organ transplantasyonu gibi durumlarda *Demodex* spp. prevalansın da artış olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada da immunsupressif durum olasılığı artırabileceğinden diyabetlilerde demodex enfestasyonunun daha fazla görülebileceğı bildirilmiştir (28). Kansere, kemoterapi tedavisi, kronik böbrek yetmezliğı, organ transplantasyonu gibi immun sistemi bozan durumların da *D. folliculorum* enfestasyonuna yol açabileceğini belirtilmiştir (29). Yine Zeytun ve Ölmez (30) İmmünoşüpresyonun Demodex yoğunluğunu önemli derecede artırabildiğı ve KOAH hastalarının kontrollere göre daha fazla Demodex ile enfekte olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar immünoşüpresif tedavi alan hastalarda demodex enfestasyonuna bağılı lezyonlarının gelişebileceğı ve bunun göz önünde bulundurulmasının yararlı olacağını bildirmişlerdir. Çalışmada da Demodex pozitifliğı ile alkol kullanımı ($p=0.001$) ve sigara kullanımı ($p<0.001$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak alkol kullanım bozukluğı olan hastalarda *Demodex* spp. enfestasyonunun görülme sıklığıının artabileceğinin göz önüne alınması gerektiğı kanısına varılmıştır. Alkol kullanım bozukluğı olan hastalar psikiyatri kliniklerinde zaman zaman yatarak tedavi edilmektedir. Hemşire ve yardımcı sağılık personeli bu hastaların cildinde oluşarı eritem, papülopüstüler lezyon açısından dikkatli olmalı ve gerektiğinde dermatoloji konsültasyonu istenmelidir. Bu hasta grubunda; özellikle yüzdeki eritemli, kaşıntılı lezyonlarda Demodex türlerinin fırsatçı patojen olabileceğı gözönüne alınarak tedavisinin sağılanması gerekli olduğu önerisi sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Turan N, Kapıcıoğlu Y, Saraç G. The Effect of Skin Sebum Sebum, pH, and Moisture on Demodex Infestation in Acna Vulgaris and Rozacea Pat,ents. *Turkiye Parazitol Derg.*2017 Sep;41(3):143-147.
2. Karaman Ü, Kolören Z, Enginyurt Ö, Çolak C. Prevalence of demodex ectoparasites among humans in ordu province in Turkey. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2016 Mar;47(2):207-13.
3. Yun CH, Yun JH, Baek JO, Roh JY, Lee JR. Demodex Mite Density Determinations by Standardized Skin Surface Biopsy and Direct Microscopic Examination and Their Relations with Clinical Types and Distribution Patterns. *Ann Dermatol.* 2017 Apr;29(2):137-142. doi: 10.5021/ad.2017.29.2.137. Epub 2017 Mar 24.
4. Tilki E, Zeytun E, Doğan S. Prevalence and Density of Demodex folliculorum and Demodex brevis (Acari: Demodicidae) in Erzincan Province. *Turkiye Parazitol Derg* 2017; 41: 80-6
5. Aycan Ö, Otlu H, Karaman Ü, Daldal N, Atambay M. Çeşitli hasta ve yaş gruplarında Demodex sp. görülme sıklığı. *Turkiye Parazitol Derg.* 2007;31:1158.
6. Koçkaya MH, Kaya ÖA, Çöpoğlu ÜS, Elmacıoğlu S. Alkol bağımlılarında Demodex spp görülme sıklığı. *Cukurova Med J* 2016;41(2):259-263. DOI: 10.17826/cutf.203543
7. Özçelik S, Sümer Z, Değerli S, Özyazıcı G, Hayta SB, Akyol M et al. The incidence of Demodex folliculorum in patients with chronic kidney deficiency. *Turkiye Parazitol Derg.* 2007;31:66-8.
8. Romeo J, Warnberg J, Nova E, Diaz LE, GonzalezGross M, Marcos A. Changes in the immune system after moderate beer consumption. *Ann Nutr Metab.* 2007;51:359–66.
9. Crews FT, Bechara R, Brown LA, Guidot DM, Mandrekar P, Oak S et al. Cytokines and alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:720–30.
10. Marks R, Dawber RPR. Skin surface biopsy: an improved technique for the examination of the horny layer. *British journal of Dermatology* 1971;84(2):117-23
11. Erbagci Z, Ozgoztasi O. The significance of Demodex folliculorum density in rosacea. *International Journal of Dermatology* 1998;37(6):421-5.
12. Rufli T, Mumcuoğlu Y, Cajacob A, Buchner S: D. folliculorum: aetiopathogenesis and therapy of rosacea and perioral dermatitis (author's transl). *Dermatologica* 1981;162:12-26.
13. Demirdağ HG, Özcan H, Gürsoy Ş. The effects of sebum configuration on Demodex spp. density. *Turk J Med Sci* 2016; 46: 1-7

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

14. Karaman Ü, Kolören Z, Enginyurt Ö, Özer A. The Epidemiology of Demodex mites at the College Students Living in Dormitories in the City of Ordu. *Turkiye Parazitoloj Derg* 2014; 38: 166-71.
15. Durmaz S, Yula E, Aycan Kaya Ö, Aksoy Gökmen A, Kılınc C, Atambay M, et al. Sociodemographic characteristics of patients with Demodex brevis and Demodex folliculorum infestation and its association with rosacea and Behçet's disease. *Biomed Res* 2015; 26: 549-55.
16. Wang Y, Hu Q: Investigation on the prevalence of human demodex among 2248 medical students in inner Mongolia. *Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi* 2001;19:239-40.
17. Inci M, Kaya OA, Inci M, Yula E, Gökçe H, Rifaioğlu MM, Demirtaş O, Yengil E. Investigating Demodex folliculorum in patients with urological cancer. *Turkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 208-10
18. Karıncaoğlu Y, Esrefoğlu Seyhan M, Bayram N, Aycan Ö, Taşkapan H. Incidence of Demodex folliculorum in patients with end stage chronic renal failure. *Ren Fail* 2005; 27: 495-9.
19. . Düzgün ÖY, Aytekin S. Comparison of Demodex folliculorum density in haemodialysis patients with a control group. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 480-3.
20. Çiftci İH, Dündar U, Çetinkaya Z, Kulaş M, Kıyıldı N, Türel A, et al. Demodex folliculorum in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Parasitol* 2007; 52: 70-3
21. Çiftci, İ.H., Dündar, U., Cetinkaya, Z., Kulaş, M., Kıyıldı, N., Türel, A., Evcik, D. ve Kavuncu, V. 2007. Demodex folliculorum in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Parasitologica*, 52(1), 70-73.
22. Taş Cengiz, Z., Yılmaz H., Akdeniz, N., Çiçek, M., Özkol, H ve Çalka, Ö. 2010. Associated of demodicosis with acne rosacea. *Pakistan Journal of Medical Science*, 26(3), 640-643.
23. Crews FT, Bechara R, Brown LA, Guidot DM, Mandrekar P, Oak S et al. Cytokines and alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:720–30.
24. Jansen T, Kastner U, Kreuter A, Altmeyer P. Rosacea-like demodicidosis associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Br J Dermatol* 2001; 144: 139-42.
25. Akilov OE, Mumcuoglu KY. Immune response in demodicidosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 440-4.
26. Aquilina C, Viraben R, Sire S. Ivermectin-responsive Demodex infestation during human immunodeficiency virus infection. *Dermatology* 2002; 205: 394-7.
27. Chovatiya RJ, Colegio OR. Demodicosis in renal transplant recipients. *Am J Transplant* 2016; 16:712-6. <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.13462>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

28. Akdeniz S, Bahceci M, AK Tuzcu, Harman M, Alp S, Bahceci S. 2002. Demodex folliculorum diyabetik hastalarda daha büyüktür. J Europ Acad Dermatol Venereol, 16 (5): 539.
29. Serkan BAŞTEMİR*, Aylin TÜREL ERMERTCAN**, Nalan NEŞE***, İsmet AYDOĞDU****, Kor YERELİ*, Ahmet ÖZBİLGİN* Hodgkin Lenfomalı Bir Hastada Demodex folliculorum Enfestasyonu: Bir Olgu Sunumu. Türk Mikrobiyol Cem Derg 45(3):149-152, 2015 doi:10.5222/TMCD.2015.149
30. Zeytun E, Ölmez H. KOAH Hastalarında Demodex (Acari: Demodicidae) Enfestasyonu ve İmmunosüpresyon ile Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017, 10(2), 220-231.

S-183 ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİNİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

THE EFFECT OF INSİGHT OF SCHİZOPHRENİA PATİENTs ON TREATMENT ADHERENCE

Eda KALKAN¹, Funda KAVAK BUDAK²

¹İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi

Özet

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarının içgörülerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Haziran 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören yetişkin şizofreni hastaları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 300 şizofreni hastası araştırmaya dahil edilmiştir. Verileri toplamak için Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3), Brichwood İçgörü Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, Varyans Analizi, Korelasyon kullanılmıştır

Bulgular: Araştırmada hastaların çoğunun 29-39 yaş grubunda, erkek, ortaöğretim mezunu, bekâr olduğu, çalışmadığı, gelir düzeyini orta olarak algıladığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların % 60'ının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması 3.12±1.60 olarak bulunmuştur. Araştırmada hastaların içgörülerini ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmada şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının orta düzeyde, içgörülerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin hastalara yalnız olmadıklarını hissettirmesi, hastaların sosyal etkinliklere katılmasını sağlaması, hastalık ile ilgili olası sorunlarla başa çıkabilmesi için destek vermesi ve hastaların tedaviye uyumlarını artırma, içgörü düzeylerini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunması önerilebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: Hasta, İçgörü, Şizofreni, Tedaviye uyum

Abstract

Objective: the aim of this study was to determine the effect of the insight of schizophrenia patients on treatment adherence.

Materials and methods: The study was conducted in Elazığ mental health and illness Hospital between June 2017-June 2018. The universe of the research constitutes adult schizophrenia patients who were treated at Elazığ mental health and diseases hospital between June 2017-March 2018. In the study, 300 schizophrenia patients who meet the research criteria and agree to participate in the study were included in the study without going to sample selection. In order to collect the data, the Descriptive Form , The Morisky treatment compliance scale and the Brichwood Insight Scale were used. In the analysis of data; percentage distribution, arithmetic mean, t-test, Kruskall Wallis, variance analysis, correlation were used in independent groups.

Results: The study found that most of the patients were male, middle school graduate, bachelor, non-employed, moderate level of income, no history of mental illness in the family. In the study, it was determined that 60% of patients had moderate compliance with treatment. The mean score of the patients was 3.12 ± 1.60 in the insight scale. In the present study, there was a statistically positive correlation between the internal aspects of the patients and their compliance with treatment ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: in the present study, it was found that the adherence of schizophrenia patients to treatment was moderate and their insight was low. It may be suggested that nurses make them feel that they are not alone, that they participate in social activities, that they support them to deal with the possible problems related to the disease, and that they make attempts to increase the patient's compliance with treatment, and that they increase the level of insight.

Key words: Patient, Insight, Schizophrenia, Adherence to treatment

GİRİŞ

Ruhsal hastalıkların şiddetli formlarından biri olan şizofreni; zihinsel, davranışsal, bilişsel sıkıntılara yol açan, pozitif (gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, halüsinasyon,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

düşüncelerde dağınıklık) ve negatif belirtilerle (içe kapanma, toplumdaki geri çekilme, konuşmada fakirleşme) seyreden uzun süreli bir bozukluktur (1-4). Dünya genelinde 25 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır (2). Ülkemizde şizofreni görülme oranı %0 8.9'dur (5).

İçgörü; psikiyatride hastaların hasta olduğunu kabul etmesi, zihinsel aksaklık, belirtilerin farkında olması ve tedavi girişimlerini kabul etmesi, kişinin sorunlarını anlama kapasitesi, bilinçli farkındalık olarak tanımlanmaktadır (6). Bir üst biliş yeteneği olan içgörünün bireyin kendisi ile ilgili karar verebilmesi, hastalığını kabul etmesi ve tedaviye ilişkin durum ve sonuçları kabul edebilmesi gibi yeterliliklerle ilişkili olduğu bilinmektedir (7,8). İçgörü azlığı şizofreni hastalarında sık görülmektedir. Şizofreni hastalarında içgörü olmayışı gerçeği değerlendirme ve düşünce içeriğinde bozulmalara neden olmaktadır (9).

Tedaviye uyum; hastanın klinisyenin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesini kapsamaktayken, tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, randevuları kaçırmak, kontrollere gelmemek şeklinde birçok yönden karşımıza çıkmaktadır (10).

Bu araştırma şizofreni hastalarının içgörülerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1041

MATERYAL/METOT

Kesitsel türde yapılan araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 300 şizofreni hastası araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler Haziran 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi servislerindeki görüşme odalarında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler hastalarla tek tek görüşülerek, araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3), Brichwood İçgörü Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların % 44.7' sinin 29-39 yaş grubu arasında, % 78.3' ünün erkek, % 44.3'ünün ortaöğretim mezunu, % 57.3'ünün bekar olduğu, % 74'ünün çalışmadığı, % 87.3'ünün gelir düzeyini orta olarak algıladığı, % 69.3'ünde ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların % 69' unun tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

belirlenmiştir. Hastaların içgörülerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların İçgörü Ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; içgörü ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Hastaların içgörülerini artırdıkça tedaviye uyumları artmaktadır.

TARTIŞMA

Araştırmada hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu saptanmıştır. Dilbaz ve ark. şizofreni hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların büyük bir kısmında tedaviye uyumun düşük olduğunu saptamıştır (10). Lacro ve ark. şizofreni hastalarının % 80'e varan bir kısmının tedaviye uyumun düşük olduğunu belirlemiştir (11). Demirkol ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumunun düşük olduğunu tespit etmiştir (12). Araştırma bulgularındaki bu farklılığın araştırma verilerinin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde toplanmasının hastaların tedavi sürecine zorunlu uyum sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada veri toplama esnasında hastaların ilaç yan etkilerinin oluşturduğu sıkıntılardan bunaldığı, ilaçları gereksiz bulduğu, tedavi ve hastane sürecinin bireyin kendini kısıtlanmış hissetmesi tedaviye uyumun orta düzeyde olma nedeni olarak düşünülmektedir.

1042

Hastaların İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması 3.12 ± 1.60 olarak bulunmuştur. İçgörü Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları dikkate alındığında hastaların içgörülerinin düşük olduğu saptanmıştır. Dankı ve ark. şizofreni hastalarının % 50-80'inin düşük içgörü düzeyine sahip olduklarını belirlemiştir (8). Lacro ve ark. psikiyatri hastaları üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada hastaların içgörü seviyelerinin düşük olduğunu tespit etmiştir (11). Aslan ve ark. içgörü azlığının şizofreni hastalarının çoğunda görülen yaygın bir sorun olduğuna dikkat çekmiştir (7). Ampalam ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu bir çalışmada şizofreni hastalarında içgörü yoksunluğunun var olduğunu saptamıştır (6). Şizofreni hastalarında içgörü azlığı konusunda birçok çalışmayla paralel sonuçlara ulaşılmış olup, bu sonucun birey ve ailesinin şizofreni tanısı aldığında inkar ve kabullenmeme sürecine girmeleri, tedavinin faydasını göremeyeceği, gereksiz ilaç bağımlılığı olduğu konusundaki ön yargıları, toplumda damgalanma sürecinden korkulması, kısmi belirtilerin doğal karşılanıp tanılama sürecini geciktirmeleri gibi sebeplerden olduğu düşünülmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumlarını etkilediği belirlenmiştir. Roberts & Velligan şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada içgörünün tedaviye uyumu etkilediğini saptamıştır (13). Pijnenborg ve ark. içgörü varlığının tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediğini tespit etmiştir (14). Dikeç & Kutlu bir grup şizofreni hastasında yaptığı çalışmada tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktörün içgörü olduğunu tespit etmiştir (15). Çakır ve ark., psikoz hastalarında tedaviye uyumun düşük ve önemli bir sorun olduğunu içgörü varlığı ile tedaviye uyumun arttırılabileceğini saptamıştır (5).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonucunda; hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde, içgörülerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların içgörülerinin tedaviye uyumlarını etkilediği tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Alptekin, K., Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H., Atmaca, M., Özgüven, H. (2014). Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 24: 276-88
2. Altun, Ö.Ş., Karakaş, S.A., Olçun, Z., Polat, H. (2018). An investigation of the relationship between schizophrenic patients' strength of religious faith and adherence to treatment. *Arch Psychiatr Nurs*, 32: 62-5
3. World Health Organization, 2016
4. Belli, H., Özçetin, A., Ümit, E., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, Ü., Baykız, A., Bayık, Y. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 102-12
5. Çakır, F., İlnem, C., Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23: 50-4
6. Ampalam, P., Deepthi, R., Vadaparty, P. (2012). Schizophrenia – Insight, Depression: A correlation study. *Indian J Psychol Med*, 34 : 44–8.
7. Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., Karakaş, G. (2005). Beck bilişsel içgörü ölçeği türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 8: 186 – 96

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

8. Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ. ve ark. (2007). Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 18: 129-36.
9. Macpherson, R., Jerrom, B., Hughes, A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatr* 1996; 168: 718-22.
10. Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., Önder, E., Çetin, M. (2006). Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16: 223-32
11. Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., Jeste, D.V. (2002). Prevalance of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature: *Am Psychiatr* 2002; 101: 892-909
12. Demirkol, M., Tamam, L., Evlice, Y., Karaytuğ, M. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal*, 40: 555-8
13. Roberts, D.L., Velligan, D.I. (2011). Medication adherence in schizophrenia. *Drug discovery today: Therapeutic Strategies*, 8: 11-5.
14. Pijnenborg, G.H.M., Donkersgoed, R.J.M., David, A.S., Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta analysis. *Schizophrenia Research*, 144: 109-17.
15. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5: 143-8

S-189 PALYATİF BAKIM VE ÖLÜM KAYGISI

PALIATIVE CARE AND DEATH ANXIETY

Halit Emin Alıcılar^{*}, Gülsen Güneş^{**}, Rukuye Aylaz^{**}

^{*}Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

^{**}İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^{***}İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Özet

Ölüm yaşamın doğal bir sonucudur. Tarih boyunca çeşitli toplumlar ölüme farklı anlamlar yüklemiştir. Ölüme yüklenen anlamlar gibi ölüme karşı tutumlar da farklılık gösterir. Ölüm kaygısı, kişinin ölüme karşı duyduğu endişedir. Palyatif bakımın amacı terminal dönemdeki hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini mümkün olduğunca en üst seviyede tutmaktır. Palyatif bakım alan hastaların ve yakınlarının ölüm kaygısı yaşaması da doğal bir süreçtir. Geleneksel derleme niteliğinde yapılan bu çalışmada, Google scholar, pubmed, ulusal tez merkezi gibi tarayıcılarda ölüm, ölüm kaygısı, ölüme karşı tutum ve palyatif bakım anahtar kelimeleriyle tarama yapılmış ve konuyla ilgili literetürlerden bir derleme hazırlanmıştır. Palyatif bakımda hizmetin niteliğini etkileyen önemli bir faktör sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları ve ölüm kaygısıdır. Sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları, hastaya verdiği hizmette belirleyici bir faktördür. Ölüme karşı tepkiler yaş gruplarında farklılık göstermektedir. Ölümün geri dönüşsüz olduğu on yaşından sonra fark edilebilir. Yaş arttıkça ölüme karşı farkındalık artmaktadır. Özellikle yaşlılıkta ölüm kaygısının arttığı görülmektedir. Çalışanların ölüme karşı tutumları, hastaya verdiği hizmette belirleyicidir. Belirli bir düzeyde ölüm kaygısı, normaldir ve hatta sağlık çalışanları için yardımcıdır. Ölüm kaygısının çok düşük olması, yaşam ve ölüm konularına yönelik fazla rahat kararlar alınmasına yol açabileceğinden olumsuz etki yapabilir. Benzer şekilde, aşırı derecede ölüm kaygısı da yaşamın sonuna yaklaşan hastalardan kaçınılması ve bireyin psikolojik sağlığını düşürmesi sebebiyle endişe vericidir. Ölüm kaygısına yönelik eğitim verilen çalışanların eğitim öncesi ve sonrası ölüm kaygısı düzeylerinde önemli bir azalma ve sağlık çalışanlarının hastalarla ve ailelerle olan ilişki becerilerinin kalitesine ilişkin algılarında önemli bir iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Bu tür eğitimlerin kaçınma mekanizmalarının kullanımını azaltacağı, sağlık çalışanlarının hasta ve aileye verdiği psikolojik desteği geliştireceği savunulmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşamın sonundaki hastaya nitelikli bakım verebilmeleri, kendi ölümlerine karşı tutumlarının sağlıklı olmasından geçer . Bu nedenle tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

eğitim süreçlerine, ölüme ve ölüm kaygısıyla baş etmeye yönelik eğitimlerin dahil edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ölüm, ölüm kaygısı, ölüme karşı tutum, palyatif bakım

Abstract

Death is a natural consequence of life. Throughout history, various societies have put different meanings to death. Attitudes towards death differ, as do the meanings attributed to death. Anxiety is one's concern for death. The aim of palliative care is to keep the quality of life of the patients and their relatives in the terminal period as high as possible. It is also a natural process for patients and their relatives who have received palliative care to experience anxiety of death. In this study, which is a traditional review, it has been searched with keywords of death anxiety, palliative care in Google scholar, pubmed and national thesis center and a review has been prepared from related literature. An important factor affecting the quality of service in palliative care is the attitudes of health workers towards death and death anxiety. The attitudes of health professionals towards death are a determining factor in the service they provide to the patient. Reactions to death differ among age groups. Death is irreversible after ten years of age. As age increases, awareness against death increases. It is seen that death anxiety increases especially in old age. Employees' attitudes towards death are decisive in their service to the patient. Death anxiety at a certain level is normal and even helpful for healthcare workers. The fact that death anxiety is too low can lead to very comfortable decisions about life and death issues and may have a negative effect. Likewise, extreme death anxiety is of concern as avoiding patients approaching the end of life and lowering their psychological health. It has shown that there is a significant decrease in the level of death anxiety before and after training of the employees who are trained for death anxiety and there is a significant improvement in the perception of health workers about the quality of their relationship skills with patients and families. It is argued that such trainings will reduce the use of avoidance mechanisms and improve psychological support provided by health workers to patients and families. The ability of health care workers to provide qualified care to the patient at the end of life is based on their healthy attitude towards their own deaths. For this reason, the education process of the students of medical and nursing faculties needs to be included in the training to deal with death and death anxiety.

Key words: death, death anxiety, attitudes towards death, palliative care

GİRİŞ

Ölüm yaşamın doğal bir sonudur. İnsanlık tarihi boyunca ölüm olgusu tartışılmış ve her toplum birbirinden farklı anlamlar yüklemiştir. Kimileri için varoluşun sonu, kimileri içinse acıdan ve sıkıntılardan kurtuluş anlamı taşır. Ancak ne anlam yüklenirse yüklensin, her canlının kaçınılmaz olarak yaşayacağı bir gerçektir. (1–3)

Amaç: Özellikle sağlık çalışanları açısından ölüm kaygısı, ölüme karşı tutumun terminal dönem hastaları bakımından palyatif bakımdaki önemini ve bunu etkileyen faktörler konusunda bir literatür taraması yapmak ve bu konuda sağlık çalışanlarının eğitimleri için bulunmak.

YÖNTEM

Geleneksel derleme niteliğinde yapılan bu çalışmada, Google scholar, pubmed, ulusal tez merkezi gibi tarayıcılarda ölüm kaygısı, palyatif bakım anahtar kelimeleriyle tarama yapılmış ve konuyla ilgili literetürlerden bir derleme hazırlanmıştır.

BULGULAR

Ölüme Karşı Tutumlar

Ölüme yüklenen anlamlar farklı olduğu gibi ölüme karşı tutumlar da farklılık gösterir. Genel olarak ölüme karşı tutumlar; kişinin kendi ölümüne karşı olan ölümü kabullenmeme, ölüme meydan okuma, ölümü isteme ve ölümü kabullenme tutumları şeklinde 4 başlıkta toplanmaktadır. Ölümü kabullenmeme tutumu, günlük hayatta ölümü tamamen unutmak, gelecek planlarına dahil etmeyerek ölüm hiç yokmuş gibi davranmak şeklinde gelişebilir. Ölüme meydana okuma tutumu, insanın ölümsüzlük arzusuna dayanmaktadır. Ölen insanın bedenini bozmadan saklama davranışı şeklinde kendini gösterebilir. Sağlıklı bireyler için ölümü isteme tutumunun ise sanıldığından daha yaygın olduğu söylenmiş ve bazı felsefeciler tarafından insanın başlangıçtaki cansız haline duyduğu özlem olarak yorumlanmıştır. Hasta birey içinse acılarından kurtulmak için ölümü istemesi şeklinde görülebilir. Son olarak ölümü kabullenme tutumu, varoluşçu felsefelerde karşılaşılan ve ölümün bir gerçek olduğunu kabul edip onunla yüzleşmeyi gerektiren bir tutumdur. (2,4)

Ölüme karşı tepkiler yaş gruplarında da farklılık gösterir. Örneğin çocuklar ölümün kalıcı bir son olduğu gerçeğini algılayamaz. Ölümün geri dönüşsüz olduğu ancak 10 yaşından sonra fark edilebilir (5). Ergenlik döneminde ise ölüm yetişkinler gibi algılanmakla beraber, kendisinin ve çevresindekilerin başına gelmesi muhtemel bir şey olarak görülmez. Bu nedenle

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

bu çağda ölümlerle karşılaşan ergenlerin şiddetli ve yıkıcı tepkileri daha sık görülür (6). Yetişkinlik döneminde ise yaş arttıkça ölüme karşı farkındalık artmaktadır. Özellikle yaşlılıkta ölümün yaklaştığı düşüncesiyle kaygının arttığı görülmektedir(7).

Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, kişinin ölüme karşı duyduğu endişe olup sıklıkla ölüm korkusuyla eş anlamlı olarak kullanılır. Ölüm korkusu insanın bütün korkularının temelini oluşturur (4). Yalnız kalma, bilinmezlik, yok olma, yakınlarını yitirme, öldükten sonra cezalandırılma korkusu gibi birçok boyuttan oluşur (7). İnsanın yaşama içgüdüğü gereği ölümden korkması kaçınılmazdır. Ölümün varlığı ve ona karşı duyulan korku insanı yaşamını değerli kılmaya ve hayatını anlamlandırmaya iter. Ancak ölüm kaygısı yaşamla olan dengesini kaybeder ve kişinin günlük aktivitelerini engelleyecek düzeye gelirse patolojik bir hal alır (2).

Ölümlerle başa çıkmada en çok bilinen teorilerden biri olan Kübler-Ross modelinde yas süreci 5 aşamada ele alınır. İlk aşama olan inkar aşaması henüz ölümün kabullenemediği, kişinin ölümü kendine yakıştıramadığı evredir. Ardından gelen öfke aşamasında ölüm kabullenilmiş, inkar yerini şiddetli bir öfkeye bırakmıştır. Bu aşamada başkalarını suçlama davranışı sıkça görülür. Öfkenin bir çözüm oluşturmadığı anlaşıldığıdaysa pazarlık evresi başlar. Kişi kendisiyle ve inançlı biriyse Tanrı'yla pazarlık yapmaya ve ölümü ertelemeye çabalar. "Eğer ölmezsem daha iyi bir insan olacağım." düşüncesi hakimdir. Ölümün yaklaştığı ve kaçınılmaz olduğu anlaşıldığında depresyon aşamasına geçilir. Kişi kendini güçsüz hisseder ve derin bir bunalıma girer. Son aşama olan kabullenmede ise artık ölüme karşı daha sakin ve yapıcı bir yaklaşım görülür. Günlük işlerini düzene sokma, geri kalan zamanı daha verimli geçirme çabası hakimdir. (8)

Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, erken teşhis ve kusursuz değerlendirme sayesinde acıların önlenmesi ve azaltılması ile ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin tedavisi yoluyla yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir yaklaşımdır. Genel anlamıyla palyatif bakımın amacı terminal dönemdeki hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini mümkün olduğunca en üst seviyede tutmaktır. (9)

Tıptaki ve teknolojiye bağlı gelişmeler sonucu insan yaşamı uzamakta ve yaşamı tehdit eden hastalıkların kronik hastalık halini almasıyla bu hastalıklarla geçen süre giderek

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

artmaktadır. Bu da hastaların yaşam sonu bakım gereksinimlerini artırarak palyatif bakımın daha çok önem kazanmasını sağlamaktadır. (10)

Palyatif Bakımın Niteliği

Palyatif bakımın niteliğinin artırılması, bakım veren sağlık personelinin farkındalığını ve yetkinliğini gerektirir. Sağlık personelinin hastanın fiziksel ihtiyaçlarını algılaması ve gerekli tedaviyi vermesinin yanı sıra sosyal yönden de hem hastaya hem de yakınlarına destek verebilmesi gerekmektedir. Bu da ancak hasta ve yakınlarının yaşadığı süreçleri yetkin biçimde kavramaktan geçer. (11)

Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalar, öğrencilerin büyük kısmının palyatif bakım kavramını duymadığını ve buna yönelik eğitim almadığını, eğitim alanlarınsa yine büyük kısmının bu eğitimi yetersiz bulduğunu ortaya koymuştur. (12,13)

Palyatif bakımda hizmetin niteliğini etkileyen bir diğer faktör ise sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları ve ölüm kaygısıdır. Çalışanların ölüme karşı tutumları, hastaya verdiği hizmette belirleyicidir. Belirli bir düzeyde ölüm kaygısı, insanların sorunlarına karşı hassasiyeti olan her kişide normaldir ve hatta sağlık çalışanları için gerekli ve yardımcıdır. Ölüm kaygısının çok düşük olması, yaşam ve ölüm konularına yönelik fazla rahat ve fevri kararlar alınmasına yol açabileceğinden olumsuz etki yapabilir. Benzer şekilde, aşırı derecede ölüm kaygısı da yaşamın sonuna yaklaşan hastalardan kaçınılması ve bireyin psikolojik sağlığını düşürmesi sebebiyle endişe vericidir. (14)

Yapılan çalışmalar da bu görüşü destekleyici niteliktedir. Çalışmalar, sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin yaşamın sonundaki hastaya bakım vermektense sıklıkla kaçındıklarını, ölüme karşı olumsuz tutumların bütünsel bakım yaklaşımının benimsenmesini engellediğini göstermektedir. (15–18)

Ölüme Yönelik Eğitim

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, tıp eğitimi sürecinin ölümcül hastalara karşı olumsuz tutumlarda düzelme sağlayamadığı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada ölümcül hastanın bakımında yer almış veya 1.dereceden yakınlarını kaybetmiş öğrencilerin kaçınıcı tutumlarının ve iletişim güçlüklerinin daha az olduğu görülmüştür. (19)

(20). Üniversite öğrencilerinde yapılan benzer çalışmaların bulguları da ölüm eğitiminin ölüm kaygısını azalttığı yönündedir (18,21–23). Hemşirelik öğrencilerinde yapılan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

bazı diğer çalışmalar da, daha önce terminal dönem hastaların bakımında yer almış öğrencilerin ölüme karşı tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir (17,24).

SONUÇ

Aynı şekilde öğrencilerinin eğitim süreçlerinde ölüme yakın hastalarla karşılaşmalarının artırılması, bu tür hastaların bakım süreçlerine daha sık dahil edilmeleri ve bu süreçte ölüme karşılaşan öğrencilere psikolojik destek sunulması da önemlidir (24).

Sonuç olarak ölüme yönelik eğitimlerin, sağlık çalışanlarının ölüme karşı olumsuz tutumlarını değiştireceği, ölüme yakın hastalara bakım verme sürecindeki kaçınıcı tutumlarını azaltacağı ve palyatif bakımın niteliğinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ay F. Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu. Yoğun Bakım Hemşireleri Derg. 2001;5(1):44–7.
2. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arch Med Rev J. 2012;21 (1):42–79.
3. Cable DG. Death and Dying: The Universal Experiences . Spec Stud. 1983;
4. Koç M. Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açından Psikolojik Bir Değerlendirme. Sak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derg. 2002;6:7–20.
5. Göka E. Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi. İstanbul: Timaş Yayınları; 2010.
6. Sezer S, Saya P. Gelişimsel Açından Ölüm Kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Derg. 2009;13:151–65.
7. Karaca F. Ölüm Psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları; 2000.
8. Kübler-Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri, Çev. Ed. Terakye, G. Ankara: Hürbilek Matbaacılık; 1995.
9. WHO. Definition of Palliative Care. [Erişim Tarihi: 03 Temmuz 2019]. Erişim: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
10. Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Semin Oncol. Nisan 2005;32(2):134–8.
11. İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 01 Haziran 2012;4:178.
12. Çıtıl R, Okan İ, Önder Y, Çeltik N, Süren M, Bulut Y, vd. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. Bezmialem Sci. 2018;6:100–7.
13. Eyigor S. Fifth-year medical students' knowledge of palliative care and their views on the subject. J Palliat Med. Ağustos 2013;16(8):941–6.
14. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association With Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. J Pain Symptom Manage. Eylül 2015;50(3):335-342.e2.
15. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2015;2 (2):41–6.
16. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2016;7 (3):135–41.
17. Arslan D, Akca NK, Simsek N, Zorba P. Student Nurses' Attitudes Toward Dying Patients in

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Central Anatolia. *Int J Nurs Knowl.* 01 Ekim 2014;25(3):183–8. Erişim: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12042>
18. Çelik İnce S, Utaş Akhan L. Nursing Students' Perceptions about Spirituality and Spiritual Care. *J Educ Res Nurs.* 2016;13(3):202–8. Erişim: <https://dx.doi.org/10.5222/HEAD.2016.202>
19. Kavas M, Öztuna D, Çelebi NN, Selvi H, Sayar D, Akaslan A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınıcı Tutum Düzeyleri. C. 65, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2012. 19–32 s.
20. Melo CG, Billings J. Including personal development in palliative care education to address death anxiety. *Int J Palliat Nurs.* Ocak 2017;23(1):36–45.
21. Tanhan F. Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 01 Mart 2013 [Erişim Tarihi: 03 Temmuz 2019];10(1):184–200. Erişim: <https://dergipark.org.tr/yyuefd/issue/13705/165936>
22. Daghan S. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care; An Example of Turkey. *J Relig Health.* 2018;57(1):420–30. Erişim: <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0416-y>
23. Kalkım A, Midilli ST, Baysal E. An Investigation of the Perceptions and Practices of Nursing Students Regarding Spirituality and Spiritual Care. C. 7, Religions . 2016.
24. Karadağ E. Do Perceptions of Spiritual Care Affect Attitudes Towards Care for Dying Patients in a Group of Turkish Nursing Students? *J Relig Health.* 2019; Erişim: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00815-9>
25. Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2013.

S-190 KRONİK ALKOLİZME BAĞLI KARDİYOMİYOPATİNİN KARDİYAK ARRESTE NEDEN OLDUĞU METİL ALKOL İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

METHYL ALCOHOL INTOXICATION CAUSED CARDIAC ARREST OF CARDIOMYOPATHY DUE TO CHRONIC ALCOHOLISM: A CASE REPORT

Murat BIÇAKCIOĞLU

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman/Türkiye

Özet

Metanol zehirlenmesi önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Otuzüç yaşında bilinen bir hastalık öyküsü olmayan erkek hastada metanol alımı sonrasında kardiyopulmoner arrest gelişmiştir. Yapılan resüsitasyon sonrası spontan dolaşım sağlanıp yoğun bakımda takibe alınmıştır. Anyon açıklı metabolik asidozu da olan hastaya hemodiyaliz ve intravenöz etil alkol infüzyonu başlandı. EKG' sinde dal bloğu görülen hastanın kardiyak incelemesinde Kalp yetmezliği de saptandı. Etyolojide kronik alkol alımı olduğu için alkolik kardiyomyopati düşünüldü. Yaklaşık bir ay yoğun bakımda takip edilen hasta kognitif fonksiyon bozukluğu ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Metanol, Zehirlenme, Kardiyomyopati, Yoğun bakım

Abstract

Methanol intoxication is an important cause of morbidity and mortality. A 33-year-old male patient with no known disease developed cardiopulmonary arrest following methanol uptake. After resuscitation, spontaneous circulation was provided and the patient was followed up in the intensive care unit. The patient had anion gap metabolic acidosis and performed hemodialysis and intravenous ethyl alcohol infusion. Due to branch block in the ECG, heart failure was diagnosed as a result of cardiac examination. Alcoholic cardiomyopathy was considered in the patient with chronic alcohol intake. Cognitive dysfunction was observed during discharge from the patient who was followed up in the intensive care unit for about one month.

Key Word: Methanol, Poisoning, Cardiomyopathy, Intensive care unit.

GİRİŞ VE AMAÇ

Metanol zehirlenmesi hayatı tehdit eden, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (1). Toksik bir madde olan metil alkol endüstride antifiriz, fotokopi sıvıları, boya, cila, buz çözücü solüsyonlar, boya çıkarıcılar gibi birçok ürünün yapımında kullanılmaktadır. Ayrıca kaçak içki yapımında ve özkıyım amaçla da kullanılmaktadır (2). Metanol maruziyeti yutulması, solunması ve deri yoluyla alınması şeklinde olabildiği gibi sıklıkla oral alımdan sonra olur (1). Her ne kadar metanolün kendisi çok toksik değilse de metabolitleri çok toksiktir. Alkoldehidrojenaz enzimi tarafından formaldehide ve takiben formik asite metabolize edilir. Metabolitleri metabolik asidoz, körlük, kardiyovasküler instabilite ve ölüme neden olabilen toksisitesinden sorumludur (3). Bu olgu ışığında metanol zehirlenmelerinde tedavi yaklaşımlarının literatürde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU

33 yaşında daha öncesinde bilinen bir hastalık öyküsü olmayan erkek hasta, arkadaşları ile ev yapımı olduğu söylenen rakıdan içtikleri sırada aniden bilinç kaybına uğramış. Olay yerine çağırılan 112 ekibi tarafından hastanın kardiyopulmoner arrest olması üzerine hemen kardiyopulmoner resüsitasyona başlanmış. Hasta nakil esnasında ve götürüldüğü dış merkezli hastane acil servisinde olmak üzere kardiyopulmoner resüsitasyona devam edilmiş. Yaklaşık 20-25 dakikalık resüsitasyon sonrası spontan dolaşımı sağlanan hasta daha sonra ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize sevk edilmiş. Hasta acil serviste mide lavajı yapıldıktan sonra, bilinci kapalı ve entübe halde yoğun bakıma metanol intoksikasyonu ön tanısı ile kabul edildi. Hastaya mekanik ventilasyon desteği sağlanıp metanol düzeyi için kan örneği alındı. Hastaya metanol intoksikasyonu nedeniyle intravöz %10'luk etil alkol, folik asit 6x50 mg olacak şekilde başlandı. Hastanın yatışında yüksek anyon açıklı metabolik asidoz mevcut olması nedeniyle hemodiyalize başlandı. Takiplerinde kontrol EKG'si alınan hastanın patolojik Q dalgası ve hafif QRS uzaması olması üzerine kardiyoloji konsültasyonu istendi. Hastaya yapılan ekokardiyografi sonucunda kalbin hipertrofik olduğu ve EF %30-35 gözlemlendi. Dilate kardiyomyopatisi olan hastada etyolojinin başka nedenle açıklanamaması ve 15-20 yıldır neredeyse günlük olan kronik alkolizm hikayesi nedeniyle hastada alkole bağlı kardiyomyopati düşünüldü. Hastanın ilk gelişinde kanda etanole rastlanmaz iken kan metanol düzeyi 321 mg/dl idi ve bu doz letal düzeydeydi. Buna rağmen hastada stabilizasyon sağlandı. Takibinin 5. gününde sağ hemitoraksta pnömotoraks gözlenmesi üzerine tüp torakostomi

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

açıldı. Daha sonrasında metanol ve arrest dönemde oluşmuş olabilecek hipokseminin etkilerinin görülmesi amaçlı hastaya beyin manyetik rezonans görüntüleme çalışıldı ve her iki optik sinir çevresinde beyin omurilik sıvısı mesafesinde genişleme dışında bir patolojiye rastlanılmadı. Hastanın entübasyon süresinin uzayacağı düşünülerek 8. günde trakeostomi açıldı. Hasta takipleri esnasında nosokomiyal pnömoniye bağlı antibiyotik tedavisi almıştır. Hastanın trakeostomi kanülü 32. günde kapatıldı. 34 günde kardiyoloji servisine devir edildi. Hastanın devir esnasında olan halüsinasyonları ve gelip geçici oryantasyon bozukluğu mevcuttu. Nöroloji tarafından istenen EEG'si normal değerlendirildi. Hasta 44 günlük toplam takip sonucunda hastaneden taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Klinik bulgulardan metanol metabolizması sonucu oluşan metabolitler ve özellikle formik asit sorumludur (4). Metanol intoksikasyonunda metanol alımından birkaç saat sonra başlayan santral sinir sistemi depresyonu, görme bozukluğu, karın ağrısı gibi şikayetler başlayabileceği gibi koma ile bilinci tamamen kapanmış halde de başvurular olabilir. Ayrıca alkolik kardiyomyopati ölüm nedenleri arasında progresif kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm bulunmaktadır. Ayrıca aşırı alkol alımı ile supraventriküler aritmi gelişimi diğer bir olası nedendir (5). Bizim vakamız kardiyopulmoner arrest halinde karşımıza gelmiştir. Bu ağır tablo sadece yüksek doz metanole değil aynı zamanda kronik alkolizme bağlı toksik nedenli kardiyomyopati sebeptiydi. Metanol intoksikasyonunda genel tedavi yaklaşımı gastrik lavaj, etanol, fomepizol, tiamin verilmesi ve diyaliz yapılmasıyla özetlenebilir (6). Gastrik lavaj acil serviste yapılmıştı. İkinci aşamada tedavinin amacı metanolün toksik metabolitlerine dönüşmesini engellemektir. Bu amaçla etil alkol ya da fomepizol kullanılabilir. Etanol intravenöz ya da enteral yolla verilebilir. İntravenöz yolla yükleme dozu 10 ml/kg, idame dozu 1.6 ml/kg'dır. Enteral yolla ise %20-30'luk etanol kullanılır ve yükleme dozu 0.6-0.8 g/kg, idame dozu 0.11g/kg'dır. Eğer hasta alkol bağımlısı ise yükleme dozu 15 g/kg olarak ayarlanmalıdır. Fomepizol, alkol dehidrojenazın kompetitif inhibitörüdür, metanolün majör metaboliti olan formik aside dönüşümünü engellemektedir. Metanol zehirlenmesi olan hastalarda Fomepizolün etkinliği konusunda yeterli klinik çalışma yoktur. Fomepizolün yükleme dozu 15 mg/kg'dır, takiben 10 mg/kg 12 saatte bir 4 kez verilir. Her bir doz 30 dakika içinde yavaş IV infüzyonla verilmelidir. Biz hastamıza yoğun bakıma kabulü ile intravenöz %10'luk etanol solüsyonundan başladık. Folat, formik asitin yıkılmasında kofaktör

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olduğu için tüm hastalara 50 mg IV 4-6 saatte bir birkaç gün verilmelidir. Hastamız 6x50 mg dozda folat almıştır. Metanol zehirlenmesi ile gelen hastada; eğer görme ile ilgili semptomlar varsa, SSS disfonksiyonu bulguları varsa, pik metanol seviyesi 25 mg/dL'nin üstündeyse, şiddetli metabolik asidoz varsa veya 30 mL'den fazla alım öyküsü varsa dializ yapılmalıdır (3,6). Bizde hastamıza üç gün boyunca diyaliz tedavisi uyguladık. Diyalize başlamadan önce hastamızda anyon açıklı derin metabolik asidoz mevcuttu. Ayrıca hipoglisemi içinde uyanık olmak gerekmektedir. Hastamıza bu nedenle % 5 dekstroz sıvısı verdik ve ayrıca kan şekeri düzeyini yakın bir şekilde monitorize ettik. Metanol zehirlenmelerinde göz bulguları sıktır (2). Hastamızda çekilen manyetik rezonans görüntüleme göz dibinde etkilenme görülmesine rağmen hasta uyandırıldıktan sonraki göz muayenesinde ciddi bir etkilenmesinin olmadığı görüldü. Hastamızda hafif bir kognitif fonksiyon bozukluğu söz konusuydu ve bunu uzun süren resüsitasyon esnasında gelişecek hipoksiye bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

SONUÇ

Metanol intoksikasyonu özellikle yüksek düzeyde ki bir alımda, etkin bir tedavi olmaksızın mortal seyredebilecek bir zehirlenmedir. Bilinç değişikliği, görme problemi ve anyon açıklı metabolik asidozu olan hastalarda ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

1055

KAYNAKLAR

1. Wittler M, O'Brien MC, Masneri DA. Toxic alcohol Ingestion/Methanol Ingestion. MedEdPortal 2018;14:10740.
2. Abdulkadiroğlu Z, Uysal A, Acaroğlu Ş, İlhan N. Metil alkol intoksikasyonu: bir olgu nedeniyle. İç Hastalıkları Derg 1998;5(6):402-5.
3. Kavalcı C, Sezenler E, Kavalcı G, Çevik Y, Turan M. Mannitol zehirlenmesi: bir olgu sunumu. J Emerg Med Case Rep 2011;2(1):14-6.
4. Ünal Ö, Tombul T, Arslan H, Şişman E, Erkoç R. Metil alkol intoksikasyonu: Olgu Sunumu. Van Med J 1999;6(4):31-2.
5. Abacı O, Karaca O.Ş, Gültekin N. Alkolik kardiyomyopati. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2016;9(5):29-33.
6. Yuen Ng P.C, Long B.J, Davis W.T, Sessions D.J, Koyfman A. Toxic alcohol diagnosis and management: an emergency medicine review. Intern Emerg Med 2018;13:375-83.

S-192 ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İLE YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ
THE RELATIONSHIP BETWEEN İTERNALIZED OF STIGMATIZATION AND LONELINESS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Tülay YILDIRIM¹, Funda KAVAK BUDAK²

¹İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi

Özet

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı toplam 250 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 şizofreni hastasına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)” ve “UCLA Yalnızlık Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, ANOVA, Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık düzeylerinin 57.20 ± 10.38 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamalarının 79.65 ± 13.48 olduğu saptanmıştır. Hastaların yalnızlık ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .05$, $r = .854$).

Sonuç ve Öneriler: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeylerinin azaltılması için psikiyatri hemşireleri tarafından hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş Damgalanma, Şizofreni, Yalnızlık

Abstract

Aim: This relational descriptive study was conducted to determine the relationship between the internalized of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Material and Method: The study was carried out between May 2018 and November 2018. The study population consisted of 250 patients with schizophrenia registered in the outpatient clinic of the Selahattin Eyyubi Hospital and Community Mental Health Center in the Province of Diyarbakır, Turkey. A total of 200 patients with schizophrenia who were accessible without sampling were selected in the sample group. Patient Information Form, UCLA Loneliness Scale and Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale were used for data collection. Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, independent samples t-test, Kruskal-Wallis, ANOVA and correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: It was determined that the mean UCLA Loneliness Scale total scores of the patients participating in the study were high. The mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients were high. There was a statistically significant positive relationship between Loneliness Scale total scores and mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients ($p<0.05$).

Conclusion: It was found that the level of stigmatization and loneliness was high in patients with schizophrenia. As the level of stigmatization of the patients increased, the level of loneliness increased too. It may be advisable to provide training to healthcare professionals in order to reduce the level of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

Keywords: Loneliness, Schizophrenia, Stigmatization

GİRİŞ

Şizofreni, bireyin kişiler arası ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşıp, algılama ve yorumlama alanlarında yaşadığı sorunlarla birlikte, kendi dünyasında içe kapandığı; duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü, yeti yitimine yol açan genellikle yaşam boyu süren ağır bir ruhsal hastalıktır (1). Şizofreni toplumda görülme sıklığının fazla olması ve genç yaşta ortaya çıkmasından dolayı önemli bir psikiyatrik sorundur. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı % 1.5, erkek ve kadınlarda görülme oranı 1.4 olarak belirlenmiştir (2).

Damgalanma; ruhsal hastalık tanısı konmuş bireyin hastalıkla ilgili ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel yetersizlik gibi olumsuz düşünce kalıplarının ortaya çıkardığı bir statü kaybı ve dışlanma olarak tanımlanmaktadır (3). Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum tarafından etiketlendiklerinde istemeden de olsa kendilerini yetersiz ve dışlanmış olarak görmeye başlamaktadırlar. İçselleştirilmiş damgalanma denilen bu durum; hastanın toplumun etiketlerini benimsemesinin yanı sıra yetersizlik ve utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki soyutlamasıdır (4).

Şizofreni hastalarının tedavilerinde amaç hastaları topluma entegre ederek yaşam

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kalitelerini yükseltmektedir. Hasta bireylerin yaşam kalitelerinin düşmesine neden olan faktörlerden biri de yalnızlıktır.

Yalnızlık; bireyin kendisini çevresine yabancı hissettiği ya da kişiler arası yakınlık gereksiniminin yeterince karşılanamaması sonucu ortaya çıkan hoş olmayan bir duygusal rahatsızlık durumudur (5). Ruhsal hastalıklarda özellikle şizofreni hastalarının yalnızlık riskleri daha yüksek olabilmektedir.

Bu araştırma şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yalnızlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL/METOT

İlişkisel olarak yapılan araştırmanın evrenini Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli devam eden toplam 250 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşma hedeflenmiştir. Araştırma, ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 şizofreni hastası ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)”, “UCLA Yalnızlık Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarıyla yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Her görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların % 44.5'inin 29-39 yaş aralığında, % 84.5'inin erkek, % 40'inin lise mezunu, % 78'inin bekar olduğu, % 85'inin çalışmadığı, % 70'inin gelir düzeyini algılama durumunun kötü olduğu, % 71.5'inin ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, hastaların hiçbirinin yalnız yaşamadığı ve % 62.5'inin birlikte yaşadığı kişiler olarak anne-babasıyla yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmada RHİDÖ'den alınan en düşük puan 38, en yüksek puan 106, toplam puan ortalaması 79.65 ± 13.48 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada UCLA Yalnızlık Ölçeğinden alınan en düşük puan 26, en yüksek puan 74, toplam puan ortalaması 57.20 ± 10.38 'dir. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında araştırmaya katılan hastaların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ Ölçeği toplam puan

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir.

TARTIŞMA

Araştırmada RHİDÖ toplam puan ortalaması 79.65 ± 13.48 olarak belirlenmiştir. RHİDÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında; hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Arslantaş ve ark., Karidi ve ark., Yıldız ve ark., Yılmaz ve Okanlı, Kök ve Demir, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (7-11).

Araştırmada hastaların yalnızlık toplam puan ortalaması 57.20 ± 10.38 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında, araştırmaya katılan hastaların yalnızlıklarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Trémeau ve ark., Shioda ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastaların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (12,13). Araştırma sonuçları literatür ile benzerdir.

Araştırmada UCLA yalnızlık ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir. Gonzalez ve ark. şizofreni hastalarına karşı toplum tarafından sosyal mesafe bırakıldığı ve hastaların toplumdan izole edildiğini belirtmişlerdir (14).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda; şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017; 26(2): 251-67.
2. Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Devrimci Özgüven H. Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2014, 24(3): 276.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

3. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(3): 136-40.
4. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics* 2010; 3: 38-80.
5. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2014; 48(3): 198-207.
6. Shioda A, Tadaka E, Okochi A. Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23: 399–408.
7. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 11: 11-7.
8. Karidi MV, Stefanis C, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas A, Stefanis N. Perceived social stigma, self-concept and self-stigmatization of patient with schizophrenia, *Compr Psychiatry* 2010; 51: 19– 30.
9. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve major depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 1-7.
10. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia, *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 297-301.
11. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek, *Çukurova Medikal Dergisi* 2018; 43(1): 99-106.
12. Trémeau F, Antonius D, Malaspina D, Goff CD, Javitt DC. Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. An exploratory study. *Psychiatry Research* 2016; 24: 211– 17.
13. Shioda A, Tadaka E, Okochi A. Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23: 399–408.
14. Gonzalez M, Oraa R, Arístegui M, Fernandez A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 14-23.

**S-193 BARIYATRİK CERRAHİ VE RUH SAĞLIĞI
BARIRIC SURGERY AND MENTAL HEALTH****Elif ALTUN, Nermin GÜRHAN, Didar KARAKAŞ, Nurten Gülsüm Bayrak,**

AraştırmaGörevlisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Doçent Doktor, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Araştırma Görevlisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Doktora Öğrencisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

Abstract

Obesity, which is rapidly increasing in both developed and developing countries, is a universal public health problem. According to the estimates of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), this upward trend in obesity continues rapidly. While 12% obesity rate in Turkey in 2003, 15.2% in 2008, also showed an increase of 16.9% in 2010 and 17.2% in 2012 and continues to increase on a regular basis every year. According to the World Health Organisation (WHO) 2018 obesity data, Turkey is in the first place in most obese country ranking among European countries. Obesity is defined as the excess and abnormal amount of fat in the body, which may impair health. Body fat is expressed in the Body Mass Index (BMI). An individual with a body mass index of 30 kg/m^2 is diagnosed as obese. In addition to the physical illnesses caused by obesity (heart disease, reflux, hypertension, etc.), it is a noteworthy issue of the deformations caused by obesity on mental health. It is also closely associated with psychiatric disorders such as decreased quality of life, marital problems, impaired body perception, sexual problems, depression, anxiety, eating and personality disorders. These accompanying psychiatric problems can sometimes caused obesity. Many different methods and techniques are used in the treatment of obesity. In the first stage, changing the life style, in the second stage pharmacotherapy, the third and most effective treatment surgical treatment takes place. Third grade obese, $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ or comorbid risk factors, second grade obese, $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ are treated with surgical treatment. In Turkey while 1/1000 of morbid obese patients is being treated with the existing treatment methods (surgical, endoscopic, etc.) for incorporation in technological infrastructure, in the USA less than 1% of the patients take advantage of bariatric method. In recent years, the prevalence of obesity in Turkey has increased remarkably successful outcomes of bariatric surgery. However, the success of the operation should be evaluated not only with the weight

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

the person gives, but also with the effect of the psychological health and adaptation process of the individual both before and after the operation.

KeyWords: Bariatric Surgery, Mental Health, Obesity

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı olumsuz etkileyecek düzeyde insan bedeninde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlamaktadır. Başka bir ifade ile obezite, insan vücuduna yiyecekler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasıyla ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla bir artış olması ile görülen kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obeziteyi tanımlama ölçütü olarak kullanılan birden fazla yöntem bulunmaktadır. Fakat bunların içinde en yaygın olarak kullanılan yöntem beden kitle indeksi (BKİ) ya da vücut kitle indeksi (VKİ) olarak adlandırılan yöntemdir. BKİ (vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle bulunmakta; kg/m^2) insan bedenindeki yağ dağılımını göstermemesine rağmen ölçümü kolay, ucuz, güvenilir ve tekrarlanabilir oluşu, yaygın olarak kabul görmesine yol açmış ve obeziteyi değerlendirmek için en çok tercih edilen parametre olmuştur (Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD), 2014). Şekil 1’de Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlenmiş olduğu BKİ değerleri ve sınıflandırması gösterilmektedir.

1062

Sınıflandırma	Beden Kitle İndeksi(BKİ) Kesim Noktaları
Normal Aralık	18.50-24.99
Aşırı kilo	≥ 25.00
Obezite Öncesi	25.00-29.99
Obez	≥ 30.00
Obez (Sınıf 1)	30.00-34.99
Obez (Sınıf 2)	35.00-39.99
Obez (Sınıf 3)	≥ 40.00

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Obezite Sınır Değerleri (WHO, 2010)

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’nün (OECD) tahminlerine göre dünyada obezitedeki artış eğilimi hızla devam etmektedir. Türkiye’de 2003 yılında obezite oranı %12 iken, 2008 yılında %15,2, 2010’da %16,9 ve 2012’de de 17,2 olarak artış göstermiş ve her geçen yıl düzenli bir şekilde artış göstermeye devam etmektedir. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

2018 obezite verilerine göre Avrupa ülkeleri arasında en obez ülke sıralamasında birinci sırada bulunmaktadır.

Obezite de önemli bir diğer konu ise obezitenin sebepleri ve obeziteyle ortaya çıkan ya da ortaya çıkma olasılığı olan risk faktörleridir. Obezitenin sebepleri arasında; dengesiz beslenme, sıfır ya da yetersiz fiziksel aktivite, bazı endokrin hastalıklar; diyabet, metabolik sendrom, polikistik over sendromu, tiroid fonksiyon bozuklukları, cinsiyet hormonlarında azlık vb, ilaçlar; metabolik kontrolü bozan ilaçlar (antipsikotikler, glukokortikoidler), genetik sendromlar yer almaktadır. Obezitenin komplikasyonları birçok farklı sistemi etkilemektedir. Hipertansiyon, dislipidemi gibi kardiyovasküler sistem komplikasyonları, uyku apnesi, astım gibi solunum sistemi komplikasyonları, gastroözofajial reflü hastalığı gibi gastrointestinal sistem komplikasyonları, idiyopatik intrakranial hipertansiyon gibi nörolojik komplikasyonlar görülebilir (Eker, 2002). Hem bedensel hem de psikolojik olarak rahatsızlıklara yol açan obezite insan vücudundaki neredeyse bütün sistemlere olumsuz bir şekilde etki yapmaktadır. Obezitenin sebep olduğu hastalıkların insana ve topluma etkisi sadece biyolojik olarak değil, aynı zamanda ekonomik ve psikososyal olarak önemli oranda olduğunu söylemek mümkündür. Obez bireylerin normal kilolu insanlara göre %30 oranında daha fazla doktor başvurusunda bulunduğu, % 50 oranından fazla hastaneye yatış yaptığı ve % 80 oranından fazla ilaç masrafı yaptığı belirlenmiştir (Öncü, 2009; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), 2018).

Önemli bir sağlık problemi olan obezite, egzersiz, diyet, ilaç tedavisi, davranış değişikliği terapisi ve cerrahi yöntemleri içeren tedavi yöntemleriyle ele alınmaktadır (Yüksel, 2016). Günümüz insanında fiziksel aktivitenin azalması ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi obezite sebeplerinin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Obeziteye birçok faktörün sebep olmasından dolayı tedavisinde kullanılan yaşam biçimi değişiklikleri ve diyet her bir birey için etkili olmayabilmektedir. Uzun süreli başarılar görülebilmesi için bireyin yaşam biçimlerinde kalıcı değişiklikler yapmaları önemlidir. Tüm bu tedavi yöntemleriyle zayıflayamamış obez kişilere cerrahi tedavinin yararlı olabileceği belirlenmiştir (Atila, 2014; Yüksel, 2016). Günümüzde, obezitenin tedavisinde kullanılan bariyatrik cerrahinin etkili ve kalıcı yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bundan ötürü obezitede cerrahi tedaviye her geçen gün daha da artan bir ilgi mevcuttur diyebiliriz. Beden Kitle İndeksinin $>40 \text{ kg/m}^2$ 'in üzerinde olan morbid obez ve Beden Kitle İndeksi 35 kg/m^2 'in üzerinde olan ve eşlik eden bir hastalığı bulunan obez bireylere obezite cerrahisi uygulanmaktadır (STD, 2014).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bariyatrik cerrahi, morbid obezitenin tedavisinde 1954'ten beri kullanılan bir yöntemdir. Günümüze kadar bariyatrik cerrahi yöntemi olarak pek çok farklı yöntem kullanılmış ve kullanılan cerrahi yöntemler 3 ana başlık altında toplanmıştır. Bu yöntemler; emilim bozucu yöntemler, alımı kısıtlayıcı yöntemler (hacim küçültücü) ve ilk iki tedavi yönteminin birleşmesiyle geliştirilen kombine yöntemler olarak kategorize edilmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007). Standart bariyatrik cerrahi yöntemi olarak uygulanan 4 farklı operasyon bulunmaktadır. Bunlar; Ayarlanabilir gastrik band (AGB), Sleeve gastrektomi (SG), Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), Biliopankreatik diversiyon ± duodenal switch (BPD±DS) operasyonlardır. Her bir operasyonun avantajı, dezavantajı ve operasyonda verilen kiloda farklılıklar bulunmaktadır. Geçmiş yıllarda bariyatrik cerrahide en sık yapılan operasyon olan Roux-en-Y gastrik bypass olmasına rağmen günümüzde Sleeve gastrektomi, iyi metabolik sonuçlar ve teknik kolaylık nedeniyle sıklıkta tercih edilmeye başlanmıştır. Açık operasyonlar ile laporoskopik operasyon karşılaştırıldığı zaman, iyileşme sürecinin daha kısa ve morbidite ve mortalitenin daha az olması sebebiyle tüm tekniklerde laporoskopik yaklaşım tercih edilmektedir.

Morbid obez tanısına sahip bireylere yapılan bariyatrik cerrahi operasyonun değerlendirilmesinde, ağırlık kaybı ve vücut yağ dokusunun azalması oranları büyük önem arz etmektedir. Bundan ötürü bariyatrik cerrahi sonrası ağırlık kaybının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçüt, fazla kilolardan kaybedilen ağırlık yüzdesidir. Bariyatrik cerrahi sonrası birey, fazla olan vücut ağırlığının %40'ından daha azını kaybetmesi halinde operasyon başarısız, %40-60'ını kaybetmesi halinde orta-iyi düzeyde ve %60'ın üzerinde kaybetmesi halinde ise başarılı olduğu kabul edilmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Obezite tedavisinde ülkemizde de son zamanlarda sıklığı artan bariyatrik cerrahinin başarılı sonuçları dikkat çekmektedir. Fakat bu başarı sadece bireyin kilo vermesi ile değil ameliyat sonrası psikolojik olarak sağlığı ve uyumu da göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü bariyatrik cerrahi, bireyin ameliyat sonrası günlük yaşamında birçok değişiklik yapması gerektiren bir işlemdir. Meydana gelen bu değişimlere uyumu, eşlik eden psikiyatrik problemler zorlaştırmakta veya yeni psikiyatrik problemlere sebep olabilmektedir. Bu sebeple bariyatrik cerrahiye aday olacak bireyin belirlenmesinde ve ameliyat öncesi ve sonrası eğitimi, psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve ele alınması çok daha fazla önemli bir konu olmaktadır. Ameliyat olacak birey ile ameliyat öncesi ve sonrası psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikoloğün görüşmeleri yapması ameliyat sonrası bireyin ruh sağlığı açısından

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

gerekmektedir. Bu görüşmelerde; bireyin tanınması, motivasyon kaynağının ve cerrahiden beklentilerin belirlenmesi, yaşam tarzı ve yeme alışkanlıklarının belirlenmesi, fiziksel aktivite düzeyi, kötü yeme alışkanlıklarının belirlenmesi, yeme bozukluklarının sorgulanması, yem bağımlılığı, yaşam koşullarının öğrenilmesi, gelişimsel ve tıbbi öyküsü, bilişsel ve mental değerlendirme, geçmiş psikiyatrik öyküyü vb ele alınmalıdır (TEMD, 2018).

Bariyatrik cerrahi adayları ile yapılan görüşmeyi güçlendirmek için bunlardan bazıları; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Mini Mental Durum Testi, Beden İmgesi Ölçekleri, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, yeme tutumu testi, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği, yeme bağımlılığı ölçeği, Minnesota kişilik envanteri testi, Stres ve Başa Çıkma Ölçekleri, Madde Kullanımı Ölçekleri, Stres ve Başa Çıkma Ölçekleri gibi bazı testler kullanılabilir. (TEMD, 2018).

Yapılan çalışmada cerrahi adayların, %66'sının yaşam öyküsünde en az bir kez eksen I tanısına sahip olduğu, %38'i eksen I tanı kriterini sağladığı ve %29'u eksen II tanı kriterini sağladığı bildirilmiştir. Cerrahi öncesi değerlendirme sırasında, duyu durumu (%15.6), anksiyete (%24) ve tıknircasına yeme bozuklukları (%16.3) en yaygın bozukluklar arasındadır. Şuan mevcut olan tanı olarak madde kullanım bozukluğu (%1.7) en az görülen bozukluk olmasına rağmen yaşam boyu yaygınlığı (%32.6) yüksektir. (Kalarchian ve ark., 2007). Sarwer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2004), cerrahi adayların %34'ü psikiyatrik ilaç tedavisi aldığı belirtilmektedir. Bunlardan en yaygın kullanılan antidepresan (%30), takiben antipsikotikler (%6.6) ve anksiyolitiklerdir (%3.3). Psikiyatrik ilaç tedavisini reçete eden çoğu doktor ise birinci basamakta yer almaktadır.

Eroğlu ve arkadaşları (2018) bariyatrik cerrahi adaylarının benlik saygısı, depresyon ve ruhsal durumuna bakıldığı bir araştırma yapmışlardır. Çalışmada; bariyatrik cerrahi adayları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kısa Form-36'dan anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bildirilmiştir. Ayrıca bariyatrik cerrahi aday grubunda herhangi eş bir tanıya sahip olma ve yaşam boyu bir ruhsal bozukluğa sahip olma kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. Obezite hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlığı tehdit etmektedir (DSÖ).

Bariyatrik cerrahi operasyonu geçirmiş 117 bireyle yapılan çalışmada bireylerin %13,7'sinde kilo alımı gerçekleşmiştir. Duygusal yeme, gece yeme, yeme endişesi ve depresyon puanların kilo alımı olmayan bireylere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Ünal ve ark., 2019). Obezite

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

tedavi sonrası kilo alımını etkileyen değişkenler arasında psikolojik etmenlerin de mevcut olduğu göz ardı edilmemelidir.

SONUÇ

Cerrahi işlem öncesi birey değerlendirilirken, genel durumunun yanı sıra ruh sağlığı da ele alınarak bireye uygun destek sisteminin oluşturulması en iyi sonucun alınmasına yardımcı olacaktır. Bariyatrik cerrahi sonrası başarının ne ile ölçüleceği hakkındaki tartışmalar, yalnız kilo vermenin tek bir parametre olmadığı, bireylerin psikiyatrik ve psikososyal durumlarının değerlendirilmesinin önemli bir ölçüt olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Altunkaynak, B. Z.,& Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4):138–142.
2. Yorgancı, K. ve Tırnaksız, B. (2007). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(4):218-222.
3. Eker, E.,& Şahin, M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7):246–249.
4. Öncü, İ. , (2009) . Çocukluk çağı obezitesinde metabolik parametrelerin diyet ve egzersizlerle ilişkisi, Uzmanlık Tezi, Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana,11-16.
5. Yüksel, A. (2016). Bariyatrik cerrahi operasyonu geçiren morbid obez bir hastanın 3 yıl sonraki beslenme durumu: olgu sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):39-45.
6. Atila,K. (2014). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*,1(1):23-27.
7. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu (2018). Bariyatrik cerrahi kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
8. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ekibi (2014). Türkiye’de obezite tedavisinde obezite cerrahisinin yeri. Ankara: Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı.
9. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*; 164:328–334.
10. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, Rosato EF, Williams NN, Wadden TA (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*; 14: 1148–1156.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

11. Ünal Ş, Sevinçer GM, Maner AF (2019). Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alınımın; gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 30(1):31-41.
12. Sevinçer, G. (2016). Türkiye’de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 17 (Ek sayı.2): 5-45.
13. Organization WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization.

S-195 KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE YAŞAMIN ANLAMLANDIRILMASI VE ÖLÜM KAYGISI

MEANING OF LIFE IN INDIVIDUALS AND DEATH ANXIETY IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE

¹Zeliha CENGİZ, ²Hilal YILDIRIM, ³Züleyha GÜRDAP

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD, Dr. Öğr. Üye, Malatya

²Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Dr. Arş. Grv., Malatya

³Akçadağ Şehit Gökhan Aslan Devlet Hastanesi, Hemşire, Malatya

Özet

Giriş: Yaşam süresini kısaltan kronik hastalıklar bireylerin yaşama yüklediği anlamı, yaşantıları ve kararlarını pek çok noktada etkilemektedir. Her insanın yaşama ve ölüme ilişkin soruları ve bu sorulara ilişkin yanıtları bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan bireylerin yaşama yüklediği anlam ve ölüm kaygısı durumunu belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmaya kronik hastalığı bulunan (kalp hastalığı, diyabet, KOAH ve HT) 230 birey alındı. Veriler tanıtıcı anket formu, Yaşamın Anlamı Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: Yaşamın anlamı ölçeği puan ortalamasının 51.86±18.48 (var olan anlam alt boyutu: 26.83±8.78; bulunmaya çalışılan anlam alt boyutu: 25.02±10.65) ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının ise 8.59±2.06 olduğu belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonucunda kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşamı anlamlandırmalarının pozitif yönde olduğu, ölüm kaygısı düzeylerinin ise yüksek olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: kronik hastalık; ölüm kaygısı; yaşamın anlamı

Abstract

Introduction: Chronic diseases that shorten the life span affect the meaning, life and decisions of life in individuals. Every person has questions about life and death and answers to these questions.

Objective: The aim of this study was to determine the meaning and death anxiety status of individuals with chronic illness.

Methods: The descriptive study included 230 individuals with chronic disease (heart disease, diabetes, COPD, and HT). Data were collected using an introductory questionnaire, Meaning of Life Scale and Death Anxiety Scale.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Results: The mean score of the meaning of life scale was 51.86 ± 18.48 (meaning meaning sub-dimension: 26.83 ± 8.78 ; meaning meaning sub-dimension: 25.02 ± 10.65) and the mean score of death anxiety scale was 8.59 ± 2.06 .

Conclusion: In the study, it was found that individuals with chronic disease had a positive meaning in life and death anxiety levels were high.

Keywords: Chronic disease; Death anxiety; Meaning of life

GİRİŞ

Günümüzde ölümlerin başlıca nedenlerini kalp-damar hastalıkları veya kanser gibi kronik hastalıklar oluşturmaktadır (1-3). Kronik hastalık ifadesinden sadece uzun süren hastalık anlaşılmaktadır. Kronik hastalıkların uzun süreli olmaktan başka nitelikleri de vardır. Kronik hastalık; genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır (2-4).

Kronik hastalık denilince akla gelen ölüm, bilinmezliği nedeniyle bireylerde kaygıya neden olur. Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren başlayıp yaşam boyu süren, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin fark edilmesi sonrası gelişen bir duygudur. Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık durumlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (2-6).

Yaşam ve ölüm birbirine zıt kavramlar olarak görülmesine karşın ölüm, yaşamın ayrılmaz bir parçası olup; insanoğlunun çağlar boyunca ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur (7). Ölüm kavramı üzerine yapılan çeşitli felsefi ve psikolojik araştırmalar sonucunda ölümün bireylerin yaşamlarını anlamlandırmasına yardım etmede eşsiz olanaklar sağladığı görülmüştür. Ancak, ölüm; yaşamın anlamını bulma arayışında sağladığı olanaklarla birlikte, yaşamı sonlandıran; bireyde hiçlik duygusunu uyandırarak korku ve kaygıya neden olan bir olgu olarak da belirtilmiştir (8-10). Ölüm korkusu, günümüzde üzerinde en çok araştırma yapılan konulardan biri olmasına karşın hala netlik kazanmayan ve açıkça konuşulamayan konulardan biridir (11, 12). Genel anlamda korku bilişsel bir süreçtir ve belirli bir durumda gerçek ya da potansiyel bir tehlikenin var olduğuna dair bireyin yaptığı bir değerlendirmenin sonucunda açığa çıkmakta iken, kaygı ise; bilişsel bir süreç olmanın aksine, duygusal bir tepkiye karşılık gelmektedir. Örneğin; ceset görmek, mezarlık ziyareti, sevdiklerinden birinin ölümü vb. durumlar ölümün somutlaşmış biçimleri olarak bireyde

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

korku doğururken; zamanın belli olmaması, hiç kimsenin ne zaman öleceğini bilememesi gibi yönleriyle de ölüm, tüm yaşama yayılan bir olgu olarak kaygıya neden olabilmektedir (8, 13). Bu noktada ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Klinik ortamda ölüm kaygısını etkileyen faktörler arasında fiziksel ve ruhsal bozukluklar ve buna bağlı yaşam kalitesindeki değişikliklerin yer aldığı görülmektedir (14). Bazı çalışmalarda da bu değişkenler yaş, cinsiyet, dini inançlar, kültür, eğitim seviyesi, medeni durum, meslek, bir yakının kaybı, ölüm düşüncesinin sıklığı olarak belirtilmektedir (12, 15, 16).

Bireyin yaşam anlamına sahip olup olmamasının hayata karşı duruşunu da şekillendirmektedir. Yaşamlarını anlamlı ve değerli gören bireylerin zorlu olaylar karşısında dahagüçlü olduğu, depresif, zorlayıcı duygularla kolayca baş edebildikleri görülmektedir.

Yaşamında bir anlama sahip olan birey yaşamdan doyum sağlayabildiği gibi olumlu benlik algısı da geliştirebilmektedir. Anlamlılık kavramı, temel anlamda, kişinin yaşamının uyumlu, önemli, yönetilebilir ve sahiplenici duygusu olarak tanımlanır (17). Yaşamın anlamı kavramı ise farklı şekillerde kavramsallaştırılmış olmakla birlikte daha çok güç, yoğunluk ve insanların anlam, önem ve hayatlarının amaçlarını şekillendirme ya da onları güçlendirme çabaları ya da arzuları olarak tanımlanmaktadır (18). Frankl'a göre yaşamın anlamı, insandaki temel güdüleyici güç, yaşamını anlamlı kılma veya bir anlam bulma çabasıdır (19). İnsan ne kadar zor ve ölümcül şartlar altında yaşarsa yaşasın, hayatına küçük de olsabir anlam katabiliyorsa yaşamak için bir güç bulabilir (20). Ayrıca anlam, insan ömründe önemli bir iyi oluş olarak düşünülür (21). Frankl yaşamda anlam arayışının içsel bir gerilim yarattığını ve bu içsel gerilimin psikolojik sağlığın ön koşulu olduğunu ileri sürmektedir (19). Yaşama ilişkin anlam sadece kişinin kendisi tarafından bulunabilir oluşuyla ve böyle olması gereğiyle, eşsiz ve özel bir yapıdadır; ancak zamanla bu, kişinin kendi anlam istemini doyuran bir önem kazanabilmektedir. Dolayısıyla yaşamın anlamının, geleceğe ilişkin anlam ve amaçların en çok sorgulandığı zaman ergenliğin sonu, genç yetişkinliğin ilk yıllarıdır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda genç yetişkinlerde yaşamın anlamının bazı değişkenler açısından incelenmesi önemli görülmektedir (22).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan bireylerin yaşama yüklediği anlam ve ölüm kaygısı durumunu belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi göğüs hastalıkları, endokrin, kardiyoloji polikliniklerine başvuran kronik hastalığı bulunan yetişkinler oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine başvurulmamış olup çalışmaya katılmak isteyen (kalp hastalığı, diyabet, KOAH ve HT) 230 birey dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler tanıtıcı anket formu, Yaşamın Anlamı Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucu geliştirilen bu form; hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) ve ölüme ilişkin değişkenlerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Yaşamın Anlamı Ölçeği (YAÖ) :

Yaşamın anlamı ölçeği, insanların yaşamda mevcut anlamı ve aradıkları anlamı belirlemek amacıyla Steger ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeyaralama çalışması ise Akın ve Taş (2011) tarafından yapılmıştır. Yaşamın Anlamı Ölçeği 7'li Likert (1 benim için hiç doğru değil-7 benim için tamamen doğru) tipi bir ölçme aracıdır ve 10 maddeden oluşmaktadır (23).

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ):

Ölüm kaygısı düzeyini belirlemeye yönelik, 15 maddelik, doğru/yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Güvenilirlik katsayısı 0.76, product-moment korelasyon katsayısı 0.83 olarak bildirilmiştir. Türkçe uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe çevirisinin güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (24).

Verilerin Toplanması

Veriler 20 Temmuz – 28 Eylül 2019 tarihleri arasında anket formu ile toplanmıştır. Hafta içi her gün mesai saatlerinde kliniklere gidilerek hastalara araştırmanın amacını açıklanmış, anket formları yüz yüze görüşmeler yapılarak doldurulmuştur. Anket formunun cevaplanma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için “SPSS for Windows 22” paket programı kullanıldı. Hastalara ait gruplandırılmış veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama ve standart sapma olarak verildi. Yaşamın Anlamı Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği arasındaki ilişki kolerasyon testi ile değerlendirildi. Ölçeklerin sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilmesi için bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Korelasyon testleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

BULGULAR

Kronik hastalığı bulunan bireylerin yaş ortalamasının 59.35 ± 13.05 olduğu ve % 72.6'sının kadın olduğu saptandı. Hastaların %41.3'ünün ilköğretim mezunu, % 65.7'sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve % 65.2'sinin eşi veya çocuğu ile birlikte yaşadığı saptandı.

Yaşamın anlamı ölçeği puan ortalamasının 51.86 ± 18.48 (var olan anlam alt boyutu: 26.83 ± 8.78 ; bulunmaya çalışılan anlam alt boyutu: 25.02 ± 10.65) ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının ise 8.59 ± 2.06 olduğu belirlendi.

Kadınların ve gelir durumu kötü olanların ölüm kaygısı puan ortalamalarının önemli derecede yüksek, bakıcıyla yaşayan ve okuma yazma bilmeyenlerin yaşamı anlamlandırma puan ortalamalarının önemli derecede düşük olduğu belirlendi. Yaşama yüklenen anlam ile ölüm kaygısı arasında önemli bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda kronik hastalığı bulunan bireylerin ölüm kaygılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Karahan ve Hamarta çalışmasında kronik hastalık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin çoğu ölmeye hazır değilken aynı zamanda “ölümün kaçınılmaz olması” gerçeği ile de yüzleşmek durumundadır (25). Ölüm kaygısına neden olan ölümden çok, ölümlle ilgili duygular, ölüme verilen anlamdır. Ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, varlığını varlığına bağladığı her şeyden kopuş, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma gibi korkular ölüm kaygısının temelinde yatan korkular olabilir (25, 26). Farklı şekilde yapılan bazı çalışmalarda hastalarda kronik hastalıkların bulunmasının her zaman ölüm kaygısını attırmadığı öngörülmektedir (16).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Araştırma sonucunda kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşamı anlamlandırmalarının pozitif yönde olduğu belirlendi. Bu durumu yaşamda anlam bulunan durumların birer tercih meselesi olduğu ve değiştirilebilir bir durum olduğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda kronik hastalığı bulunan bireylerin olumsuz deneyimlerin yıkıcı etkilerinden en az zararla kurtulmaları ve bir sonraki yaşam alanlarında daha sağlıklı bakış açıları geliştirmeleri yaşamı anlamlandırmaları ile ilişkilidir (22).

SONUÇ

Araştırma sonucunda kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşamı anlamlandırmalarının pozitif yönde olduğu, ölüm kaygısı düzeylerinin ise yüksek olduğu saptandı. Ölüm kaygısının ruhsal bozukluklarla, özellikle psikoz, anksiyete bozuklukları ve depresyonla olan ilişkisi düşünüldüğünde yaşamı anlamlandıran bireyler bu olumsuz ruhsal durumlarla baş edebileceklerdir.

KAYNAKLAR

1. Şanal Karahan, F, Hamarta, E. "Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi". Ege Tıp Bilimleri Dergisi 2 (2019): 8-13
2. Arslan GG, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:147-57.
3. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006 s1019-1044.
4. Ünsal A, Demir G, Çoban-Özkan A, Gürol Arslan G 2011. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(3): 5-10.
5. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT. Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. Eurasian J Medicine, 2003; 35:7-12.
6. Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Türk J Geriatr 2006; 9: 37-44.
7. Duyan V. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2014;8(1):25 31.
8. Tanhan F. Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013;(I)184-200.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Brayne S, Fenwick P. Nearing the end of Life, A Guide for Relatives and Friends of the Dying, First published in Great Britain-2008. p:1-3
10. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda Ölüm Kaygısının İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2011(1-2):53-66.
11. Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2008;11(1):7-16.
12. Abdel-Khalek AM, Tomas-Sabado J. Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spain Nursing Student. Death Studies 2005;29(2):175-169.
13. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14(3):171-179.
14. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12(1):37-43
15. Morris CG. Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş) (Çev. Ayvayışık HB, Sayıl M), Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. ISBN: 9789756761212. İstanbul-2002.ss: 396.
16. Sayın-Kasar K, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, 2016;5 (2); 48-55.
17. Schlegel R. J, Hicks J A, Arndt J. ve Laura A. Thine own self: True self-concept accessibility and meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009: 96(2), 473-490.
18. Steger M. F, Kashdan T.B, Sullivan B.A & Lorentz D. Understanding these arch for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 2008:76 (2).
19. Frankl V. E. İnsanın anlam arayışı.(S. Budak, Çev.) İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2010.
20. Altıntaş, E. ve Gültekin, M. *Psikolojik Danışma Kuramları*, 2. Baskı, Alfa Akademi, İstanbul, 2005.
21. Steger, M., F., Oishi, S. ve Kashdan, T., B. Meaning in Life Across the Life Span: Levels and Correlates of Meaning in Life From Emerging Adulthood to OlderAdulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 2009: 4 (1), 43–52.22.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Yüksel R. "Genç yetişkinlerde yaşamın anlamı." *Sakarya University Journal of Education* 2.2 (2012): 69-83.
23. Akın, A. ve Taş, İ. (2011, May). The validity and reliability of the Turkish version of the meaning in life questionnaire. Paper presented at the 3rd International Congress of Educational Research, May, 4-7, Antalya, Turkey
24. Ertufan H. Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2000.
25. Kaçan-Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş-Karaahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araş. dergisi*,2013;(1-2): 67-79.
26. Öztürk, ZK. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2010.

S-197 PALYATİF BAKIMDA UYKU BOZUKLUKLARI: DERLEME ÇALIŞMASI

LEEP DISORDERS IN PALIATIVE CARE: A REVIEW

Erman YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Uyku bozukluğu, palyatif bakımda, yaşam kalitesinin düşmesine yol açan, hasta ve bakım verenin çeşitli sıkıntılar yaşamasına neden olan yaygın bir problemdir. Rutin uygulamada uyku bozuklukları ile ilgili semptomların taranması ve bunu takiben odaklanmış bir değerlendirme, bozukluğun yarattığı sonuçlar dikkate alındığında önemli ve gereklidir. Palyatif bakım popülasyonlarında bozulmuş uyku nedenleri çok faktörlüdür ve hastalık fizyolojisi, kontrolsüz fiziksel semptomlar, ilaçların olumsuz etkileri ve psikolojik sıkıntı veya psikiyatrik bozuklukları içerir. Mümkünse geri dönüşlü nedensel faktörlere dikkat etmek, uygun tedaviyi sağlamak için özel uyku bozukluklarının tespiti ve prognozu dikkate alan hastaya özelleştirilmiş bir tedavi planının geliştirilmesi önemlidir. Uyku hijyeni eğitimi gibi basit yaklaşımlar yardımcı olabilir, ancak uzun ve etkili yönetim için genellikle psikolojik ve farmakolojik ajanların bir kombinasyonu gerekebilir. İnsomnia (uykusuzluk) için bilişsel davranışçı terapi gibi, palyatif bakım bağlamında adaptasyon gerektirebilecek bilişsel ve davranışsal faktörleri hedef alan stratejiler birinci basamak tedavi olarak tercih edilebilir. İnsomniyayı yönetmek için kullanılan yaygın ilaçlar arasında benzodiazepin reseptör agonistleri, benzodiazepinler ve antidepressanlar yer alır, ancak bu ilaçların yan etkileri hakkında bilgi eksikliği vardır. Palyatif bakımda uykusuzluk ve diğer uyku bozukluklarının tedavisinde psikolojik tedavilerin ve farmakolojik ajanların etkinliğini sağlamak için yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu araştırma, palyatif bakımda uyku bozukluklarına genel bir bakış sunmak amacıyla gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Uyku, Uyku Bozuklukları

Absract

Sleep disturbance is a common problem in palliative care that causes poor quality of life and causes various problems for the patient and caregiver. Screening of symptoms related to sleep

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

disorders in routine practice, followed by a focused assessment, is important and necessary in view of the consequences of the disorder. Impaired sleep causes in palliative care populations are multifactorial and include disease physiology, uncontrolled physical symptoms, adverse effects of drugs, and psychological distress or psychiatric disorders. If possible, it is important to pay attention to reversible causal factors, to identify appropriate sleep disorders and to develop a patient-specific treatment plan that takes into account prognosis. Simple approaches such as sleep hygiene training can help, but a combination of psychological and pharmacological agents is often required for long and effective management. Strategies targeting cognitive and behavioral factors that may require adaptation in the context of palliative care, such as cognitive behavioral therapy for insomnia, may be preferred as primary care. Common drugs used to manage insomnia include benzodiazepine receptor agonists, benzodiazepines, and antidepressants, but there is a lack of information about the side effects of these drugs. High-quality research is needed to ensure the efficacy of psychological treatments and pharmacological agents in the treatment of insomnia and other sleep disorders in palliative care. This study was conducted to provide an overview of sleep disorders in palliative care.

1077

Keywords: Palliative Care, Sleep, Sleep Disorders

GİRİŞ

Uyku, fiziksel ve zihinsel sağlık için gerekli olan temel bir ihtiyaçtır. Uyku bozukluğu, gündüz yorgunluğu, bilişsel bozulma, trafik ve iş yeri kazaları ve işsizlik gibi fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca yaşanan uyku bozuklukları kalp-damar hastalıkları, diyabet, obezite ve psikiyatrik bozukluk riskini artırır; ve bireylere ciddi bir ekonomik yük, yüksek mortalite ve sağlık maliyetleri ile ilişkilidir (Garbarino, Lanteri, Durando, Magnavita, & Sannita, 2016).

Uyku bozukluğu, kanser gibi kronik hastalığı olan bireylerde ve hastalığın ileri evrelerinde oldukça yaygın olmakla birlikte, klinik anlamda genellikle az tanınmakta ve tedavi edilmemektedir. Dahası hastalar ve klinisyenler, hayatı tehdit edici veya kronik hastalık bağlamında uykudaki aksaklıkları iyileştirmek için çok az şey yapabileceğini varsayabilirler. Tahmini uyku bozukluğu prevalansı, uyku bozukluğu ve ölçüm oranlarındaki farklılıklara bağlı olarak çalışmalara göre değişiklik gösterir, ancak palyatif bakım popülasyonlarında, hospis ve palyatif bakım sağlanan merkezlerde küçük ve büyük gözlemsel çalışmalarda %70

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ile %95 kadar yüksek oranlar kaydedilmiştir (Mercadante et al., 2017; Renom-Guiteras et al., 2014).

Uykusuzluk ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bölümünün genel popülasyonda ve kanser popülasyonlarında yapıldığı gözlenmiş buna karşın ilerlemiş hastalığı bulunan bireylerde daha az çalışılmış olduğu saptanmıştır. Oysa ki uyku bozuklukları, kanser ve diğer kronik hastalığı bulunan popülasyonlarda yaygın ve ciddi bir semptomdur. Çeşitli ilerlemiş hastalık popülasyonları üzerine yapılan sistematik bir gözden geçirmede uyku bozukluklarının ciddi oranda görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastalıklar arasında kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), konjestif kalp yetmezliği (KKY), kronik böbrek yetmezliği (KBY), demans, edinilmiş bağışıklık sistemi sendromu (AIDS), Parkinson hastalığı ve multipl skleroz (MS) gibi hastalıklar sayılabilir (Moens et al., 2014). En yüksek uykusuzluk oranlarının KBY (%1-83) hastalarında olduğu bunu sırasıyla; Parkinson hastalığının (%40-74), KOA'nın (%15-77) ve kanserin (%3-67) izlediği bildirilmiştir. Genel popülasyonda sık rastlanan uyku bozukluklarından olan insomnia, kronik hastalığı olan bireylerde komorbid bir problem olup, ağrı, stres, günlük yaşam aktivitelerinde ve bilişsel alanlarda bozulma dahil olmak üzere psikiyatrik rahatsızlıklar (örn. depresyon) gibi birçok fiziksel ve psikolojik semptomların şiddetini arttırabilir (Davis, Khoshknabi, Walsh, Lagman, & Platt, 2014). Uyku bozuklukları, palyatif bakım alan hastaların bakım verenleri için de benzer oranlara sahip bir problem olabilir ve bakım yükünün artmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve uzun süreli hastanede kalmaya yol açabilir (Maltby, Sanderson, Lobb, & Phillips, 2017). Kötü uyku kalitesi kronik hastalıklarda intiharnın güçlü bir göstergesidir ve palyatif bakımda ölümü hızlandırma isteği ile ilişkilidir. Bu sebeple erken müdahale, palyatif bakımda son derece önemlidir (Rosenfeld et al., 2014).

Uyku Bozukluğunun Tanımları

Uyku sağlığı, fiziksel ve ruhsal sağlığı destekleyen, bireysel, sosyal ve çevresel taleplere adapte edilmiş çok boyutlu bir uyku uyanıklığı modeli olarak tanımlanmaktadır. Buysse, iyi uyku sağlığını subjektif tatmin, uygun zamanlama, yeterli süre, yüksek verimlilik ve uyanma saatlerinde sürekli uyanıklık olarak tanımlar (Buysse, 2014).

Uyku bozuklukları değerlendirilirken çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Sınıflama sistemlerinden en çok kullanılanları Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)" sınıflaması (Tablo 1) (Association, 2013)

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

ve Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi'nin (AASM) geliştirdiği Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflama Sistemidir (Michael J. Sateia, 2014). 2014 yılında yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-3 (International Classification of Sleep Disorders-ICSD-3) kriterlerine göre uyku bozuklukları; İnsomniler, Parasomniler, Hipersomniler, Uykuda Solunum Bozuklukları, Uykuda Hareket Bozuklukları, Sirkadiyen ritm Bozuklukları ve diğer bozukluklar olarak 7 ana başlıkta incelenmektedir.

Tablo 1. DSM-5 uyku uyanıklık bozuklukları sınıflaması

<p>1.Uykusuzluk bozukluğu 2.Aşırı uykululuk bozukluğu 3.Narkolepsi 4.Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları a. Tıkayıcı Uyku Apnesi Hipopnesi b. Merkezi Uyku Apnesi c. Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon 5.Sirkadiyen Düzenle İlgili Uyku Uyanıklık Bozuklukları a. Gecikmeli Uyku Evresi Tipi b. Öne Kaymış Uyku Evresi Tipi c. Düzensiz Uyku Uyanıklık Tipi d. 24 Saatlik Olmayan Uyku Uyanıklık Tipi e. Vardiyalı İş Tipi</p>	<p>6.Parasomniler a. Hızlı Göz Devinimleri Uykusu Dışında Uykudan Uyanma Bozuklukları i. Uyurgezerlik Türü ii. Uykuda Korku Duyma b. Karabasan Bozukluğu c. Hızlı Göz Devinimleri Uykusunda Davranış Bozukluğu 7. Huzursuz Bacaklar Sendromu 8. Maddenin / ilacın yol açtığı uyku bozukluğu 9. Tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu 10. Tanımlanmamış uykusuzluk bozukluğu 11. Tanımlanmış diğer bir aşırı uykululuk bozukluğu 12. Tanımlanmamış aşırı uykululuk bozukluğu 13.Tanımlanmış diğer bir uyku uyanıklık bozukluğu 14. Tanımlanmamış uyku uyanıklık bozukluğu</p>
--	---

1079

Klinisyen tarafından en sık karşılaşılan uyku ve uyarılma bozuklukları uykuyu başlatma ve sürdürme bozukluklarıdır. Uykusuzluk (insomnia), uykuya dalma (uzun süreli uyku gecikme süresi) ve uykuya devam etme (genellikle uykuya geri dönme zorluğu ile uyanma ve/veya sabah erken uyanma) gündüz uyku hali ve günlük işleyiş ve faaliyetlerde bozulma ile karakterizedir. Uykusuzluk sendromu olarak da adlandırılan insomnianın klinik tanısı, bu öznel semptomların en az 1 ay boyunca haftada üç gece veya daha fazla yaşanması durumunda doğrulanır (Michael J. Sateia, 2014).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

İnsomnia, akut veya uykusuzluk denilen stresli yaşam olaylarına yanıt olarak birkaç gün içinde oluşabilir veya kronik olabilir (3 ay boyunca haftada üç gece veya daha fazla meydana gelir). DSM-5'e göre uykusuzluk sendromu için tanı kriterleri şöyledir:

Tablo 2. DSM 5'e göre İnsomnia Tanı Kriterleri

A. Başlıca yakınma, aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliğiyle ilgili bir doyumsuzluk yakınmasıdır:

1-Uykuyu başlatmakta (uykuya dalmakta) güçlük. (Çocuklarda, bakım- verenin yardımı olmadan uykuyu başlatmakta güçlük olarak kendini gösterebilir.)

2-Uykuyu sürdürmekte güçlük, sık uyanmalarla ya da uyanmalardan sonra yeniden uyumakta sorun yaşıyor olmakta belirlidir. (Çocuklarda, bakım verenin yardımı olmadan yeniden uyumakta güçlük çekiyor olmakla kendini gösterebilir.)

3-Sabah erken uyanma, uandıktan sonra yeniden uyuyamama.

B. Uyku bozukluğu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili, okulla ilgili işlevsellik alanlarında, davranışsal olarak ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Uyku bozukluğu, haftada en az üç gece ortaya çıkar.

D. Uyku bozukluğu, en az üç aydır vardır.

E. Uyku bozukluğu, uyku uyumak için elverişli bir ortam olmasına karşın ortaya çıkmaktadır.

F. Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu (örn. narkolepsi, solunumla ilişkili bir uyku bozukluğu, yirmi dört saatlik düzenle ilgili bir uyku- uyanıklık bozukluğu, bir parasomni) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku- uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

G. Uykusuzluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

H. Eşzamanlı bulunan ruhsal hastalıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk yakınmasını yeterince açıklamaz (Association, 2013).

Uykusuzluğun gün içinde yarattığı fonksiyon bozuklukları; yorgunluk, konsantrasyon ve bellek bozuklukları, duygu durum değişiklikleri, gündüz aşırı uykululuğu, davranış ve kişilik değişiklikleri, sosyal, ailesel, mesleki hayattaki uyumun bozulması, hata yapma eğilimi,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

uykudan tatminsizlik gibi durumlardır. Uykusuzluk belirtileri yaşlı yetişkinler (> 65) ve daha genç nüfuslar arasında farklılık gösterebilir. Daha yaşlı yetişkinlerin uyku başlangıcından sonra uyanma ile ilgili sorunları bildirme olasılıkları (uykuyu sürdürme zorunluluğu), uyku başlangıcındaki gecikme (uykuya dalma zamanı) sorunlarından daha muhtemeldir (Bloom et al., 2009).

Uykusuzluk, eşlik eden bir hastalık olmadan (birincil insomnia) veya önceden var olan bir tıbbi durumla eşlik eden ikincil uykusuzluk şeklinde karşılaşılabılır. Primer insomnia eşlik eden psikiyatrik, medikal bozukluk ve uyku hastalığı olmaksızın ortaya çıkan uykusuzluktur ve sekonder insomniyaya kıyasla daha nadirdir. Sekonder uykusuzluk ise genellikle fizyolojik, psikiyatrik, medikal bozukluk veya kullanılan herhangi bir ilaç sonrası gelişen uykusuzluğu ifade eder. Palyatif bakım alan bireylerde insomnianın her iki çeşidi de görülebilir, ancak genellikle kanserde ve diğer ilerlemiş hastalıklarda kronik bir hal alabilir.

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Uyku bozuklukları spesifik olarak insomnia, Tablo 3'te gösterilen birçok tıbbi durum ile eşlik eden bir problem olarak ortaya çıkar (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey, & Sateia, 2008). Uyku bozukluğunun nedenleri, kronik hastalık ve ileri hastalık ile birliktelik göstererek çok faktörlüdür. Bu noktada insomniyaya götüren hem fiziksel hem de psikolojik faktörler klinik olarak önemlidir. Bu faktörlerin Speilman'ın üç faktörlü kavramsal çerçevesine dayanan hazırlayıcı, tetikleyici ve devam ettirici faktörlerine göre farklılaştırılması, uykusuzluğa yol açan faktörlerin değerlendirilmesinde rehberlik etmek için yararlıdır (Spielman, Nunes, & PB., 1996).

Tablo 3. İnsomnia İle İlişkili Komorbid Durumlar

Vücut sistemi	Komorbidite durumu
Nörolojik	İnme, demans, Parkinson hastalığı, nöbet bozuklukları, baş ağrısı bozuklukları, travmatik beyin hasarı, periferik nöropati, kronik ağrı bozuklukları, nöromüsküler bozukluklar
Kardiyovasküler	Anjina, konjestif kalp yetmezliği, nefes darlığı, disritmiler
Pulmoner	KOAH, amfizem, astım, laringospazm
Sindirim	Peptik ülser hastalığı, kolelitiazis, kolit, irritabl bağırsak

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

	sendromu
Genitoüriner	İnkontinans, iyi huylu prostat hipertrofisi, nokturi, enürezis, interstisyel sistit
Endokrin	Hipotiroidi, hipertiroidi, diabetes mellitus
Kas-İskelet	Romatoid artrit, osteoartrit, fi bromiyalji, Sjögren sendromu, kifoz
Üreme	Gebelik, menopoz, adet döngüsü değişimleri
Diğer	Alerjiler, rinit, sinüzit, bruxizm (diş gıcırdatma), alkol ve diğer madde kullanımı / bağımlılık / yoksunluk

Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi

Palyatif bakım alan hastalarda uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde en önemli husus uyku zorluğunu karakterize etmek ve nedenleri, kötüleşen faktörleri ve uyku bozukluğunu tetikleyen komorbiditeleri tanımlamaktır. Hastalarının çoğu zaman uyku bozukluklarını hekimlere bildirmediği göz önüne alındığında, uyku bozukluklarına katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi için ayrıntılı bir geçmişe ihtiyaç vardır. Hastalardan bu bilgiyi sağlayabilmeleri ve eşlerinden, huzursuz bacak sendromu veya obstrüktif uyku apnesi gibi diğer uyku bozukluklarını ekarte etmek için uyku öyküsüne katkıda bulunmaları istenmelidir (Bruera, Higginson, Von Gunten, & Morita, 2015).

Uyku bozukluklarının saptanması ve teşhisi için çeşitli tarama ve değerlendirme testleri mevcuttur. Testlerin ilk grubu uyku gecikme süresi, kalite, memnuniyet ve uyanış hakkında kendi kendine raporlara dayanır. Bu bilgi genellikle uyku kalitesi anketleri, uyku geçmişi anketleri, uyku günlükleri ve diğer oluşturulmuş anket soruları ile toplanır. Kendi kendine bildirilen uyku verilerinde standart olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) klinik araştırmalarda sıkça kullanılan bir araçtır. PUKİ, uyku kalitesini ve kalıplarını ölçer ve öznel uyku kalitesini, uyku gecikmesini, uyku süresini, alışılmış uyku verimliliğini, uyku bozukluklarını, uyku ilacı kullanımını ve gündüz fonksiyon bozukluğunu ölçerek “kötü” uykuyu “iyi” uykudan ayırır (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989). Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası, kanser hastaları tarafından önceki 24 saat içinde yaygın olarak karşılaşılan, uykunun da dahil olduğu kendisinin bildirdiği 10 semptomun prevalansını ve ciddiyetini değerlendirir (Chang, Hwang, & Feuerman, 2000).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Uyku bozukluklarını belgelemenin ve müdahalelerin etkisini izlemenin bir başka yolu, hastadan veya partnerinden elde edilen ve daha objektif olan uyku günlükleridir. Bazı uyku günlüğü modelleri çeşitli türde veriler toplar, ancak genel olarak, hastanın uyku başlangıcı, toplam uyku zamanı ve uyanma sayısı hakkındaki günlük bilgileri kaydeder. Gündüz uykululuk ve uyku ile ilgili alışkanlıklar da kaydedilebilir (Bruera et al., 2015).

Kendinden bildirilen araçların öznel yapısı nedeniyle, araştırmacıların ve klinisyenlerin de uyku bozukluklarını objektif ölçüm araçlarını kullanmaları önerilir. Spesifik uyku ve uyanma durumlarının tespiti için standart polisomnografidir (PSG) (de Souza et al., 2003). PSG, uyku mimarisini karakterize etmek ve uyku bozukluklarını tespit etmek için elektroensefalogram (EEG), kalp hızı, solunum hızı, üst solunum yolu akışı, horlama varlığı ve bacak hareketi gibi çeşitli biyoelektrik sinyalleri kaydeder. İnvazif olmamasına rağmen, PSG kayıtları, özellikle zaten yorgun veya acı çeken palyatif hastaları için zahmetli olabilir. Bu nedenle, palyatif bakım gereksinimi olan hastalarda kullanımı sınırlı görülmektedir (Ancoli-Israel, 2015).

Uyku Bozukluklarının Yönetimi

Uyku bozukluğu ve uykusuzluk bozukluklarında tedavinin amacı palyatif bir bakım yaklaşımının prensipleriyle, yani uyku bozukluğuna yol açan geri dönüşümlü veya altta yatan neden(ler)i tanımlamak ve tedavi etmektir. Bu amaç aynı zamanda, uyku bozukluğunu şiddetini daha da arttırabilen diğer semptomların, ağrıların ve psikolojik rahatsızlıkların (kaygı ve depresyon) yönetiminin optimize edilmesini de içerir.

Farmakolojik Olmayan Yönetim

Uykusuzluğun tedavisi için genel yaklaşımlar arasında, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumların tedavisi, uykuya müdahale eden ilaçların ve maddelerin değiştirilmesi; uyku davranışlarının değiştirilmesi, yani uyku hijyeni; ve uyku ortamının optimize edilmesini içerir (D. Howell et al., 2013). Uyku hijyen önlemleri konusunda eğitim şiddetle tavsiye edilir (Tablo 4). Bu müdahalelerin tek başına uykusuzluğa karşı etkili olmadığı kanıtlanmıştır, ancak bilişsel davranışçı tedavi (BDT) gibi diğer terapötik müdahalelerle birleştirildiğinde uykusuzluğu iyileştirme olasılığı yüksektir ve uygulanması nispeten kolaydır (Dietrich, Francis-Jimenez, Knibbs, Umali, & Truglio-Londrigan, 2016).

Tablo 4. Uyku-Uyanma Bozuklukları Bakımında Kullanılan Uyku Hijyeni Esasları

- 1. Her sabah aynı saatte kalkmak, gündüz uyumalarını en aza indirmek.**
- 2. Uyku saatinden en az 4 saat önce olmak kaydıyla düzenli egzersizlere katılmak.**
- 3. Alkol, kafein ve nikotin gibi uyarıcılardan uzak durarak uygun besinleri almak. Gün boyunca düzenli yemek yemek ve gece geç saatte yemek yememek.**
- 4. Her gece aynı saatte yatmaya gitmek.**
- 5. Uyumadan önce uzun ve sıcak bir duş almak.**
- 6. Uykudan önce bir bardak ılık süt içmek.**
- 7. Gece uyaranlardan kaçınmak bunun yerine radyo dinlemek ve ya kitap okumak (Balcıoğlu & Turan, 2015).**

Uykusuzluk İçin Uyarlanmış BDT

Günümüzde uykusuzluk için uyarlanmış BDT birincil uykusuzluk ve uykusuzluk sendromu için ilk standart tedavi ve tedavi standardı olarak önerilmektedir (Michael J Sateia, Buysse, Krystal, Neubauer, & Heald, 2017). Uykusuzluk için uyarlanmış BDT, kötü uyku alışkanlıkları ve olumsuz düşünceler, tavırlar ve uykuya yatkınlığa katkıda bulunan inançları da dahil olmak üzere, zaman içinde uykusuzluğu devam ettirdiğine inanılan davranışsal ve bilişsel faktörleri hedef alan çok bileşenli bir müdahaledir (Savard & Savard, 2017). Uykusuzluk için uyarlanmış BDT'nin birbiriyle ilişkili ve en yaygın bileşenleri arasında uyarıcı kontrol, uyku kısıtlaması, gevşeme terapileri, uyku hijyeni ve bilişsel yeniden yapılandırma yer almaktadır. Bu bileşenlerin bir kombinasyonunun yüksek düzeyde etkili olduğu gösterilmiştir. Uyku sonuçları, gevşeme terapisi gibi tek bileşenler de uykusuzluk üzerinde etki göstermiştir ve BDT programlarına katılamayacak kadar hasta olabilecek palyatif bakım hastalarına daha uygulanabilir ve kabul edilebilir olabilir. Uykusuzluk için uyarlanmış BDT'nin Parkinson ve Multiple Skleroz da dahil olmak üzere diğer fiziksel bozukluklara bağlı gelişen uykusuzluğun tedavisinde etkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Humbert, Findley, Hernandez-Con, & Chahine, 2017; Majendie, Dysch, & Carrigan, 2017). Uykusuzluk için uyarlanmış BDT'nin kanserde yaşanan uykusuzluğun tedavisinde orta ya da büyük etki büyüklüğüne sahip olduğunu gösteren kapsamlı bir inceleme kanıtı vardır (Johnson et al., 2016). Uykusuzluk için uyarlanmış BDT, bekleme listesi kontrol grupları, farmakoterapi + / ilaç plasebo, gevşeme terapisi ve davranışsal plaseboya ve uyku hijyeni eğitimine kıyasla her zamanki gibi tedaviden daha büyük etkiler

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

üretmiştir. Uzun süreli takiplerle yapılan çalışmalarda, uykusuzluk için uyarlanmış BDT'nin etkileri katılımcıların önemli bir bölümünde tedavinin kesilmesinden çok sonra 2 yıla kadar sürmüştür (Savard & Savard, 2017). Bununla birlikte, palyatif bakımda uykusuzluk tedavisi için BDT uygulaması konusunda sınırlı sayıda araştırma vardır. Uykusuzluk için uyarlanmış BDT'de, vurgulanan yeni beceri ve davranışları elde etmek için hastadan kayda değer bir zaman bağlılığı ve enerji sarf etmesi beklenir. Ayrıca Uykusuzluk için uyarlanmış BDT'nin bir diğer bileşeni olan gevşeme tedavisi de, şiddetli zayıflığı veya kemik metastazlarından ağrısı olan hastalarda için zor olabilir.

Zihin ve Beden Terapileri

Yoga, meditasyon ve hipnoterapi gibi zihin ve beden terapileri (ZBT), tıbbi hastalıklarda ve palyatif bakım popülasyonlarında uykusuzluğu azaltmada yardımcı olabilir (Neuendorf et al., 2015). ZBT, çeşitli kanserli hastaların yan etkisiz, destekleyici tedavi önlemleri olarak eşlik eden tedavisine uygun bulunmuştur. ZBT'nin bütünsel yaklaşımı ve kontrollü solunum ile orta derecede hareket egzersizlerinin bir kombinasyonu, kendi kendine yeterliliği ve yaşam kalitesini artırırken strese bağlı semptomları azaltabilir. ZBT'nin çeşitli yöntemleri üzerine yapılan son çalışmalar, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, tedavi sırasındaki ve sonrasında çeşitli psikolojik parametreler, uyku kalitesi, yorgunluk, ağrı ve menopoz semptomları üzerindeki olumlu etkileri doğrulamaktadır (Dobos et al., 2017). Ayrıca farkındalık temelli stres azaltma terapileri de stres semptomlarında ve psikolojik fonksiyonlarda önemli gelişmeler sağlayarak dolaylı yoldan uykunun kalitesini arttırmaya yardımcı olabilir (Doris Howell, 2019).

1085

Parlak Işık Terapisi

Parlak ışık terapisi umut verici görünen bir başka farmakolojik olmayan tedavi seçeneğidir. Özellikle kanser hastalarında kemoterapi sırasında günlük 30 dakikalık parlak ışığa maruz kalmanın, yorgunluğu azalttığı ve sirkadiyen aktivite ritimlerini düzene sokarak yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu yönüyle parlak ışık tedavisi, başta kanser hastaları olmak üzere palyatif bakım hastalarında yan etkisi yok denecek kadar az olan ve farmakolojik olmayan bir tedavi olabilir (Ancoli-Israel et al., 2012; Jeste et al., 2013; Neikrug et al., 2012).

Farmakolojik Yönetimi

Davranışsal yaklaşımlar uyku problemlerini çözmediğinde, tedaviye ilaçların ilavesi tavsiye edilir ve bunların palyatif bakım bağlamında bir kombinasyonu gerekli olabilir. Farmakolojik

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

tedavinin amacı, uyku kalitesini ve miktarını arttırmak, uykunun kalitesinde yaşanan sıkıntıda bozulmayı en aza indirmek, uyku başlangıcından sonra uyku gecikme süresini ve uyanıklığı azaltmak ve toplam uyku süresini veya uyku verimini arttırmaktır.

Bu kapsamda yetişkin popülsayonda uykusuzluğun tedavisinde hem benzodiazepinler hem de benzodiazepin reseptörü agonistlerinin küçükten orta düzeye kadar bildirilen etkileri vardır (De Crescenzo et al., 2016). Palyatif bakımda uykusuzluk tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında, benzodiazepin ilaç grubu, benzodiazepin reseptörü antagonistleri, ve antidepresan ilaçlar bulunmaktadır (Davis & Goforth, 2014; Davis et al., 2014). Benzodiazepinler, antikonvülsan özellikleri için palyatif bakımda yaygın olarak kullanılır ve uyku gecikmesini azaltabilir, gece uyanmasını azaltabilir ve toplam uyku süresini ve restoratif uyku hissini artırabilir. Ancak, kısa süreli kullanım için, yani 4 hafta kullanılması önerilir ve bağımlılık yapma profilleri nedeniyle kullanımları sınırlı düzeydedir. Orta etkili benzodiazepinler tercih edilir, ancak yaşlılarda ve karaciğer fonksiyonlarının değişmesi durumunda aktif metabolitleri aşırı uyuşukluk, sedasyon ve baş dönmesine neden olabilir, artan sedasyon ve ajitasyon nedeniyle afyonlarla birlikte kullanıldığında dikkatli kullanılması gerekir. Sedasyon yapan antidepresanlar gibi diğer ilaçlar, uykusuzluğu olan depresyon hastaları için yararlı bir seçenek olabilir, oysa seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) antidepresan grubunun bazıları daha fazla uyarıcıdır ve uykusuzluğu artırabilir ve palyatif bakımda uykusuzlukta ilk tedavi olarak önerilmemektedir. Tıbbi olarak, ilaç kullanımının mümkün olan en düşük dozda en kısa sürede reçete edilmesi ve temel olarak BDT'ye katılmayan hastalarda düşünülmesi önerilir. Bu tür tedaviler, ya BDT'ye ek olarak seçilmiş durumlarda ya da BDT'nin uygulanması öncesinde kısa vadeli bir çözüm olarak tercih edilmelidir. Bu yaklaşım ilerlemiş hastalığı olan hastalarda mümkün olmayabilir veya bu popülasyonlarda ilaç tedavisi daha uzun süreli kullanım gerektirebilir. Palyatif bakım popülasyonlarında bu ilaçların kanser dışındaki uykusuzluk için etkinliği konusunda çok az araştırma yapılmıştır. Palyatif bakımda uykusuzluğu tedavi etmek için yardımcı olarak depresyon için önerilen düşük dozlarda trisiklik antidepresanların sedasyonu kullanılmıştır, ancak gündüz sedasyonu ve antikolinerjik yan etkiler özellikle yaşlılarda olumsuz etkilere neden olabilir. Özellikle palyatif bakımda uykusuzluk için kullanılan ilaçların kullanılmasında, uyuşturucu rahatsızlıklarının ayırıcı tanısı ve etiyolojisi, ilacın kısa ve uzun vadeli etkinliği, emilim ve metabolizma hızı ve olası riskler ve yan etkileri dikkate alınmalıdır. Yaşlı ve ağır hastalar, özellikle ilaç duyarlılığı ve farmakokinetikteki değişiklikler

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

göz önüne alındığında, olumsuz etkiler açısından risk altında olabilirler ve bu durum, kar zarar durum değerlendirmesini gerekli kılar. Uykusuzluk yönetimi için rehberlik belgelerinde önerilen diğer ilaçlar, lorazepam, temazepam ve zopiklon gibi hipnotik ilaçları içerir, ancak bunlar dikkatli kullanılmalıdır (Matheson & Hainer, 2017).

SONUÇ

Uykusuzluk ve uykusuzluk sendromu gibi uyku bozuklukları, gece-gündüz işleyişi, günlük yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesi üzerine ciddi sonuçları olan palyatif bakım popülasyonlarında yaygındır. Palyatif bakımda rutin tarama ile uyku bozukluğunun erken tanımlanması ve ardından daha kapsamlı bir değerlendirme yapılması, bu semptomun klinik bakımda genellikle kötü yönetilmesi nedeniyle önemlidir. Palyatif bakım hastalarında, ağrı ve psikolojik stres gibi çoklu faktör faktörleri ile birlikte bir birincil uyku bozukluğu ve eşlik eden uykusuzluk kombinasyonu bulunabilir. Tedavi, spesifik uyku bozukluğunun tanımlanmasını ve uyku uzmanlarına danışılmasında uygun stratejilerin kullanımını içermelidir.

KAYNAKLAR

- Ancoli-Israel, S. (2015). Sleep Disturbances in Cancer: A Review. *Sleep Med Res*, 6(2), 45-49. doi:10.17241/smr.2015.6.2.45
- Ancoli-Israel, S., Rissling, M., Neikrug, A., Trofimenko, V., Natarajan, L., Parker, B. A., . . . Liu, L. (2012). Light treatment prevents fatigue in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1211-1219. doi:10.1007/s00520-011-1203-z
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Balcıoğlu, İ., & Turan, Ş. (2015). *Olgu Dosyaları Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., . . . Zee, P. C. (2009). Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 761-789. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x
- Bruera, E., Higginson, I., Von Gunten, C. F., & Morita, T. (2015). *Textbook of palliative medicine and supportive care*: CRC Press.
- Buysse, D. J. (2014). Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter? *Sleep*, 37(1), 9-17. doi:10.5665/sleep.3298
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. doi:[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Chang, V. T., Hwang, S. S., & Feuerman, M. (2000). Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, 88(9), 2164-2171. doi:10.1002/(sici)1097-0142(20000501)88:9<2164::aid-cncr24>3.0.co;2-5
- Davis, M. P., & Goforth, H. (2014). Fighting Insomnia and Battling Lethargy: The Yin and Yang of Palliative Care. *Current Oncology Reports*, 16(4), 377. doi:10.1007/s11912-014-0377-1
- Davis, M. P., Khoshknabi, D., Walsh, D., Lagman, R., & Platt, A. (2014). Insomnia in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 31(4), 365-373. doi:10.1177/1049909113485804
- De Crescenzo, F., Foti, F., Ciabattini, M., Del Giovane, C., Watanabe, N., Sañé Schepisi, M., . . . Amato, L. (2016). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for insomnia in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9), CD012364. doi:10.1002/14651858.CD012364
- de Souza, L., Benedito-Silva, A. A., Pires, M. L. N., Poyares, D., Tufik, S., & Calil, H. M. (2003). Further validation of actigraphy for sleep studies. *Sleep*, 26(1), 81-85.
- Dietrich, S. K., Francis-Jimenez, C. M., Knibbs, M. D., Umali, I. L., & Truglio-Londrigan, M. (2016). Effectiveness of sleep education programs to improve sleep hygiene and/or sleep quality in college students: a systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(9), 108-134. doi:10.11124/jbisrir-2016-003088
- Dobos, G., Choi, K.-E., Horneber, M., Lange, S., Voiß, P., Kümmel, S., & Paul, A. (2017). Mind-Body-Medizin in der integrativen Onkologie. *Der Onkologe*, 23(3), 206-210. doi:10.1007/s00761-016-0169-3
- Garbarino, S., Lanteri, P., Durando, P., Magnavita, N., & Sannita, W. G. (2016). Co-Morbidity, Mortality, Quality of Life and the Healthcare/Welfare/Social Costs of Disordered Sleep: A Rapid Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 831.
- Howell, D. (2019). Sleep Difficulties. In R. D. MacLeod & L. Van den Block (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (pp. 393-421). Cham: Springer International Publishing.
- Howell, D., Keller-Olaman, S., Oliver, T. K., Hack, T. F., Broadfield, L., Biggs, K., . . . Olson, K. (2013). A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 20(3), e233-e246. doi:10.3747/co.20.1302
- Humbert, M., Findley, J., Hernandez-Con, M., & Chahine, L. M. (2017). Cognitive behavioral therapy for insomnia in Parkinson's disease: a case series. *npj Parkinson's Disease*, 3(1), 25. doi:10.1038/s41531-017-0027-z
- Jeste, N., Liu, L., Rissling, M., Trofimenko, V., Natarajan, L., Parker, B. A., & Ancoli-Israel, S. (2013). Prevention of quality-of-life deterioration with light therapy is associated with changes in fatigue in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Quality of Life Research*, 22(6), 1239-1244. doi:10.1007/s11136-012-0243-2
- Johnson, J. A., Rash, J. A., Campbell, T. S., Savard, J., Gehrman, P. R., Perlis, M., . . . Garland, S. N. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Medicine Reviews*, 27, 20-28. doi:<https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.07.001>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Majendie, C. M. A., Dysch, L., & Carrigan, N. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) for an Adult With Multiple Sclerosis. *Clinical Case Studies, 16*(2), 115-131. doi:10.1177/1534650116674594
- Maltby, K. F., Sanderson, C. R., Lobb, E. A., & Phillips, J. L. (2017). Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative and Supportive Care, 15*(1), 125-140. doi:10.1017/S1478951516001024
- Matheson, E., & Hainer, B. L. (2017). Insomnia: Pharmacologic Therapy. *American family physician, 96*(1), 29-35.
- Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., Masedu, F., Valenti, M., & Aielli, F. (2017). Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Supportive Care in Cancer, 25*(4), 1301-1306. doi:10.1007/s00520-016-3524-4
- Moens, K., Higginson, I. J., Harding, R., Brearley, S., Caraceni, A., Cohen, J., . . . Van den Block, L. (2014). Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(4), 660-677. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009>
- Neikrug, A. B., Rissling, M., Trofimenko, V., Liu, L., Natarajan, L., Lawton, S., . . . Ancoli-Israel, S. (2012). Bright Light Therapy Protects Women from Circadian Rhythm Desynchronization During Chemotherapy for Breast Cancer. *Behavioral Sleep Medicine, 10*(3), 202-216. doi:10.1080/15402002.2011.634940
- Neuendorf, R., Wahbeh, H., Chamine, I., Yu, J., Hutchison, K., & Oken, B. S. (2015). The effects of mind-body interventions on sleep quality: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2015*.
- Renom-Guiteras, A., Planas, J., Farriols, C., Mojal, S., Miralles, R., Silvent, M. A., & Ruiz-Ripoll, A. I. (2014). Insomnia among patients with advanced disease during admission in a Palliative Care Unit: a prospective observational study on its frequency and association with psychological, physical and environmental factors. *BMC Palliative Care, 13*(1), 40. doi:10.1186/1472-684X-13-40
- Rosenfeld, B., Pessin, H., Marziliano, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., . . . Breitbart, W. (2014). Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Social Science & Medicine, 111*, 35-40. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>
- Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest, 146*(5), 1387-1394. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of clinical sleep medicine, 13*(02), 307-349.
- Savard, M.-H., & Savard, J. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Cancer Patients: An Update of Efficacy Evidence and Areas for Future Research. *Current Sleep Medicine Reports, 3*(2), 66-75. doi:10.1007/s40675-017-0067-2
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine, 4*(05), 487-504.
- Spielman, A., Nunes, J., & PB., G. (1996). Insomnia. *Neurol Clin., 14*, 513-543.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-198 PALYATİF BAKIM HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI İLE AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN BELIEFS AND COPING WITH PAIN SITUATIONS OF PALIATIVE CARE PATIENTS

Tuğba MENEKLİ, Runida DOĞAN, Çiğdem ERCE

1 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

3 Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırma, palyatif bakım hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma 10.03.2019-10.06.2019 arasında Malatya eğitim ve araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini üniteye yatarak tedavi gören 138 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri literatürden yararlanılarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği ve Palyatif performans skalası kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 paket programı kullanılmış ve gerekli etik izinler alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 59.01 ± 9.38 olduğu, %65.1'nin kadın, %89.7'sinin evli, %56.3'ünün ilköğretim mezunu, %75.3'ünün çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Hastaların %82.3'ü evde eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığını, %82.1'i ise hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişilerin aileleri olduğunu belirtmiştir. Hastaların ortalama ağrı yaşama süresi 18.09 ± 4.06 aydır. Hastaların organik inançlar puan ortalaması 3.04 ± 0.38 , psikolojik inançlar puan ortalaması ise 4.83 ± 1.00 olarak bulunmuştur. Hastaların kendi kendine başa çıkma puan ortalaması 19.07 ± 5.18 , çaresizlik puan ortalaması 10.72 ± 3.00 , bilinçli bilişsel girişimler puan ortalaması 13.85 ± 4.05 ve tıbbi çare arama puan ortalaması 11.54 ± 3.08 dir. Hastaların %70.5'i ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanmaktadır. Katılımcıların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p < 0.001$, $r = -0.392$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -0.350$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p < 0.001$, $r = 0.380$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların organik inançlar puanı düşüktür ve anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Ağrıya yaklaşımda temel hedef, bireye ağrının kontrol edilebilir bir durum olduğunu anlatmak olmalıdır. Bireyi ağrıyı kontrol etmede etkin konuma getirmek, ağrıya ilişkin düşünce ve yargılarını değiştirmesini sağlamak büyük önem taşımaktadır. Multidisipliner yaklaşım ve psikososyal desteğin ağrı ile başa çıkma becerilerinin artırılmasında kilit rol oynadığı unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Ağrı inancı, Ağrıyla başa çıkma

Abstract

Objective: This study was defined as the descriptive relationship between pain beliefs and coping states of palliative care patients.

Method: The study was carried out in Palliative Care Unit of Malatya Training and Research Hospital, 10.03.2019-10.06.2019. The sample of the study consisted of 138 inpatients treated in the unit. Scientific Research Form, Pain Beliefs Scale, Pain Coping Scale and Palliative Performance Scale were collected by face to face interview method. In the evaluation of the data, SPSS 18 package program was established and necessary ethical permissions were obtained.

Results: The average age of was 59.01 ± 9.38 , 65.1% were women, 89.7% were married, 56.3% were primary school graduates and 75.3% were in the study room. 82.3% of the patients lived with their spouses and children at home and 82.1% of them gave support about the disease in the hospital environment. The mean duration of pain was 18.09 ± 4.06 months. The mean score of organic beliefs was 3.04 ± 0.38 , and the mean score of psychological beliefs was 4.74 ± 1.00 . In 70.5% of the patients, the treatment of pain control is believed in the god. Where there is a positive weakness relationship between helplessness target ($p < 0.001$, $r = .380$). It is low that there are organic beliefs and there is a significant difference ($p < 0.05$).

Conclusion: The main objective in the approach to pain should be to explain to the individual that pain is controllable. It is very important to make an individual effective in controlling pain and to change his / her thoughts and judgments about pain. It should be kept in mind that multidisciplinary approach and psychosocial support play a key role in increasing pain coping skills.

Key words: Palliative care, Pain belief, Coping with pain

GİRİŞ

Palyatif bakım hastalarında ağrı, anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı vb. sıkça görülen ve hastalığın seyirini etkileyen en önemli semptomlar olup, tedavi edilmesi öncelikli konuların başında gelmektedir(1,2). Ağrı, Uluslar arası ağrı araştırması derneği tarafından (International Association for the Study of Pain=IASP) “vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu” olarak tarif edilmektedir (3). Bu tanım ağrının duygusal ve bedensel bileşenleri olduğunu ifade etmekte ve doku hasarı ile ağrı şiddetinin her zaman paralel gitmemesini açıklamaktadır(4).

Yetersiz ağrı yönetiminin pulmoner komplikasyonlara, oksijen tüketiminde artışa, doku iskemisine, depresyon ve anksiyete gibi fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlara neden olarak, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (5,6). Ağrı, ortaya çıkardığı sözü edilen sonuçlarla birlikte kişi için önemli bir stres kaynağı olmaktadır. Bu stres faktörü karşısında sergilenen ve “Ağrıyla başetme” olarak ele alınan bilişsel ve davranışsal tepkiler, ağrının şiddetini, ağrıya bağlı engellilik durumunu ve hasta psikolojisini etkilemektedir(4). Duyusal, emosyonel ve davranışsal faktörleri içeren ve çok boyutlu bir deneyim olan ağrı kavramı çeşitli modeller kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Patojenik ağrı modeli ve biyopsikososyal ağrı modeli bu modeller arasında sayılabilir. Patojenik Ağrı Modeli; ağrının doğrudan doku travması ya da fizyolojik bir yıkım sonucu oluşması ile ilgilenmektedir. Biyopsikososyal model ise bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörleri içermektedir(7). Sözü edilen faktörlerin nörokimyasal faktörlere etki ederek dolaylı olarak ağrı yanıtını etkiledikleri bildirilmektedir(7).

Bilişsel etkenler arasında olan İnanç kavramı, kaynağını sosyal psikolojiden almakta ve kognitif bakış açısında kişinin düşünce sisteminin temel bir yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ağrı inançları ise organik ve psikolojik inançlar olmak üzere iki kavram üzerine yoğunlaşmaktadır. Organik inançlar kavramı; ağrının nedeninin “vücutta yaralanma, zarar” kaynaklı olduğu algısına dayanır. Birey, yaralanma düzeyindeki artışın ağrıyı arttıracığı inancındadır. Bununla ilişkili olarak; ağrıya neden olan sorunun ortadan kaldırılmasında aktivite/egzersiz kontrolü ve biyomedikal yaklaşım ön plana çıkmaktadır (7,8,9). Psikolojik inançlar kavramı ise, ağrının kökeninde psikolojik faktörlerin (anksiyete, depresyon vb.) etkisinin olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Ağrının yönetiminde ise gevşeme, rahatlama ve dikkati başka yöne çekme gibi çeşitli tekniklerden yararlanıldığı belirtilmektedir(7). Ağrı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

inançları ile yapılan çalışmalarda da bireylerin sahip olduğu inanca göre tedavi süreçlerinin ve baş etme yollarının farklılaştığına dikkat çekilmektedir(8,9). Bu bakımdan multidisipliner ekibin üyesi olan hemşirelerin, ağrı yönetiminde hastanın ağrıya ilişkin inancıyla ilişkili olarak yaşayabileceği güçlükleri belirleyebilmesi ve hastaya ağrı inançlarına uygun hemşirelik girişimi planlaması büyük önem taşımaktadır (8,9,10).

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın amacı ve türü

Bu araştırma, palyatif bakım hastalarının ağrı inançları ve ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 10.03.2019 ile 10.06.2019 tarihleri arasında Malatya eğitim ve araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi gören hastalarla yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya eğitim ve araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi gören hastalar , araştırmanın örneklemini ise bu hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 138 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri

Araştırmaya; 18 yaş ve üzeri, bilinci açık ve iletişim kurmaya engel bir durumu ve mental rahatsızlığı bulunmayan, Türkçe okuma-yazma bilen, Palyatif Performans Skoru % 40 ve üzerinde olan ve Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler; araştırmacılar tarafından palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Ağrı İnançları Ölçeği , Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği ve palyatif performans skalası kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 18.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ; Betimsel analizler, İki bağımsız grup karşılaştırmalarında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ya da Mann-Whitney U

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

testi, iki bağımsız oran karşılaştırmalarında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ve korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Ağrı inançları, Ağrıyla başa çıkma

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik Veriler

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmayı yapabilmek için İnönü Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan etik kurul izni ve Malatya eğitim ve araştırma hastanesinden kurum izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalardan sözel ve yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklemin sadece Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarla yapıyor olması ve bireylerin olasılıksız rastlantısal yöntemle belirlenecek olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalamasının 59.01 ± 9.38 , %65.1'nin cinsiyeti kadın, %89.7'si evli, %56.3'ü ilköğretim mezunu, %75.3'ü çalışmıyor, hastaların %82.3'ü evde eş ve çocuklarıyla beraber yaşıyor ve hastaların %82.1'i ise hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişileri aileleri olarak belirtmiştir. Hastaların %63.5'i kanser tanısı almıştır. Hastaların ağrı tedavisi içinsürekli olarak kullandığı ilaç %52.6 NSAİ (nonsteroid anti inflamatuvar), %20.3 zayıf ve kuvvetli opioidler ve %27.1 adjuvan ilaçlardır. Hastaların %75.2'si daha önce de başka nedenlerle ağrı şikayeti yaşadıklarını ve daha önce ağrı şikayeti yaşayan hastaların %70.9'unun bu şikayetlerine yönelik tedavi gördüğü belirlenmiştir. Hastaların %83.7'si ise çevrelerinde ağrı şikayeti yaşayan kişiler olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların %57.3'ü sırt-bel bölgesinde ağrı şikayeti yaşamaktadır. Hastaların %40.4'ü şiddetli ağrı şikayeti yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %70.5'i ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanmaktadır. Ayrıca hastaların %65.6'sı ağrının yönetimine yardımcı olan diğer kişiyi doktor, %19.9'u aile ve %14.5'i hemşire olarak belirtmiştir. Hastaların %78.3'ü ağrı ile ilgili aldıkları bilginin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Hastaların organik inançlar puan ortalaması 3.04 ± 0.38 , psikolojik inançlar puan ortalaması 4.83 ± 1.00 'dir.

Tablo 1. Ağrı İnançları Ölçeği Puan Ortalamaları

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Ağrı İnançları Ölçeği	Min	Max	Ort±SS
Organik İnançlar	1.96	5.59	3.04±0.38
Psikolojik İnançlar	1.00	5.70	4.83±1.00

Hastaların kendi kendine başa çıkma puan ortalaması 19.07±5.18, çaresizlik puan ortalaması 10.72±3.00, bilinçli bilişsel girişimler puan ortalaması 13.85±4.05 ve tıbbi çare arama puan ortalaması 11.54±3.08'dir.

Tablo 2. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği	Min	Max	Ort±SS
Kendi Kendine Başa Çıkma	1.00	34.00	19.07±5.18
Çaresizlik	2.00	22.00	10.72±3.00
Bilinçli Bilişsel Girişimler	3.00	20.00	13.85±4.05
Tıbbi Çare Arama	3.00	26.00	11.54±3.08

Hastaların kendi kendine başa çıkma puanı ile bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = .675$) arasındakileri düzeyde pozitif yönde, çaresizlik puanı ile ($p < 0.001$, $r = -.553$) zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken; tıbbi çare aramapuanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$, $r = .041$). Ayrıca hastaların çaresizlik puanı ile bilinçli bilişsel

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.199$) arasında negatif yönde, tıbbi çare arama puanı ($p < 0.001$, $r = .572$) ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Hastaların bilinçli bilişsel girişimler puanı ile tıbbi çare arama puanı arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.001$, $r = .302$). Hastaların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p < 0.001$, $r = -.392$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.350$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p < 0.001$, $r = .380$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır. Hastaların organik inançları ile tıbbi çare arama durumu ($p > 0.05$, $r = 0.93$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların psikolojik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma puanı ($p < 0.05$, $r = .197$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, çaresizlik ($p > 0.05$, $r = -.049$), bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma ($p > 0.05$, $r = .241$) ve tıbbi çare arama puanı ($p > 0.05$, $r = .099$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 3. Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanları Korelasyonu

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
	r	r	r	r	r	r
	p	p	p	p	p	p
Kendi Kendine Başa Çıkma	-					
Çaresizlik	- .553***	-				
Bilinçli Bilişsel Girişimler	.675 *** .000	- .199*** .000	-			
Tıbbi Çare Arama	.041 .705	.572 *** .000	.30 2** .00 4	-		
Organik İnançlar	- .392*** .000	.380 *** .000	- .350*** .00 0	. 093 .362	-	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Psikolojik İnançlar	.197	-.049	.24	.	.0	-
	*	.651	1	099	62	
	.033		.08	.	.4	
			4	743	81	
n=138, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001						

Hastaların cinsiyete göre kendi kendine başa çıkma, bilinçli bilişsel girişimler, çaresizlik ile tıbbi çare arama puanı arasında anlamlı fark vardır ($p<0.01$). Kadın hastaların erkek hastalara göre kendi kendine başa çıkma, bilinçli bilişsel girişimler, çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları daha yüksektir. Kadın hastaların psikolojik inançlar puanı erkek hastalara göre daha yüksek, erkek hastaların ise organik puan ortalamaları daha yüksektir. Ayrıca hastaların evde beraber yaşadıkları kişiler ve hastane dışında hastalığı ile ilgili destek durumları ile organik ve psikolojik ağrı inançlar puanı ve ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Ağrı yönetiminde evde beraber yaşadığı kişilerden destek alanların psikolojik ağrı inançlar puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların ağrı yeri ile kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.001$). Ağrı yerinin çoklu karşılaştırmalarla gruplar arasında farklılıklarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın; en fazla baş-boyun bölgesinde ağrı yaşayan hastalarda ortaya çıktığı görülmektedir. Buna göre; baş-boyun bölgesinde ağrı yaşayanların kendi kendine başa çıkma ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ile sırt-bel ($p<0.001$), kol-omuz ($p<0.01$) ve bacak-diz ($p<0.01$) bölgesi arasında anlamlı fark vardır. Baş-boyun ve sırt-bel bölgesinde ağrı yaşayanların diğer bölgelerde ağrı yaşayanlara göre organik inançlar puanı yüksek görülürken anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastaların ağrı yeri psikolojik inançlar puanını etkilememektedir ($p>0.05$). Çalışma grubundaki hastaların ağrı şiddeti ile kendi kendine başa çıkma ($p<0.001$), çaresizlik ($p<0.01$) ve tıbbi çare arama durumu ($p<0.01$) arasında anlamlı bir fark bulunurken; bilinçli bilişsel girişimlerde bulunma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca; ağrı şiddetinin çoklu karşılaştırmalarla gruplar arasında farklılıklarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre gruplar arasında dayanılmaz ve şiddetli ağrı yaşayanların öne çıktığı görülmektedir. Dayanılmaz-şiddetli ile dayanılmaz-orta şiddetli ağrı yaşayanların kendi kendine başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.01$). Ayrıca; Çok

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

şiddetli- orta şiddetli ağrı yaşayan hastaların çaresizlik ($p<0.01$) ve tıbbi çare arama puanları ($p<0.05$) arasında anlamlı fark vardır.

Hastaların ağrı şiddetinde artma görüldüğünde organik ağrı inançlar puanında yükselme görülürken anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların psikolojik inançlar puanı ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$). Hastaların aldıkları tedaviden memnun olan hastaların tıbbi çare arama puanı daha yüksektir ($p<0.05$). Ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların ağrıyla başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), organik inançlar puanı arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanan hastaların ise sadece çaresizlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4. Ağrı İle İlgili Değişkenlerin Ağrı İnançları ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Ölçekler	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Ağrı İnançları Ölçeği	
	Kendi Kendine Başa Çıkma	Çaresizlik	Bilinçli Bilişsel Girişimler	Tıbbi Çare Arama	Organik İnançlar	Psikolojik İnançlar
Al	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Ağrı Yeri**						
Sırt-bel	19.00(14.00-25.00) 17.05±5.73	13.00(10.00-17.00) 12.76±4.11	13.50(10.00-16.00) 11.09±3.55	14.00(10.00-16.00) 12.89±4.18	3.00(2.09-3.07) 3.19±0.43	5.00(4.23-5.75) 4.90±0.90
Baş-boyun	11.00(8.00-18.00) 12.67±6.08	15.00(12.00-18.00) 13.98±3.85	9.00(5.00-11.00) 8.11±4.00	12.00(7.00-15.00) 10.20±4.05	4.00(3.20-4.30) 3.96±0.19	5.60(4.50-5.95) 5.52±1.09
Kol-omuz	18.00(15.00-23.75) 16.05±6.01	13.00(10.00-16.00) 11.95±3.94	12.00(10.00-14.00) 11.07±2.57	15.50(12.00-16.75) 15.77±4.05	2.50(5.97-4.00) 2.85±0.70	5.25(4.40-5.60) 4.05±1.09
Bacak-diz	23.00(15.25-25.75) 21.33±6.74	11.00(9.25-16.00) 13.00±5.18	15.00(10.25-16.00) 13.92±2.76	12.00(10.00-15.75) 11.99±3.10	3.93(3.01-4.10) 3.05±0.18	4.90(4.06-6.00) 6.00
Diğer	17.00(11.50-21.00) 15.36±6.09	17.00(14.00-17.00) 15.90±4.03	13.00(9.00-14.00) 11.88±2.90	10.00(10.50-16.00) 10.05±3.07	2.69(3.01-4.00) 2.97±0.65	5.17±0.77 5.00(3.77-5.00) 4.00±0.99

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

KW	p<.001/KW= 22.034	p=0.420/K W=4.085	p<.001/KW =28.501	p=0.062/K W=8.075	p=0.077/K W=9.015	p=0.791/K W=2.052
A						
ğrı	21.00(15.00- 25.00)	10.00(7.50- 15.50)	12.00(10.50 -16.00)	10.06(6.00- 15.00)	3.01(3.70- 4.50)	4.50(4.50- 5.50)
Or	19.03±5.21	11.70±4.80	11.02±2.86	9.00±3.87	3.85±0.59	4.86±0.90
ta	18.00(12.00- 25.00)	15.00(12.00 -16.00)	10.02(8.00- 14.00)	13.00(9.00- 17.00)	3.99(3.00- 4.25)	4.75(4.50- 6.00)
Şi	16.05±6.08	13.05±3.00	12.03±3.58	12.02±3.53	2.95±0.77	5.00±1.28
ddetli	16.00(11.00- 22.00)	13.00(11.00 -18.00)	12.00(9.00- 16.00)	16.00(11.00 -19.00)	3.04(3.00- 4.75)	5.00(4.50- 6.00)
Ç	15.57±5.71	12.92±3.80	10.05±3.27	15.77±4.60	3.74±0.61	5.00±1.04
ok şiddetli	13.50(5.00- 18.00)	16.00(13.00 -18.00)	11.00(7.00- 15.00)	12.00(8.00- 15.00)	3.85(3.07- 3.94)	4.75(4.25- 5.50)
D	12.01±9.04	14.00±2.30	10.88±5.02	10.08±3.71	3.37±0.90	4.00±0.80
ayanılmaz						
p/	p=0.001/KW =14.020	p=0.001/K W=14.360	p=0.458/K W=2.97	p=0.006/K W=14.135	p=0.314/K W=5.020	p=0.298/K W=4.992
KW						
A						
ğrı	19.00(12.00- 24.00)	14.00(10.00 -17.00)	14.00(8.00- 16.00)	12.00(9.00- 15.00)	3.10(3.00- 4.60)	4.25(4.00- 5.95)
kontrolü	17.00±5.50	12.90±2.08	13.75±4.62	11.00±3.20	3.26±0.71	5.12±0.91
ki	16.00(13.00- 25.00)	13.00(11.00 -16.00)	13.00(8.00- 14.00)	13.00(11.00 -16.00)	3.90(3.10- 4.70)	5.10(4.50- 5.70)
şinin	15.00±5.05	11.45±3.07	12.04±3.99	12.90±3.21	4.00±0.95	5.01±1.44
kendisinde						
*	p=0.681/Z=- 1.012	p=0.630/Z= 1.214	p=0.370/Z= -0.984	p=0.537/Z= 0.980	p=0.031/Z =2.714	p=0.888/Z=- 0.570
E						
vet						
H						
ayır						
p/						
KW						
A						
ğrı	10.00(4.00- 25.00)	13.00(12.00 -18.00)	9.00(4.25- 16.00)	15.0(10.00- 19.00)	3.00(2.80- 4.90)	3.60(3.50- 5.00)
kontrolü						
he	14.00±9.60	14.00±3.00	10.40±5.17	14.93±3.70	3.06±0.18	3.95±1.01
mşirede*	19.00(13.00- 24.00)	13.20(10.00 -16.00)	10.00(9.00- 15.)	13.50(10.00 -16.00)	2.02(3.00- 4.61)	4.30(4.00- 5.25)
E						
vet	17.05±5.62	12.11±3.70	9.84±3.40	11.26±3.00	2.07±0.62	4.70±0.68
H	p=0.520/Z=1. 128	p=0.440/Z= 0.921	p=0.750/Z= 0.772	p=0.045/Z= -1.870	p=0.197/Z= 1.880	p=0.461/Z= 1.008
ayır						

1099

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

p/ Z							
A	16.00(10.00- 24.00)	13.00(10.00 -17.00)	12.00(7.00- 15.00)	12.00(9.00- 17.00)	3.75(3.50- 4.65)	4.50(4.00- 5.00)	
ğrı kontrolü	16.03±7.50	12.05±3.20	10.21±3.26	12.62±3.10	3.73±1.05	4.01±0.95	
do ktorda*	17.00(13.00- 24.00)	12.90(9.00- 16.00)	11.00(8.00- 14.00)	13.00(10.00 -15.00)	3.02(3.50- 4.50)	4.75(4.50- 5.75)	
E	16.99±5.50	12.57±2.30	10.30±2.74	12.00±3.90	3.22±0.87	4.23±0.76	
vet	p=0.783/Z=0.	p=0.700/Z=	p=0.674/Z=	p=0.260/Z=	p=0.143/Z=	p=0.601/ Z=1.255	
H	976	-0.871	0.903	-2.180	-1.983		
ayır p/ Z							
A	17.00(13.00- 23.00)	13.00(11.00 -17.00)	11.00(9.00- 14.00)	12.50(10.00 -15.00)	2.70(2.00- 4.90)	4.75(4.00- 5.50)	
ğrı kontrolü	17.25±5.92	13.80±4.60	11.20±4.00	11.50±3.68	2.00±0.13	4.60±0.71	
ta nrıda*	17.25(10.00- 24.00)	12.90(7.00- 15.50)	10.50(7.50- 13.50)	12.00(9.50- 15.50)	3.00(2.50- 4.50)	4.25(4.00- 5.50)	
E	17.00±6.15	11.59±3.83	11.50±3.60	10.90±4.03	3.05±0.90	3.75±1.89	
vet	p=0.480/Z=-	p=0.027/Z=	p=0.301/Z=	p=0.923/Z=	p=0.480/Z=	p=0.702/Z=	
H	0.530	-1.024	-0.995	-0.325	-1.273	-1.906	1100
ayır p/ Z							
A	16.50(11.50- 22.00)	13.50(10.00 -16.50)	11.00(7.50- 13.50)	11.00(8.00- 16.00)	2.76(2.50- 4.50)	5.00(4.00- 5.50)	
ğrı ile ilgili bilgi	16.0±6.00	12.05±3.71	10.62±2.93	9.05±3.26	2.23±0.62	4.70±0.82	
al ma*	15.00(13.00- 18.00)	13.00(9.00- 12.00)	10.00(7.00- 12.00)	10.00(6.00- 14.00)	3.98(3.50- 4.50)	4.75(4.00- 5.25)	
E	15.25±6.94	11.73±2.86	9.00±2.76	8.20±3.70	3.08±0.60	4.33±0.71	
vet	p=0.521/Z=-	p=1.176/Z=	p=0.492/Z=	p=0.580/Z=	p=0.705/Z=	p=0.850/Z=	
H	0.986	-0.004	-0.716	-0.765	0.839	0.160	
ayır							
*Mann Whitney U Test **Kruskal Wallis Test							

TARTIŞMA

Organik inançların, ağrının nedeninin “vücutta yaralanma, zarar” kaynaklı olduğu algısına dayandığı, psikolojik inançların ise; ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisi olduğu fikrine dayandığı bilinmektedir. Araştırmada hastaların organik inançları ile psikolojik inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir(p>0.05, r= .062) (Tablo 3). Bu bulgu araştırmaya katılan hastaların ağrı ile ilgili

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

psikolojik faktörler kadar organik faktörler üzerinde de durduklarını ve bu nedenle ağrıyı bir hastalık belirtisi olarak gördüklerini düşündürmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde organik inançlar ve psikolojik inançlar puanlarının farklılık gösterdiği görülmektedir(11,12,13,14).Bu farklılığın ağrı inançlarının tıbbi tanı, ağrı yeri, ağrı şiddeti, yaş gibi diğer değişkenlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadın hastaların erkek hastalara göre kendi kendine başa çıkma, bilinçli bilişsel girişimler, çaresizlik ve tıbbi çare arama puanları daha yüksek bulunmuştur. Kadın hastaların psikolojik inançlar puanı erkek hastalara göre daha yüksek, erkek hastaların ise organik puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$). Çalışmalarda da özellikle kadın hastaların bilişsel-davranışsal yöntemlere daha yatkın olduğu belirtilmektedir (14,15). Araştırma sonucu bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Hastaların organik inançlar puanı ile çaresizlik puanı ($p<0.001$, $r= .380$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, bununla birlikte hastaların psikolojik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma puanı ($p<0.05$, $r= .197$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Ağrı yönetiminde evde beraber yaşadığı kişilerden destek alanların psikolojik ağrı inançlar puan ortalaması daha yüksektir. Ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanan hastaların çaresizlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır Ağrı ile baş edebilme ya da birlikte yaşamaya dönük çaba yerine kontrolü başka bir bireye ya da tanrıya yüklemek ağrı tedavisinde bir engeldir(14,16).

SONUÇ

Ağrısı olan bireye temel yaklaşım; ağrının kontrol edilebilen bir bulgu olduğu gerçeğini anlatmak olmalıdır. Kişiyi edilgen durumdan, ağrıyı kontrol etmede etkin konuma getirmek, ağrı hakkında ki genel yargı ve düşüncelerini değiştirmesini sağlamak önemlidir. Tedavide multidisipliner yaklaşım benimsenmeli, ağrının tamamen giderilmesi mümkün değilse de, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, psikososyal destek unsurlarının geliştirilmesi ve başa çıkma becerilerinin artırılması hedeflenmelidir. Organik bir hastalık sonucu ağrı yakınması olan kişide önemli birtakım psikiyatrik bozukluklar, özellikle “depresyon” ortaya çıkabileceği gibi, ağrının nedeni psikiyatrik kökenli de olabileceği de unutulmamalıdır. ağrının tamamen giderilmesi mümkün değilse de, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, psikososyal destek unsurlarının geliştirilmesi ve başa çıkma becerilerinin artırılması hedeflenmelidir(14,15,16).

KAYNAKLAR

- 1-Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı 2015; 27(2):104-110.
- 2- Kabalak A A, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2), 56-70.
- 3- Aydın O.N. Derleme Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. Tıp Fakültesi Dergisi 20023;(2) : 37 – 48.
- 4-Karaca S, Demir O, Aşkın R, Şimşek İ. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği. 5. Türk-Alman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi Antalya. 1996.
- 5- Karayurt Ö, Akyol Ö, Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11: 4 96.
- 6- Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler.Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;83-92.
- 7- Babadağ B, Alparıslan G B. Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları. Sted. 2017;26(6), 244-250.
- 8- Babadağ B, Alparıslan G B, Güleç S. The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. Pain Management Nursing, 2015;16(6), 910-919.
- 9-Walsh D A, Radcliffe J C. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. Pain 2002;97(1-2), 23-31.
- 10- Öztürk Birge A, Mollaoğlu M, Pain beliefs of patients and the nonpharmacological methods they use to manage the pain. Agri;30(2):84-92, 2018
- 11-Berk H Ö. Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2006.
- 12-Edwards L C, Pearce S A, Turner-Stokes L, Jones A. The Pain Beliefs Questionnaire: An Investigation of Beliefs In The Causes and Consequences of Pain. Pain 1992;51(3), 267-272.
- 13-Baird A J, Haslam R A. 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 2013;93(12), 1615-1624.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

14-Koçoğlu D, Özdemir L. The relation between pain and pain beliefs with socio-demographic-economic characteristics at the adult population. AĞRI-The Journal of The Turkish Society of Algology 2011;23(2), 64-70.

15-Rollnik, J. D., Karst, M., Piepenbrock, S., Gehrke, A., Dengler, R., & Fink, M. Gender Differences In Coping With Tension-Type Headaches. European neurology 2003;50(2), 73-77.

16- Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(2), 257.

S-199 PALYATİF BAKIMDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN PSİKİYATRİK PARAMETRELER NELERDİR?

WHAT ARE THE PSYCHIATRIC PARAMETERS TO BE CONSIDERED IN PALIATIVE CARE?

Erman YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Psikolojik belirtilerin, palyatif bakım gerektiren kişilerde yaygın olarak görülmesi şaşırtıcı bir bilgi olmaktan uzak görünüyor. Öte yandan fiziksel belirtilerin bu kadar yoğun olarak görüldüğü bu popülasyonda, psikolojik belirtileri tanılamak, ortaya çıkarmak ve neyin müdahale gerektirebileceği konusunda oldukça tartışmalı bir durumda söz konusu. Neyin normal olup olmadığının belirlenmesinde önemli hususlar vardır. Nitekim bu popülasyonda hüznün, sıkıntı, kaygı ve depresyon bir arada olabilir ve bu haliyle dikkatli bir değerlendirme gerektirebilir. Palyatif bakımda sıklıkla karşılaşılan depresyon, ölümün normal bir parçası değildir. Psikolojik semptomların ve koşulların yönetimi, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedaviler açısından geniş ölçüde düşünülebilir. Bu yaklaşımlar sıklıkla, birbirini dışlayan bir düzenden ziyade, pragmatik kararlar çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Palyatif bakımda, psikolojik sorunların ve koşulların karmaşık doğasının anlaşılmasına, ortak somatik semptomların açıklanmasına, müdahale ve destek için bir planlama yapılmasına duyulan ihtiyaç her zamankinden fazla olabilir. Ayrıca bakım verenin yaşadığı yükün varlığı da göz önünde bulundurulması gereken başka bir dinamiği oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma, palyatif bakımda üzerinde durulması gereken psikiyatrik parametrelere genel bir bakış sağlamak amacıyla gerçekleştirildi. Verilerin çoğu terminal kanserli hastaların çalışmalarından gelse de, burada özetlenen ilkelerin çoğunun palyatif bakım gerektiren geniş bir hasta yelpazesine uyarlanması muhtemel gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Psikiyatri,

GİRİŞ

Palyatif bakımda semptom kontrolü, klinisyenler tarafından yaşamlarının son dönemlerinde olan bireyler için sağlanan sağlık müdahalelerinin önemli bir parçasını oluşturur. Fiziksel

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

semptomlar genel olarak iyi bilinir ve önemli bir prevalansa (örneğin, enerji eksikliği (%73,4), ağrı (%63,1), bulantı (%44,7), iştahsızlık (%44,5), kabızlık (%33,6), öksürük (%44,5), % 29.4) ve nefes darlığı (%22.9) sahiptir (Crawford, 2019). Yıllar geçtikçe, yaşam sonu bakımı ile ilgili tıbbi ve psikolojik söylem, yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli olan bakımın fiziksel ve psikolojik yönlerini bütünleştirmenin önemini vurgulayarak, hastaların karşılaştıkları farklı psikososyal zorlukların çoğuna giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Hastaların karşılaştığı psikolojik sorunların çeşitliliğini ele almak, özellikle ölümden önceki mevcut sınırlı zaman göz önünde bulundurulduğunda göz korkutucu olabilir (Leo & Mariano, 2013). Ayrıca psikolojik semptomları doğru olarak tanımlayabilmek zaman zaman çok daha zorlayıcı olabilir ve neyin normal olduğu ve neyin müdahale gerektirebileceği konusunda daha fazla tartışma gerekebilir. Anksiyete ve depresyon gibi semptomlar hastalar, çoğu zaman bakım verenler veya sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kolayca tanınmaz, teşhis edilemez veya tedavi edilemez (Mitchell et al., 2011; Reiche et al., 2018). Pek çok kişi için “psikiyatrik” veya “ruhsal hastalık” sorunu ciddi bir etiketlenmeyi ve beraberinde güçlü bir damgalamayı taşımaktadır (Parker, Fletcher, & Hadzi-Pavlovic, 2012). Tüm bu durumlar, palyatif bakımda tam değerlendirmeyi ve rahatlamayı sağlamak için uygun müdahalelerin değerlendirilmesini ve uygulanmasını engelleyebilir. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma, palyatif bakımda üzerinde durulması gereken psikiyatrik parametrelere genel bir bakış sağlamak amacıyla gerçekleştirildi.

Palyatif Bakım Ortamında Karşılaşılan Psikiyatrik Bozukluklar

Hastalığın terminal evrelerinde insanlar arasında primer psikiyatrik bozuklukların yüksek prevalansını destekleyen kapsamlı bir epidemiyolojik literatür vardır (Crawford, 2019; Jaiswal, Alici, & Breitbart, 2014; Leo & Mariano, 2013; Muskin, Dickerman, & Sara Siris Nash, 2019). Bazı meta-analizler ve literatürün sistematik derlemesi, uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu ve deliryumun palyatif bakım ortamlarında karşılaşılan en yaygın psikiyatrik koşullar arasında olduğunu ortaya koymuştur (Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang, & Prigerson, 2005; Kozlov et al., 2019; Leonard, Agar, Mason, & Lawlor, 2008; Mitchell et al., 2011; Secinti, Tometich, Johns, & Mosher, 2019; van't Spijker, Trijsburg, & Duivenvoorden, 1997). Bu sebeple bu çalışmada palyatif bakımda söz konusu bozuklukların alt başlıklar altında incelenmesi uygun bulunmuştur.

Uyum Bozuklukları

Literatür, palyatif bakım ortamlarında hastalar arasında uyum bozuklukları için değişkenlik prevalans oranlarının %10 ile %22 arasında değişen yüksek olduğunu öne sürmektedir (Mitchell et al., 2011). Uyum bozukluklarının gelişimi ile ilişkili risk faktörleri arasında fiziksel kısıtlamalar, sosyal desteklerle ilgili sorunlar ve varoluşsal sorunları içerdiği öne sürülmüştür (Tatsuo Akechi et al., 2004). Uyum bozukluğu çoğunlukla tanı konulamayan vakalarda imdada yetişen, sınırları belirsiz bir tanı olarak kullanılmıştır. Psikiyatri kliniklerinde uyum bozukluğu sık konulan tanılar arasındadır. Özellikle konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde görülme oranları yaklaşık olarak %50 civarındadır. Uyum bozukluğu DSM-5'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Beşinci Baskısı) "Stres ve Travmayla İlişkili Bozukluklar" kategorisi altında sınıflandırılmıştır. Uyum bozukluğu ruhsal toplumsal zorlanmaya neden olan durumlara (örn. iletişim problemleri, ilerlemiş hastalık tanısı, iş değişikliği veya ekonomik zorluklar gibi) gösterilen kısa süreli uyumsuz tepkiler olarak tanımlanır. Uyum bozukluğunun anksiyeteli duygudurum, depresif duygudurum, karışık anksiyete ve deprese duygudurum, karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden ve belirlenmemiş tipte olmak üzere klinik alt tipleri mevcuttur (Association, 2013). Yaşamın sonunda hastaların karşılaştığı stresörlerin karmaşıklığı göz önüne alındığında, bu sorunun özellikle ağır olması muhtemeldir. Strese uyumsuz cevapları neyin oluşturduğuna ilişkin parametreler, bireyin cinsiyetine bağlı olarak değişebilir, ayrıca teşhisi engelleyen sosyal ve kültürel etkiler de değişebilir. Ne yazık ki, depresyon ve anksiyete bozukluklarının aksine, uyum bozuklukları belirsiz semptomlara sahiptir ve güvenilecek tanı kriterlerinin objektif bir kontrol listesinden yoksundur.

Depresyon

Üzüntü deneyimi, hastalığın ileri evreleri ile karşı karşıya kaldığında karşılaşılan birçok olumsuzluğa (örneğin, bir kişinin yaşam beklentisinin değiştirilmesi, beden imajındaki değişiklikler, sakatlık ve bağımlılık, vb.) doğal ve beklenen bir tepkidir. Yeni zorluklara adapte olmak klinik depresyon belirtileri ve semptomları ile kendini gösterebilir. Önceden bir depresyon öyküsü olan, ailesinde depresyon öyküsü olan veya sınırlı sosyal desteği olan bireylerin, tıbbi hastalıklar bağlamında klinik depresyon geliştirme olasılığı daha yüksektir (Knaster, Estlander, Karlsson, Kaprio, & Kalso, 2016; Saracino, Rosenfeld, & Nelson, 2016). Kanserli hastalar arasında kansere bağlı semptomların şiddeti ve ürettikleri işlevdeki

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

azalmalar, hastaları depresyona yatkın hale getiren faktörler olabilir (Smith, 2015). Palyatif bakım ortamındaki hastalar arasında depresyon sıklığı, genel popülasyondakilere göre oldukça yüksektir; bir meta-analiz çalışmasında %13 ile %20 arasında değişen prevalans oranları bildirilmiştir (Mitchell et al., 2011). Depresyon çökkün duygudurum, azalan ilgi ve zevk, iştah ve uyku bozukluğu, psikomotor ajitasyon veya geriliği, azalan konsantrasyon, enerji kaybı, değersizlik, suçluluk, umutsuzluk, çaresizlik ve en az iki hafta süren işlevsellik bozukluğu ile ölüm düşünceleri ile karakterize bir ruhsal sorunu ifade eder (Association, 2013). Depresyon, acı ve sıkıntının önemli bir nedeni olabilir; örneğin depresyon ile birlikte ağrı ve yorgunluk gibi önemli fiziksel semptomların birlikteliği ve devam etmesi ve kanserli hastalar arasında artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur (Onitilo, Nietert, & Egede, 2006; Pinquart & Duberstein, 2010; Satin, Linden, & Phillips, 2009). Depresyonun, etkilediği kişilerin refah ve yaşam kalitesi üzerinde önemli ve sıklıkla görülmeyen bir etkisi vardır. Bununla birlikte sıklıkla depresyonun yapısı ve tanınması zordur. Genel halk ve hatta sağlık profesyonelleri, depresyonun ne olduğu konusunda oldukça çeşitli ve farklı kavramlara, anlayışlara ve inançlara sahip olabilirler (Ng, Crawford, & Chur-Hansen, 2015). Genel halk ağlamayı, üzgün hissetmeyi, melankolik olmayı, “üzgün” veya “keyifsiz olma” hissini depresyon olarak düşünebilir. Palyatif bakım uzmanları genellikle psikolojik sağlık değerlendirmesi ve yönetimi konusunda eğitimsizdir. Psikolojik hastalıklarla ilgili çeşitli ve muhtemelen yanlış kavramlara sahip olmaları muhtemeldir (Crawford, 2019).

1107

Depresyon, hastalarda ölümün arzulanmasında önemli bir rol oynayabilir. Ölüm hızını artırma arzusunun ölümcül hastalığı olan bireyler arasında nispeten sık rastlanmasına rağmen (Chochinov, Tataryn, Clinch, & Dudgeon, 1999), ölümün hızlanmasına karşı duyulan arzusu devam eden hastalar klinik olarak depresyona en açık olanlardır. Geçici ve aralıklı intihar fikirlerinin, ileri hastalık evreleri olan hastalar tarafından yaşandığı bildirilmektedir, ancak sürekli intihar düşüncesinin, depresyon, uyum bozukluğu veya deliryum gibi ciddi psikiyatrik hastalığa işaret etmesi muhtemeldir (Leo & Mariano, 2013). İntihar fikrine dayanma konusundaki kırılganlık, yetersiz tedavi edilen ağrı, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile yakından ilişkilidir (Cooper-Patrick, Crum, & Ford, 1994).

Depresyon kötü tanınmakta ve kötü tedavi edilmektedir palyatif bakım hastaları, bakım verenleri ve aileleri için daha fazla acı ve sıkıntıya neden olmaktadır (Durkin, Kearney, & O'Siorain, 2003; Williams & Payne, 2003). Bu hastalarda fiziksel semptom kontrolünün elde

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

edilmesi çok daha zor olabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla etkileşime girme ve yardım alma engellenebilir ve bu durum sağlık sonuçlarının kötüleşmesine neden olabilir. Depresyon hastalarının randevulara katılması daha az olasıdır. Kendileri hakkında kötü hissetmeleri ve çevrelerindeki insanları rahatsız hissetmelerine neden olmaları muhtemeldir, böylece sosyal izolasyonlarını daha da artabilir. Bu olumsuz duyguların yanı sıra sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından “kötü” veya “zor” hastalar olarak görülme olasılıkları daha yüksektir (Crawford, 2019). Bu durum klinisyenleri, depresyonu olan hastaları tanımlamak için düşük motivasyona sahip olabilmelerine yol açabilir (Chochinov & Breitbart, 2009).

Psikolojik semptomların ve koşulların yönetimi, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedaviler bağlamında geniş ölçüde düşünülebilir. Bunlar karşılıklı olarak birbirini dışlayıcı değildir ve yetersiz biliş, sınırlı enerji ve zamanı olan kişiler için çoğu zaman pragmatik yaklaşımlar olabilir. Klinisyenin ve klinik ekibin terapötik ilişkisinin gücü asla küçümsenmemelidir. Açıkça bilgi vermek ve fiziksel ve psikolojik olarak neler olup bittiğini açıklamak, birçoğunun hastalığın kişisel ve sosyal etkisiyle başa çıkmasına yardımcı olmak için güven verici olabilir. Destekleyici danışmanlık ve sadece hastanın sıkıntısını, korkularını ve kaygılarını araştırmak ve gerçekçi bir umudu teşvik etmek için istekli olmak önemlidir. Fiziksel semptomlarla uğraşmak ve sosyal ve finansal endişeleri gidermeye çalışmak ciddi bir sıkıntı azaltmayı sağlayabilir. Başkaları ile iletişimi teşvik etmek ve onlardan destek almak ve hastaya bakmakta aile ve bakıcıları dahil etmek yararlı stratejilerdir. İnsanların bu krizden önce yaşamları boyunca sürdürdüğü duygusal kaynakları hatırlamalarına yardımcı olmak birçok kişi için faydalı bir stratejidir. Bunlar özünde, durumu yeniden canlandırmaya çalışmak ve anlam ve amaç bulmaya yardımcı olan stratejileri göz önünde bulundurma girişimleridir (Crawford, 2019). Bilişsel ve diğer davranışsal tedaviler fayda sağlayabilir (Coull & Morris, 2011), ancak kolayca erişilebilir olmayabilir veya insanlar katılmak için yeterli enerjiye, zamana ve açık bilişe sahip olmayabilir. Diğer bazı faydalı yaklaşımlar arasında; masaj, aromaterapi, görselleştirme ve müzik terapilerinden bulunmaktadır (Demmer, 2004; Ernst, 2009; Gallagher, Lagman, & Rybicki, 2018; Potts, 2009).

Anksiyete

Anksiyete semptomlarına, hastalığın son aşamalarında, özellikle de tedavinin sınırlamaları ve sınırlı bir yaşam beklentisi ile ilgili gerçeklikle yüz yüze geldiğinde rastlanır. Anksiyete, endişe semptomları, huzursuzluk, titreme, hipervijilans, dikkat dağınıklığı, taşikardi ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

çarpıntı, dispne ve uyuşukluk gibi çeşitli formlarda ortaya çıkabilir. Anksiyete, endişe verici, gerginlik hissi veya sık sık net olmayan bir şey olabileceğine dair güçlü bir endişe ile birlikte belirsiz bir sonucu olan bir konuda rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilir (Langs, 2018). Yaşamlarının sonuyla karşı karşıya kalan insanlar için, ayrılık ve kayıp korkusu veya tehdidinin olması şaşırtıcı görünmeyebilir. İnsanların yalnızca ölümden değil aynı zamanda ölüm sürecinden, ölme tarzından, hastalığın gidişatından ve aileleri üzerindeki etkiden de korktuğunu görmek yaygındır. Anksiyete depresif bozukluğa eşlik edebilir. Önemli kaygı veya depresif belirtiler yaşayan bir hastada intihar düşünceleri veya dürtülerinin sorulması önemlidir (Crawford, 2019).

Gevşeme eğitimi ve derin nefes alma egzersizleri gibi müdahaleler, belirgin bir endişe ve sıkıntı dönemlerini hafifletmek için kullanılabilecek uygun yöntemler olabilir. Bu gibi kendi kendine gevşetme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılması, hastanın sıkıntı dönemlerini kontrol etme ve düzenleme konusunda kendi kendini güçlendirme duygusunu da arttırabilir. BDT ve destekleyici psikoterapi gibi diğer stratejiler de kaygı tedavisinde savunulmuş olsa da, palyatif bakım ortamında bu tür resmi müdahalelerin yararı ve etkinliği ampirik çalışmalarda yaygın bir şekilde oluşturulmamıştır. Birkaç randomize kontrollü çalışmaya dayanarak yapılan bir meta-analiz, tedavi edilemeyen kanserli hastalarda kaygıyı hafifletmede psikoterapinin küçük bir faydasını göstermiştir (T. Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, & Furukawa, 2008; Leo & Mariano, 2013).

Komorbid anksiyete tedavisi, somatik hastalığın azaltılmasına ve hasta konforunun iyileştirilmesine yardımcı olabilir ve bu nedenle kapsamlı palyatif bakımın gerekli bir bileşenidir. Benzodiazepinler, hastalığın terminal aşamalarında sıkça karşılaşılan endişe, ajitasyon ve huzursuzluk gibi anksiyete semptomlarının hızlı bir şekilde iyileştirilmesi için etkilidir (Henderson, MacGregor, Sykes, & Hotopf, 2006; Roth & Massie, 2007).

Deliryum

Delirium, organik beyin fonksiyon bozukluğundan kaynaklanan karmaşık bir multifaktöriyel sendromdur. Genel tıbbi yatılı hastalarda deliryum prevalansı % 18–35, yoğun bakım hastalarında %50 'ye kadardır. Palyatif bir ortamda, yatılı palyatif bakım ünitelerine girişte prevalans %13–42 olarak bildirilir, yaşam sonunda (ölümden haftalar-saat önce) % 88'e kadar çıkar. İleri yaş ve demans hastalarında risk yükselir ve bu grupta %56 oranında deliryum görülmektedir (Lawlor et al., 2000). Delirium'un yüksek morbidite ve mortalite ile güçlü bir

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

birliktelik dahil olmak üzere birçok olumsuz sonucu vardır (Uchida, Morita, Ito, Koga, & Akechi, 2019). Düşme sıklığı, daha uzun hastanede kalış ve daha yüksek sağlık maliyetleri ile ilişkilidir (Lawlor et al., 2000). Ayrıca delirium önceden var olan demansın prognozunu daha da kötüleştiriyor gibi görünüyor. Delirium hasta iletişimini bozar, böylece palyatif bakım hastalarında semptom değerlendirmesini zorlaştırır (S H Bush et al., 2018; Lawlor et al., 2000; Uchida et al., 2019).

Genel olarak deliryum tablosunun iki çekirdek özelliğinden bahsedilir. Bunlardan birincisi akut ve hızlı bir başlangıç sergilemesidir. Hastalık bazen saatler içinde aniden ortaya çıkabilir. Hastalığın ikinci karakteristik özelliği ise kliniğinin dakikalar içerisinde değişken ve dalgalı bir seyir göstermesidir. Deliryum, aniden başlayan karışıklık, dikkatsizlik, algı bozukluğu ve mantıksız veya tutarsız konuşma ile karakterizedir. Deliryumu olan bireyler aşırı uyuşukluk, hiperaktif durumlarla ajitasyon veya halüsinasyon (genellikle görsel) semptomları ve hipoaktif haller arasında dalgalanabilirler. Deliryum tanısının koyulabilmesi için DSM-5 tanı kriterleri Tablo.1’de özetlenmiştir (Yıldız & Aylaz, 2019).

Tablo 1. Deliryum İçin DSM 5 Tanı Kriterleri

- 1. Dikkat ve farkındalık düzeyinde değişiklik,**
- 2. Akut başlanıç (genellikle saatler veya günler içinde) ve dalgalı seyir,**
- 3. Kognitif fonksiyonlarda bozukluk (hafıza kaybı, oryantasyon bozukluğu, dil, görsel-mekansal veya algısal yeteneklerde kayıp),**
- 4. Klinik tablonun deliryum dışında herhangi bir nörokognitif hastalıkla açıklanamaması ve bu klinik tablonun bilinç düzeyinde ciddi azalmanın görüldüğü koma gibi ciddi bir hastalık sürecinde ortaya çıkmamış olması,**
- 5. Altta yatan medikal durum, zehirlenme, madde yoksunlukları veya ilaç yan etkisi gibi deliryum tablosunun oluşmasına yol açabilecek etyolojik faktörlerin gösterilmesi.**

Deliryum yönetimine yönelik standart öneriler arasında etiyoloji araştırması, altta yatan neden (ler) in düzeltilmesi ve değiştirilmiş zihinsel durumla bağlantılı semptomların yönetimini ele alan üçlü bir yaklaşım yer almaktadır. Birkaç yaklaşım bu yaklaşıma dikkat çekmeye değerdir. Uzun süredir enfeksiyon, metabolik ve elektrolit anormallikleri, beslenme bozuklukları, beyin tümörleri/metastaz, hipoksi, nöbet, paraneoplastik sendrom ve ayrıca ilaç

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

kullanımı gibi deliryumun birçok nedeni olduğu tespit edilmiştir (Shirley Harvey Bush, Tierney, & Lawlor, 2017). Her ne kadar deliryumun altında yatan patolojinin tanımlanması ve düzeltilmesi ideal olsa da, palyatif bakım ortamlarında karşılaşılan birkaç sınırlayıcı faktör vardır. İlk olarak, mevcut literatür, ileri hastalıkları olan hastalarda deliryum için net bir neden belirlemenin sıklıkla zor olduğunu göstermektedir (Leo & Mariano, 2013).

Deliryum ile ilişkili semptomları ele almak için çeşitli ilaçlar kullanılabilir. Antipsikotik ilaçlar, deliryumda karşılaşılan psikomotorik huzursuzluk, sıkıntı ve kafa karışıklığının tedavisi için sıklıkla kullanılır. Her ne kadar geleneksel ajanlar, örneğin, haloperidol, kullanım kolaylığı nedeniyle (parenteral, intramüsküler, deri altı ve ağızdan) sıkça kullanılmış olmasına rağmen, kullanımlarıyla ilgili potansiyel riskler vardır. Örneğin, ekstrapiramidal yan etkiler, parkinsonizm ve akatizi en sık görülen rahatsız edici durumlardır. Deliryumun merkezi sinir sistemi kolinerjik iletimindeki aksamalarla ilişkili olabileceği endişeleri nedeniyle, antikolinerjik ajanların kullanımı potansiyel olarak deliryumu şiddetlendirebileceğinden kaçınılmalıdır. Daha yakın bir zamanda, alternatif olarak risperidon veya olanzapin gibi atipik antipsikotikler kullanılmıştır (Breitbart, Tremblay, & Gibson, 2002; Candy et al., 2012). Deliryum tedavisinde antipsikotiklerin etkinliğine dair kanıtlar büyük ölçüde vaka raporları ve vaka serilerine dayanarak oluşturulmuştur.

1111

SONUÇ

Palyatif bakım tıbbi yaklaşımı, tedavi edici olmamakla birlikte, tedavi çabalarının acı çekmenin azaltılması ve refahın iyileştirilmesine yönelik olması gerektiği perspektifine dahil edilmiştir. Palyatif bakım kılavuzları, hastalığın ölümcül evrelerinde hastaların kapsamlı yönetimi için vazgeçilmez psikolojik, varoluşsal ve sosyal alanları tanımaktadır. Bu sebeple, psikoterapötik ve psikofarmakolojik tedaviler kullanan multidisipliner bir yaklaşım, psikolojik sıkıntı, örneğin keder, ruhsal sıkıntı ve varoluşsal kaygıları, psikiyatrik komplikasyonları, uyum bozukluğu, depresyon, kaygı ve deliryum gibi sorunları gidermek için gerekli olabilir.

KAYNAKLAR

- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD005537.pub2
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1957-1965.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Breitbart, W., Tremblay, A., & Gibson, C. (2002). An Open Trial of Olanzapine for the Treatment of Delirium in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatics*, 43(3), 175-182. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.175>
- Bush, S. H., Lawlor, P. G., Ryan, K., Centeno, C., Lucchesi, M., Kanji, S., . . . Committee, E. G. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Annals of Oncology*, 29(Supplement_4), iv143-iv165. doi:10.1093/annonc/mdy147
- Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77(15), 1623-1643. doi:10.1007/s40265-017-0804-3
- Candy, B., Jackson, K. C., Jones, L., Leurent, B., Tookman, A., & King, M. (2012). Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). doi:10.1002/14651858.CD004770.pub2
- Chochinov, H. M., & Breitbart, W. (2009). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*: Oxford University Press, USA.
- Chochinov, H. M., Tataryn, D., Clinch, J. J., & Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminally ill. *The Lancet*, 354(9181), 816-819. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)80011-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)80011-7)
- Cooper-Patrick, L., Crum, R. M., & Ford, D. E. (1994). Identifying Suicidal Ideation in General Medical Patients. *JAMA*, 272(22), 1757-1762. doi:10.1001/jama.1994.03520220051030
- Coull, G., & Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 41(11), 2239-2252. doi:10.1017/S0033291711000900
- Crawford, G. B. (2019). Psychological Symptoms. In R. D. MacLeod & L. Van den Block (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (pp. 423-434). Cham: Springer International Publishing.
- Demmer, C. (2004). A Survey of Complementary Therapy Services Provided by Hospices. *Journal of palliative medicine*, 7(4), 510-516. doi:10.1089/jpm.2004.7.510
- Durkin, I., Kearney, M., & O'Siorain, L. (2003). Psychiatric disorder in a palliative care unit. *Palliative Medicine*, 17(2), 212-218. doi:10.1191/0269216303pm670oa
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333. doi:10.1007/s00520-008-0569-z
- Gallagher, L. M., Lagman, R., & Rybicki, L. (2018). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(2), 250-257. doi:10.1177/1049909117696723
- Henderson, M., MacGregor, E., Sykes, N., & Hotopf, M. (2006). The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative Medicine*, 20(4), 407-412. doi:10.1191/0269216306pm1151oa
- Jaiswal, R., Alici, Y., & Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 87-101. doi:10.3109/09540261.2013.868788

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*, *104*(12), 2872-2881. doi:10.1002/cncr.21532
- Knaster, P., Estlander, A.-M., Karlsson, H., Kaprio, J., & Kalso, E. (2016). Diagnosing Depression in Chronic Pain Patients: DSM-IV Major Depressive Disorder vs. Beck Depression Inventory (BDI). *PLoS One*, *11*(3), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151982>
- Kozlov, E., Phongtankuel, V., Prigerson, H., Adelman, R., Shalev, A., Czaja, S., . . . Reid, M. C. (2019). Prevalence, Severity, and Correlates of Symptoms of Anxiety and Depression at the Very End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, *58*(1), 80-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.012>
- Langs, R. (2018). *Death anxiety and clinical practice*: Routledge.
- Lawlor, P. G., Gagnon, B., Mancini, I. L., Pereira, J. L., Hanson, J., Suarez-Almazor, M. E., & Bruera, E. D. (2000). Occurrence, Causes, and Outcome of Delirium in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Study. *JAMA Internal Medicine*, *160*(6), 786-794. doi:10.1001/archinte.160.6.786
- Leo, R. J., & Mariano, M. T. (2013). Psychological distress and psychiatric comorbidities in palliative care. In *Essentials of palliative care* (pp. 23-48): Springer.
- Leonard, M., Agar, M., Mason, C., & Lawlor, P. (2008). Delirium issues in palliative care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(3), 289-298. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.018>
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, *12*(2), 160-174. doi:[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Muskin, P. R., Dickerman, A. L., & Sara Siris Nash, M. (2019). *Study Guide to Consultation-Liaison Psychiatry: A Companion to The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*: American Psychiatric Pub.
- Ng, F., Crawford, G. B., & Chur-Hansen, A. (2015). Depression means different things: A qualitative study of psychiatrists' conceptualization of depression in the palliative care setting. *Palliative and Supportive Care*, *13*(5), 1223-1230. doi:10.1017/S1478951514001187
- Onitilo, A. A., Nietert, P. J., & Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*, *28*(5), 396-402. doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.05.006>
- Parker, G., Fletcher, K., & Hadzi-Pavlovic, D. (2012). Is context everything to the definition of clinical depression? A test of the Horwitz and Wakefield postulate. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 1034-1038. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.021>
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1797-1810. doi:10.1017/S0033291709992285
- Potts, J. (2009). Oncology/Palliative Care: Aromatherapy in Nursing Practice. *Australian Nursing Journal: ANJ, The*, *16*(11), 55.
- Reiche, S., Hermle, L., Gutwinski, S., Jungaberle, H., Gasser, P., & Majić, T. (2018). Serotonergic hallucinogens in the treatment of anxiety and depression in patients suffering from a life-threatening disease: A systematic review. *Progress in Neuro-*

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 81, 1-10.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.09.012>
- Roth, A. J., & Massie, M. J. (2007). Anxiety and its management in advanced cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1(1), 50-56.
doi:10.1097/SPC.0b013e32813aeb23
- Saracino, R. M., Rosenfeld, B., & Nelson, C. J. (2016). Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1230-1242. doi:10.1080/13607863.2015.1078278
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*, 115(22), 5349-5361.
doi:10.1002/cncr.24561
- Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 71, 27-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.001>
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4), 1509-1514. doi: <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>
- Uchida, M., Morita, T., Ito, Y., Koga, K., & Akechi, T. (2019). Goals of care and treatment in terminal delirium: A qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals caring for patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 17(4), 403-408. doi:10.1017/S1478951518000780
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-analytical Review of 58 Studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-293.
- Williams, M. L., & Payne, S. (2003). A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients. *Palliative Medicine*, 17(4), 334-338.
doi:10.1191/0269216303pm747oa
- Yıldız, E., & Aylaz, R. (2019). Yaşlılarda Görülen Ruhsal Sorunlar ve Bakımı. In R. Aylaz (Ed.), *Yaşlı Sağlığı ve Hemşirelik Bakımı* (Vol. 1, pp. 109-141). Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınevi.

S-201 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNİN DİYABETE BAKIŞI

UNİVERSİTY STUDENT'S PERSPECTİVE ON DİABETES

**Rabia Sohbet¹ ,Müjde Kerkez² , Büşra Simsar³, Gülten Özdemir³, Hilal Sabuncu³,
Cihan Tag³**

1.Dr.Öğr.Üyesi.,Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

2.Uzman Hemşire, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

3. Hemşirelik Öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

Özet

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Ümmügülsüm ve Nilüfer kız yurdundaki öğrencilerin Diyabetes Melitus hastalığı hakkındaki bilgisini ve bu hastalıkla ilgili bakış açılarını öğrenmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, yurtda kalan tüm öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemi, veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan yeterli, çalışmayı katılmayı gönüllü olarak kabul eden 500 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin dağılımında sayı, yüzdelik, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişki incelenmesinde t testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin, %60'ı kadın, %65,8'i (20-24±1,77) yaş grubu arasındadır. %74,8'i diyabet hastalığını duyduğunu ve %83,4 ü halk arasında şeker hastalığı olarak adlandırıldığını belirtmişlerdir. %59,2'si diyabetin predispozan etkilerini (obezite, kronik, dengesiz beslenme) belirtmişlerdir. %72,7 sinin ailesinde diyabet yoktur. %48,4 ü diyabet hastasına yardım vermenin gerekliliğini (doktora yönlendirme, stres yönetimi), %87,4 ü en çok etkileyen faktörün stres olduğunu belirtmiştir. %89,8'i beslenmenin önemini belirtmiştir. %50,6 sı diyabetin komplikasyonlarını (körlük, böbrek yetmezliği, inme) bildiğini, % 58,2 si dış etlerini ve %71,8 i cinselliği etkilediğini belirtmiştir. Cinsiyet ile diyabet yönetimi karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır(p<0.000).

Öğrencilerin diyabet hastalığının önemi ve baş etme yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve farkındalığın artırılması için toplu yaşanan yurt vb. yerlerde seminerler düzenlenmelidir. Diyabetin önlenabilirliği anlatılmalıdır. Stres yönetimi, beslenme ve fiziksel egzersizin önemi eğitimlerle desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bilgi, Üniversite Öğrencisi, Beslenme, Diyabet, Egzersiz.

Abstrack

This research is conducted on a clearly descriptive cross-sectional view of the knowledge and perspectives of Diabetes Mellitus in Gaziantep University Ümmügülsüm and Nilüfer girls' dormitory.

The universe of the research was composed of all students in the dormitory. The sample consisted of 500 physically and psychologically sufficient students who could answer the questionnaire questions during the data collection and who voluntarily accepted to participate in the study. Data were analyzed using SPSS 15.0 statistical package program. Number, percentage and standard deviation values were used in the distribution of the data. The t-test was used to examine the relationship between the scales.

60% of the students are female and 65.8% (20-24 ± 1,77) are in the age group. 74.8% of them have heard of diabetes and 83.4% of the people stated that they called diabetes. 59.2% of them stated the predisposing effects of diabetes (obesity, chronic, unbalanced nutrition). 72.7% had no family diabetes. 48.4% stated that it was necessary to give help to diabetic patients (referral to a doctor, stress management) and 87.4% stated that stress was the most influential factor. 89.8% stated the importance of nutrition. Fifty-six percent stated that they knew the complications of diabetes (blindness, renal failure, stroke), 58.2% of them affected the gums and 71.8% of them affected sexuality. Significant correlation was found between gender and diabetes management (p <0.000).

In order to have enough information about the importance and coping methods of diabetes and to increase the awareness of the dormitories, the students will be able to work in dormitories. Seminars should be held in places. Preventability of diabetes should be explained. The importance of stress management, nutrition and physical exercise should be supported by trainings.

Key Words: Knowledge, University Student, Nutrition, Diabetes, Exercise.

GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet; pankreastan salınan insülin hormonunun yetersizliği veya doku düzeyinde insülin direncinin olması sonucu ortaya çıkan karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozuklukları ile seyreden metabolik bir hastalıktır. Kan glikoz düzeyinin yüksek olması kontrolsüz diyabetin ortak etkisidir; zamanla vücut sistemlerinin çoğunda makrovasküler (miyokardiyal, serebral, periferik damar hastalıkları) ve mikrovasküler (retinopati, nefropati, nöropati) ciddi hasarlar meydana gelmesine neden olur. Aynı zamanda diyabet; yaşam boyu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

süren, maliyeti yüksek olan, erken ölüm, sakatlık ve verimlilik kaybıyla birlikte bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir(1,2,3). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 1995 yılında 135 milyon (%4) diyabetli varken, 2014 yılında bu rakam 422 (%8.5) milyona yükselmiştir. Diyabetin 2030' da önde gelen ölüm sebeplerinde 7. sırada olacağı düşünülmektedir(4). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun verilerine göre 2017 yılı itibari ile diyabet prevalansı %8,8, diyabetli insan sayısı yaklaşık 424,9 milyon, diyabet nedeniyle ölen insan sayısı yaklaşık 4 milyon dur. 2045 yılında ise öngörülen diyabet prevalansı %9,9'dur ve 628,6 milyon insanın diyabetli olacağı tahmin edilmekte olup Türkiye'nin, diyabetli nüfus bakımından dünyada en yüksek olacağı ilk 10 ülke arasına girmesi ve diyabetli nüfusun 11,2 milyon olması beklenmektedir(5). Bu nedenle, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yönetilmesinde en önemli nokta, eğitimidir. Verilen sağlık eğitimi tıbbi bakımın bir parçası olup farkındalığın artırılması gerekmektedir. Eğitimin en yaygın kurumu olan üniversite öğrencileri diyabet farkındalığının artırılması, hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda önemli bir role sahiptir. Bu çalışma ile lisans derecesinde eğitim alan öğrencilerin, diyabet ve risk faktörleri ile ilgili bilgi seviyelerini belirlemek ve karşılaştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, 2017-2018 eğitim öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi' nde öğrenim gören 500 öğrencinin katıldığı tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma öncesinde çalışmaya katılacak öğrencilere içerik hakkında bilgi verilerek, onamları alınmış ve çalışma etik kurallara uyularak yürütülmüştür. Gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilen öğrencilere başka herhangi bir dahil edilme ya da dışlanma kriteri uygulanmamıştır. Öğrencilerin; cinsiyet, yaş, kaçınıcı sınıf öğrencisi olduğu, ekonomik durum, ailede diyabet varlığı gibi sosyo-demografik bilgileri kaydedilmiştir. Öğrencilerin diyabet risk faktörleri bilgi seviyelerini belirlemek için 9 risk faktörünün yer aldığı bir bölüm oluşturulmuştur. Her risk faktörü için 'evet' ve 'hayır' cevabı bulunmaktadır (4). Öğrencilerin diyabet hakkındaki bilgi seviyelerini belirlemek için Garcia ve ark., tarafından geliştirilen ve geçerliliği gösterilen 17 maddelik Diyabet Bilgi Anketi kullanılmıştır(7). Bu anket Villagomez ve ark.'nın orijinal 60 maddelik anketinin kısaltılmış şeklidir(8). Bilgi kategorileri için; 'yetersiz' \leq %59, 'sınırlı' \geq %60-75 ve 'yeterli' \geq %76 şeklinde ölçüt kullanılmıştır(9).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

İstatistiksel Analiz

Öğrencilerden elde edilen tüm verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics versiyon 20.0 programı ile yapılmıştır. Öğrencilerin sosyo-demografik bilgileri, risk faktörleri bilgi seviyesi ve Diyabet Bilgi Anketi'ndeki sorulara verdikleri cevaplar yüzde, ortalama ve t testi analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %60' ı kadın, %65.8' i (20-24±1,77) yaş grubunda, %28.8' inin ailesinde diyabet öyküsü vardır(Tablo 1). Dokuz diyabet risk faktöründen, öğrencilerin çoğunluğu obezite (95.6%), sağlıksız diyet (96.2%), yüksek kan glikoz seviyesi (%94.6) ve bozulmuş glikoz seviyesi (93.8%)' ni risk faktörü olarak belirtmiştir. Risk faktörü ve cinsiyet arasında yapılan analizde kadınların sağlıksız diyet ($x^2 = 10.981$, $p=0.027$) ve obezite ($x^2 = 18.786$, $p=0.016$)' yi daha fazla risk faktörü olarak gördüklerini belirtmişlerdir(Tablo 2). Öğrencilerin ortalama % 35' i sigara ve yüksek kan basıncını diyabet için risk faktörü olarak belirtmemişlerdir(Tablo 2).

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=500)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	300	60.0
Erkek	200	40.0
Yaş		
15-19	144	28.9
20-24	329	65.8
25-29	27	5.3
Aile Öyküsü		
Evet	144	28.8
Hayır	356	71.2
Diyabet Hastalığını Duyan		
Evet	374	74.8
Hayır	126	25.2
Toplam	500	100

Tablo 2: Öğrencilerin Diyabet Risk Faktörleri Bilgi Seviyesi Dağılımı

Risk faktörü	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yüksek kolesterol	376	75.2	124	24.8
Yüksek açlık glikoz seviyesi	436	87.2	64	12.8
Bozulmuş glikoz seviyesi	469	93.8	31	6.2

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Yüksek kan glikoz seviyesi	473	94.6	27	5.4
Yüksek kan basıncı	345	69*	155	31*
Sigara içmek	324	64.8*	176	35.2*
Fiziksel inaktivite	428	85.6	72	14.4
Sağlıksız diyet	481	96.2	19	3.8
Obezite	478	95.6	22	4.4

*= En az doğru cevap verilen risk faktörü

Öğrenciler diyabet bilgi anketinde; ‘tedavi edilmeyen diyabetlerde, kandaki şeker miktarı genellikle artar’(%93.6), yemeği hazırlama şekli yenilen gıdalar kadar önemlidir’(%86.6), diyabetin genel nedeni vücutta etkin insülin eksikliğidir(%83.4)‘ maddelerine en fazla, ‘diyabet tedavi edilebilir’ (%45.4) ve ‘açlık kan şekeri seviyesinin 210 mg/dl olması çok yüksektir’(%35) maddelerine ise en az doğru cevap verilmiştir. Öğrencilerimizin diyabet bilgi düzeyleri ortalaması %67’dir ve belirtilen ölçüt yöntemine göre diyabet bilgi seviyelerinin ‘sınırlı’ düzeyde olduğu görülmüştür(Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Diyabet Bilgisi Anketine Verilen Cevapların Dağılımı

	Evet	hayır
	%	%
Çok fazla şeker ve diğer tatlı yiyecekleri yemek şeker hastalığına neden olur. (Yanlış)	34.6	63.2
Diyabetin genel nedeni vücutta etkin insülin eksikliğidir. (Doğru)	83.4	16.6
Diyabet, böbreklerin şekeri idrardan uzaklaştıramamasından dolayı oluşur. (Yanlış)	18.4	81.6
Böbrekler insülin üretir. (Yanlış)	14.4	85.6
Tedavi edilmeyen diyabetlerde, kandaki şeker miktarı genellikle artar. (Doğru)	93.6	6.4
Eğer ben diyabetliysem çocuklarımda diyabetik olma olasılığı daha yüksektir. (Doğru)	75.3	24.7
Diyabet tedavi edilebilir. (Yanlış)	54.6	45.4
Açlık kan şekeri seviyesinin 210 mg/dL olması çok yüksektir. (Doğru)	35	65
Diyabeti kontrol etmenin en iyi yolu idrar testidir. (Yanlış)	48.4	51.6
Düzenli egzersiz, insülin veya diğer diyabetik ilaçlara olan	16.2	83.8

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

İhtiyacı artıracaktır. (Yanlış)		
Temelde 2 tip diyabet vardır: Tip 1 (insüline bağımlı) ve Tip 2 (insüline bağımlı olmayan). (Doğru)	15.6	84.4
İnsülin reaksiyonu, çok fazla yemeğe bağlıdır. (Yanlış)	25.1	73.9
İlaç, diyabeti kontrol etmek için diyet ve egzersizden daha önemlidir. (Yanlış)	44.2	56.8
Diyabet sıklıkla dolaşımın zayıflamasına neden olur. (Doğru)	50.6	49.4
Yemeği hazırlama şekli yenilen gıdalar kadar önemlidir. (Doğru)	86.6	23.4
Sık idrara çıkma ve susuzluk düşük kan şekeri bulgularıdır. (Yanlış)	55.2	44.8
Sıkı lastikler veya çoraplar diyabetliler için kötü değildir. (Yanlış)	41.8	58.2

Kız öğrencilerin diyabeti yönetmede ‘stres ve yaşam tarzı değişikliğine’ verdikleri cevap erkek öğrencilerden daha yüksektir, fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0.000$). Erkek öğrencilerin diyabeti yönetiminde ‘beslenme, düzenli fiziksel aktiviteye verdikleri cevap daha yüksektir, fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0.000$)(Tablo 4). Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre; diyabet kontrol altına alınmadığı zaman cinselliğin azalacağını ve diş çürümelerinin daha fazla olacağını belirtmişlerdir, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(Tablo 4).

1120

Tablo 4: Cinsiyet İle Diyabet Yönetimi Arasındaki İlişki Dağılımı

DİYABET YÖNETİM	CİNSİYET	n	ORTALAMA + SS	t	P
STRES	Kadın	300	1,05 ±0,27	-3.695	.000
	Erkek	200	1,17± 0,4		
BESLENME	Kadın	300	1,03±0,17	-4.768	.000
	Erkek	200	1,18±0,42		
YASANTI	Kadın	300	3,36±1,04	5.259	.000
	Erkek	200	2,80±1,23		
EGZERSİZ	Kadın	300	1,10±0,32	-2.971	.003
	Erkek	200	1,21±0,43		
DİŞ ÇÜRÜKLERİ	Kadın	300	1,09±0,52	-3.786	.000
	Erkek	200	1,31±0,43		
CİNSELLİK	Kadın	300	3,10±0,36	5.856	.002
	Erkek	200	3,21±0,44		

*t= Independent Samples t Testi uygulanmıştır($p<0.05$).

TARTIŞMA

Diyabet günümüz dünyasında en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir(10). Dünya genelindeki artışa paralel olarak ülkemizde de görülme sıklığı ve hasta sayısı hızla artmaktadır. Bulaşıcı olmadığı hâlde salgın yapan bu hastalık tüm ülkelerde genellikle erişkin yaş grubunu etkilemekte, hem doğrudan hem de dolaylı etkileri ile sağlık sistemlerini ve toplumsal yaşamı tehdit etmektedir(10,11). Özellikle üniversite öğrencilerine de kapsayan bu yaş aralığında gerekli önlemler alınmazsa diyabetin her geçen gün daha fazla insanı etkileyeceği ve diğer kronik hastalıklarla birlikte sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmeye devam edeceği bilinmektedir. Diyabetin gelişmesinde çevresel faktörlerin rolü açıktır. Toplumların modern yaşam biçimini benimsemesi, insanları daha az hareket etmeye ve beslenme alışkanlıklarını hızla değiştirmeye yöneltmiştir. Son çeyrek yüzyılda doymuş yağlardan zengin, posadan fakir, kalorisi yüksek ve hızlı hazırlanan beslenme tarzının benimsenmesi, diyabet prevalansında hızlı bir artışa yol açmıştır(12). Çalışmamızda öğrencilerimizin tamamına yakını diyabetin gelişmesinde risk faktörü olarak en çok obeziteyi ve sağlıksız diyeti belirtmiştir(%95.6-96.2). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, diyabeti obezite ve sağlıksız diyetin etkilediği belirtilmiştir(13,6). Bu bağlamda, diyabeti önlemek için beslenmenin önemli olduğu etkisinden söz edilebilir. Çalışmamızda cinsiyet ile diyabet risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p < 0.000$). Özellikle bu sonuç, günümüzde kadınların fiziksel görünüşe daha çok özen gösterdikleri gerçeğinden kaynaklanıyor olabilir.

1121

Diyabet yaşam boyu süren bir hastalıktır, bu nedenle eğitim hastalığın önlenmesi, koruyucu sağlık önlemlerinin alınması ve sağlık farkındalığını artırmak açısından önemlidir. Öğrencilerin diyabet bilgi seviyesi ortalaması % 67'dir. Ergen ve arkadaşlarının(14) aynı bilgi anketi kullanarak yaptıkları çalışmada öğrencilerin bilgi seviyesi %71.74 olarak belirtilmiştir. Bu sonuç, çalışmamıza sağlık bölümleri dışında farklı bölüm öğrencilerin katılmasından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan diğer çalışmalar, öğrencilerin diyabet bilgi puan ortalamaları %62-75 arasındadır(15,16). Bu bağlamda, her geçen gün salgın bir hastalık haline diyabetin etkilerini yalnızca sağlık okuyan öğrencilerin değil diğer bölüm öğrencilerinde bilmesi sağlık farkındalığının arttığını ve genç nüfusun topluma duyarlı hale geldiğini gösterebilir.

Diyabette anahtar rol oynayan bir diğer etkende genetik yatkınlıktır. Diyabet gibi birçok hastalık çevresel faktörler düzeltilse de önlenemeyebilir. Çalışmamızda öğrencilerin %28.8'in ailesinde diyabet vardır. Khan ve arkadaşlarının(13) yaptığı çalışmasında

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

öğrencilerin yarısı (%51) ailesinde diyabetin olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgumuza göre daha yüksek olan bu sonuç, sosyo-demografik değişikliklerden kaynaklanabileceği gibi aynı zamanda çalışmanın obezite prevalansı fazla olan yurt dışında yapılmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Diyabet yönetiminde fiziksel egzersizin faydaları birçok çalışmada önemle vurgulanmıştır. Gill ve Cooper' in(17) yaptığı çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu diyabet ve komplikasyonları önlemede özellikle fiziksel egzersizin kilit rolü oynadığını belirtmiştir. Wee ve arkadaşlarının(18) yaptıkları çalışmasında da diyabet yönetiminde fiziksel egzersizin artırılması ve obezitenin önlenmesinin önemli olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç, fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmak için tüm öğrenciler açısından önemli ve gerekli olduğundan kaynaklı olabilir.

SONUÇ

Diyabet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok önemli bir sağlık sorunudur. Her geçen gün mevcut diyabetlilerin sayısındaki artış hem sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini hem de bireylerin yaşam kalitelerini, yaşam sürelerini olumsuz etkilemektedir. Yıllar içinde diyabet görülme oranlarındaki beklenenin üstünde gerçekleşen dramatik artış bu konuda acil önlemler almayı gerektirmektedir. Çalışma sonucunda, öğrencilerinin diyabet ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli seviyeye yakın olsa da hala eksikliklerin olduğunu göstermektedir.

Diyabetin önlenmesinde değiştirilebilir risk faktörlerinin başında gelen obezite ve fiziksel inaktivite ile mücadelede başarı sağlamak, toplumsal farkındalığın artırılması ile olası olacaktır. Bu farkındalığın kazandırılmasında çocukluk yaşlarından başlayan sağlıklı yaşam biçimi eğitimlerinin önemi büyüktür. Farkındalığın artırılması için özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmeli toplu yaşanan yurt vb. yerlerde seminerler düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği (TEMED) - Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu - 2018. Available From: http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180517113926-2018-05-17tbl_gruplar113924.pdf
2. Cowie CC, Rust KF, Ford ES, Et Al. Full Accounting Of Diabetes And Pre-Diabetes İn The U.S. Population İn 1988–1994 And 2005–2006. *Diabetes Care*. 2009;32(2):287 LP-294. <http://care.diabetesjournals.org/content/32/2/287.abstract>.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

3.Diabetes Symptoms: American Diabetes Association. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/symptoms/>.

Accessed November 20, 2018.)

4.World Health Organization: Diabetes –Factsheet. Updated November 2017. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/html>.] adresinden 12.8.2018 tarihinde erişilmiştir.

5.International Diabetes Federation. Diabetes Atlas - 8th Edition, 2017.

6.Steyl T. Undergraduate Physiotherapy Students' Knowledge Of Diabetes Mellitus: Implications For Education. SA Journal of Physiotherapy 2011;67(3):9-14.

7.Garcia AA, Kouzekanani KK, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: Development Of The Spanish Language Diabetes Questionnaire. Diabetes Care 2001;24(1):16-21.

8.Villagomez E. Health Beliefs, Knowledge, and Metabolic Control in Diabetic Mexican American Adults [master's thesis]. Houston, Tex: The University of Texas Health Science Center; 1989.

9.Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship Of Functional Health Literacy To Patients' Knowledge Of Their Chronic Disease. Arch Intern Med 1998;158(2):166-72.

10.IDF Diabetes Atlas Key Findings 2014 [İnternet]. <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>.)

11.Wild S, Roglic G, Gren A, Sicree R, King H. Global Prevalance of Diabetes Estimates For The Year 2000 And Projection For 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-1053.

<http://dx.doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>

12. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2014 [İnternet]. http://www.turkendokrin.org/files/file/DIYABET_TTK_web.pdf

13.Khan N, Gomathi KG, Shehnaz SI, Muttappallymyalil J. Diabetes Mellitus Related Knowledge among University Students in Ajman, United Arab Emirates. Sultan Qaboos Univ Med J 2012;2(3):306-14.)

14.Ergan M, Başkurt F, Başkurt Z. Fizyoterapi Öğrencilerinin Diyabet ve Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2018.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

15. El-Deirawi KM, Zuraikat N. Registered Nurses' Actual And Perceived Knowledge Of Diabetes Mellitus. J Nurses Staff Dev 2001;17(1):5-11.)
- 16.Way KL, Hackett DA, Baker MK, Johnson NA. The Effect of Regular Exercise on Insulin Sensitivity in Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Diabetes Metab J 2016; 40(4):253-71.)
- 17.(Gill JMR, Cooper AR 2008 Physical Activity And Prevention Of Type 2 Diabetes Mellitus. Sports Medicine 38(10): 807-824)
- 18.Wee HL, Ho HK, Li SC. Public Awareness Of Diabetes Mellitus İn Singapore. Singapore Med J 2002; 43:128–134

S-202 GERİATRİK HASTALARDA BASINÇ YARALARI VE BAKIMDA

GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

PRESSURE WOUNDS IN GERIATRIC PATIENTS AND CURRENT APPROACHES IN CARE

* Öğr. Gör. Ülkü SAYGILI ** Öğr. Gör. Dr. Bilsev DEMİR

* Selçuk Üniversitesi SHMYO Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü** Selçuk Üniversitesi
SHMYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

Özet

İlerleyen yaşla birlikte epidermin hücre yenilenmesi ve elastik liflerde dejenerasyonlar meydana gelerek, epidermal tabakanın incelmeye, kırışmasına, saçların grileşmesine, deri renginin matlaşmasına, cilt altı yağ dokusunun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum basınç yaralarının gelişmesi açısından risk taşımaktadır. Özellikle diyabet, ateroskleroz gibi sistemik hastalığı olan bireylerde bu risk daha da artmaktadır. Basınç yaraları önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, yerinde tedbirler alındığı zaman önlenabilir geriatriksendromlardan birisidir. Basınç yaraları önlenabilir olmasına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyada hala yüksek oranlarda görülmektedir. Bu derlemede yaşlıların basınç yaraları ve bakımda güncel yaklaşımlar özetlenmiştir.

1125

Anahtar kelimeler: Basınç yarası, yaşlanma, yara bakımı

Abstract

Withaging, cellregeneration of theepidermisanddegenerations of elasticfibersoccur, causingthinning of theepidermallayer, wrinkling, graying of thehair, dulling of the skin color, anddecreasing of the subcutaneousfattissue. Thisposes a risk forthedevelopment of pressuresores. This risk is particularlyincreased in individualswithsystemicdiseases such as diabetesandatherosclerosis. Pressuresoresareone of thepreventablegeriatricsyndromesthat can causesignificantmorbidityandmortalityandaretakenwhen on-site measuresaretaken. Althoughpressuresores can be prevented, it is stillseen in highratesboth in ourcountryand in theworld. Inthisreview, thefactorsaffectingthehealingprocess of pressuresores in theelderlyandcurrentapproaches in carearesummarized.

Keywords:Pressurewound, aging, woundcare.

GİRİŞ

Deri vücudu dışarıdan gelecek etkenlere karşı koruyucu savunma basamağıdır. Derinin en önemli yaşamsal fonksiyonları arasında; koruma, termoregülasyon, metabolizma, duyu ve iletişim yer alır. İnsanlar yaşlandıkça dermis incelir, katmanlarının yapısını yitirmesiyle atrofiye olur ve bu da yaşlı bireylerde basınç yarası gelişme riskini artırır(Acar K, 2015). Özellikle cilt altı kan akımının azalması ve yağ bezi işlevlerinin azalmasına bağlı olarak deride kuruma, alt ekstremitelerde kaşınma, yaraların geç iyileşmesi ve gerginlik hissi ortaya çıkmaktadır(Ayfer, 2014). Deri bütünlüğü yaş veya herhangi bir patolojik nedenden dolayı bozulabilmektedir. Bu olay yara olarak tanımlanmaktadır. Yaralar akut, kronik, eksüdalı, kuru veya enfekte olabildiği gibi bir kaç özelliği birlikte de bulundurulabilir. Altı ile sekiz haftada tamamen iyileşmeyen yaralar kronik yara olarak isimlendirilmektedir(Kurtoğlu & Karataş, 2009). Kronik yaralardan olan basınç yaraları tüm dünyada sağlık bakım kurumlarında önemli bir problem olarak belirtilmektedir. Çünkü oluşan tablo, hastanın yaşam kalitesini etkilemekte ve sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır(Karadağ, 2003).

Basınç Yaraları

Basınç yaraları dengesiz basınç dağılımı sonrasında iskemiye maruz kalan alanlarda meydana gelen doku hasarıdır. Basınç yaralarının %70'i 65 yaş üstü geriatric hasta grubunda meydana gelmektedir ve en sıklıkla sakrum ve topuklarda görülür. Basınç yaraları, özellikle hareket kısıtlılığı olan geriatric hasta grubunda hayatı tehdit eden bir sorundur(İnöz et al., 2012). Hastaneye yatan hastaların %9-13'ünde, yoğun bakımda yatanların %41'inde gelişebilmekte, mortalite riskini dört kat arttırabilmekte ve yatış süresini en az 18-20 gün uzatabilmektedir (Dilek, 2000). İleri yaş dışındaki basınç ülserleri için risk faktörleri arasında nörolojik bozukluklar, yetersiz beslenme, kronik hastalık ve hareketsizlik bulunur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesine rağmen, omurilik yaralanması olan hastaların% 90'ından fazlasının, özellikle gelişmekte olan ülkelerde basınç ülseri geliştirdiği bildirilmiştir(Irmak, Baş, Sızmaz, Akbulut, & Karşıdağ, 2019). Basınç ülserleri hastanın fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit etmenin yanı sıra, bağımsızlığını kaybetme, sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlere de yol açmaktadır. Basınç ülseri gelişen hasta, ağrı çekmekte, yara bakımı, debritleme, greft işlemi ve hastanede uzun süre yatma, hasta ve hastane için ekstra maliyet oluşturmaktadır (Karadağ, 2003). Yara iyileşmesi; hemostaz, inflamasyon,

proliferasyon ve matürasyon olmak üzere dört aşamalı kompleks bir süreçtir(Hançer & Yılmaz, 2019).

Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi

Basınç yarasının önlenmesinde ilk adım, riskli hastaların önceden belirlenerek uygun önlemlerin alınmasıdır.Yaranın değerlendirilme sıklığını hastanın genel durumu, yaranın ciddiyeti, hastanın bakım ortamının özellikleri, bakımın amacı ve bakım planı gibi faktörler etkilemektedir. Bu faktörler yaranın değerlendirilme sıklığını etkilemesine karşın, kronik yaraların değerlendirilmesi haftada birden daha sık yapılmamalıdır (Şahin & Akçiçek, 2009, Dilek, 2000).

Riskli hastaların belirlenmesi için kullanılan ölçeklerin en çok bilinenleri; Norton ölçeği, Gosnell ölçeği, Braden ölçeği, Knoll ölçeği ve Waterlow ölçeğidir. Basınç ülserlerinin evrelendirilmesinde “TheNationalPressureUlcerAdvisory Panel (NPUAP)” uluslararası kabul gören, günümüzde en sık kullanılan sınıflandırmadır(Dilek). NPUAP, basınç ülserlerini 4 ana evrede sınıflandırmaktadır.

Buna göre bası ülserleri 4 evrede incelenmektedir.

1127

Evre 1: Basmakla solmayan kızarıklık vardır ancak cilt bütünlüğü bozulmamıştır.

Evre 2: Dermiste kısmi kayıp vardır, yara yatağı pembe kırmızı olan kabuksuz, yüzeysel yaralardır. Rüptüre veya korunmuş büller olabilir.

Evre 3: Ciltte tam kat kayıp vardır. Subkütan yağ dokusu görülebilir ancak kas, kemik, eklem tutulumu yoktur; nekroz, yara altında tünel ve boşluk olabilir. Yarada kabuklanma olabilir.

Evre 4: Ciltte tam kat kayıp ile birlikte kemik, eklem kas dokusunun tutulumu vardır, nekroz olabilir. Yara zemininin bir kısmında kabuk veya skar olabilir, sıklıkla yara altında tünel ve boşluk vardır(Şahin & Akçiçek, 2009).

Basınç yaralarında hemşirelik bakımı

Hemşirelik bakımında; kemik çıkıntıları ile olası basınç alanları değerlendirilmeli ve basınca maruz kalan bölgelere destek kullanılmalı ve dolaşımını hızlandırmak için masaj yapılmalıdır. İki saat aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanmalı ve pozisyon değiştirme

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

esnasında sürtünmeler önlenmelidir. Hastada üriner ve fekalinkontinans varlığı değerlendirilmeli, cildi temiz ve nemli tutulmalıdır. Beslenmesi düzenlenerek malnütrisyon önlenmelidir. Hastada basınç ülseri gelişmesi durumunda ise hemşire, deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan faktörleri araştırmalıdır (Dilek, 2000).Basınç yaralarının önlenmesi için cilt bakımı, beslenme, pozisyon değişimi, uygun yatak kullanımı ve riskli bölgeleri dikkatle gözlenmesi önemlidir. Basınç noktalarının desteklenmesi ve inkontinans varlığında cilt hijyeni ve nem oranının korunması dikkat gerektiren noktalardır.Bası yaralarının önlenmesinde kullanılan destek yüzeyler basıncın geniş bir alan üzerine dağıtımını sağlayarak kılcal dolaşımın sürdürülmesine ve deri bütünlüğünün bozulma riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Dünyada en sık kullanılan destek yüzey malzemesi yastıklardır(Gül, 2014).Ciltteki ödem ve eritem varlığı gözlenmeli, cilt sıcaklığı ve kanlanması, rengi takip edilmelidir. Cilt değişimlerinin takip edilmesi ve gözlemlerin kaydedilmesi erken tanılama için önemlidir. Sakrum ve topuk bölgesi,basınç yaralarının en sık geliştiği bölgelerdir; basınç yaralarının erken dönemde yakalanabilmesi için özellikle bu bölgelerin dikkatli şekilde gözlenmesi önemlidir.Cilt temizliğinde cildi kurutan sabunlardan kaçınmalı, günlük nemlendiriciler tüm cilt için kullanılmalı, banyo yağları kullanılmalı, duş sonrası yağlı solüsyonlarla cilt nemlendirilmeli ve özellikle gece yatmadan önce cilt yağlı solüsyonlarla nemlendirilmelidir(Acar K, 2015).

1128

Basınç yaralarında güncel tedavi yaklaşımları

Basınç ülserlerinin en başarılı tedavisi plastik cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, bulaşıcı hastalıklar, ortopedi, genel cerrahi, nöroloji ve iç hastalıkları bölümlerinden multidisipliner katılım ile sağlanır (Irmak et al., 2019).

Bası yaralarının tedavisinde temel hedefler yaranın iyileşmesini sağlayacak, optimal nemli, yeterli kanlanmanın olduğu, enfeksiyonun engellendiği ortamın yaratılması olmalıdır. Evre 1 bası yaralarında basıncın ortadan kaldırılarak lezyonun ilerlemesinin engellenmesi yeterli olacaktır. Evre 2 bası yaralarında debridman gerekmez. Yara alanının infekte olmaması, uygun nem ortamının sağlanması önemlidir. Evre 3 ve evre 4'te sıklıkla debridman gerekmektedir. Yaranın özelliklerine uygun ürünün seçilmesi, enfeksiyon varlığında antibiyotik tedavisi gereğinde pasif ve aktif kapama ürünlerinin kombinasyonu ve cerrahi tedaviler gerekebilir(Şahin & Akçiçek, 2009).Basınç yarası oluştuktan sonraki en önemli basamak ise yaranın uygun ve etkili yöntemler ile bakımınıdır. Seçilen yöntem ya da ürün

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ortamdaki fazla eksudayı uzaklaştıracak, etkili drenajı sağlayacak emme özelliğine sahip olmalıdır.

Yara temizlik solüsyonları; Yara temizliğinde kullanılacak materyali seçerken yaranın durumu dikkate alınmalıdır. İnfeksiyonun olmadığı yarada yaranın nemlendirilmesi, kullanılan diğer solüsyonun durulanması veya nekrotik materyalin temizlenmesi amaçlanıyorsa serum fizyolojik seçilmelidir(Hançer & Yılmaz, 2019)Ancak serum fizyolojik konusunda tavsiye edilen tekrarlayan kullanmalar sonucunda solüsyonun infekte olma olasılığına karşı mümkünse tek kullanımlık ürünlerin tercih edilmesi bu mümkün değilse küçük kaplardaki solüsyonların tercih edilmesidir(Şahin & Akçiçek, 2009).

Debride edici ajanlar: Bası yarasının debridmanı tedavi açısından kritik öneme sahiptir. Yarada nekrotik dokunun veya siyah, kanlanması olmayan, sert kabuk varlığında debridman yapılmalıdır.

Vakum terapi; Bu yöntem; yaranın iyileşmesini desteklemek üzere, yara dokusuna subatmosferik ya da negatif basınç uygulanması esasına göre çalışmaktadır. Başlıca etkileri; yara çevresinde oluşan ödemi ve kronik yara eksudasını uzaklaştırmak, yarada bulunan bakteri sayısını azaltmak, yara bölgesinde yeni kan damarlarının oluşmasına yardımcı olmak (Anjiyogenez), hücresel çoğalmayı hızlandırmaktır (Korkmaz 2011).

Yara bakım örtüleri;Tüm dünyada yara tedavisi araştırmaları ve uygulamalarında yara örtüleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu yara bakım ürünleri yara bölgesini örterek, zarar görmüş dokuyu dış etkilere koruyarak ve yapısı uygunsa hücre üretimini aktive ederek iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. Geçmişte yara bakımı için değişik absorpsiyon kapasitesinde doğal ve sentetik bandajlar, hidrofil pamuk, sargı bezi ve gazlı bez gibi geleneksel yara örtüleri kullanılmaktaydı. Bu örtülerin öngörülen öncelikli işlevi yara eksüdasının buharlaşmasına olanak verecek şekilde yarayı kurutarak bakterilerin yara ortamında üremesini engellemektir (Kurtoğlu & Karataş, 2009) Günümüzde yara çevresinde oluşturulan ılık ve nemli bir ortamın daha hızlı ve başarılı bir yara iyileşmesi sağladığı anlaşılmıştır(Kurtoğlu & Karataş, 2009)

Larva veya Maggotterapi;laboratuvar koşullarında steril olarak çoğaltılan *Luciliasericata* türü sineğin larvalarının yara tedavisinde kullanılmasıdır. Maggot tedavisi yara iyileşmesine 3 yolla etki eder. İlk olarak larvalar yara yüzeyindeki nekrotik ve enfekte olmuş

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

dokuyu sindirerek mekanik debridman sağlarlar. İkincisi salgıladıkları sindirim enzimleri sayesinde enzimatikdebridman yaparak yarıyı mikroorganizmalardan korurlar. Son olarak larvaların yara yüzeyindeki hareketleri mekanik uyarı oluşturarak inflamatuvar hücrelerin yara yerine göçünü arttırarak yara iyileşmesine katkıda bulunur. Diyabetik ayak yarası olan 23 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada maggot tedavisinin iyileşme üzerinde olumlu sonuçlar oluşturduğu görülmüştür (Akutay & Ceyhan; Tanyüksel et al., 2014).

SONUÇ

Geriatrik hastalarda yaşa ve komorbidityete bağlı olarak basınç yarası prevalansı artmaktadır. Bası yaralarının önlenmesi nedenlerinin yeterince bilinmesiyle mümkün olabilir. Her hasta, bası yarası açısından değerlendirilmeli, riskli hastalarda gerekli önlemler alınmalıdır. Bası yarasının tedavisi objektif kriterleri içeren değerlendirme skorları ile takip edilmeli, yaranın iyileşmesinde gecikme durumunda nedenleri araştırılmalıdır. Sağlık ekibi içerisinde yara gelişmesinin önlenmesi, gelişmiş yaraya uygun bakımın verilmesi ve iyileşme sürecinin hızlandırılması birincil olarak hemşirenin sorumluluğundadır. Sorumlukların etkili bir şekilde yerine getirebilmesi için, yaşlılığa özgü yara gelişme ve iyileşme sürecindeki değişimleri iyi bilmesi, bakımını da ona göre şekillendirmesi gerekmektedir.

1130

KAYNAKLAR

1. Acar K, A. D. (2015). Yaşlılarda Yara Gelişimi Risk Faktörleri, Önleme ve Bakım Yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19(2), 54-59.
2. Akutay, S., & Ceyhan, Ö. Diyabetik Hastalarda Amputasyon Sonrası Yara İyileşmesi ve Bakım.
3. Ayfer, K. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
4. Dilek, F. (2000) Yoğun Bakım Tedavisi Alan Yaşlı Hastalarda Sık Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19(1), 29-35.
5. Gül, Ş. (2014). Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(3), 54-61.
6. Hançer, A. T., & Yılmaz, P. (2019). Balın Yara İyileşmesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Bozok Medical Journal, 9(01), 152.
7. İnözü, E., Özakpınar, H. R., Durgun, M., Eryılmaz, A. T., Selçuk, C. T., & Tellioglu, A. T. (2012). Geriatrik hastalarda bası yaralarına yaklaşım. Dicle Tıp Dergisi, 39(3), 408-412.
8. Irmak, F., Baş, S., Sızmaz, M., Akbulut, H. A., & Karşıdağ, S. H. (2019). Management and treatment of pressure ulcers: Clinical experience. Hypertension, 11, 21.
9. Karadağ, A. (2003). Basınç ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 41-48.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

10. Kurtoğlu, A. H., & Karataş, A. (2009). Yara tedavisinde güncel yaklaşımlar: modern yara örtüleri. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 38(3), 211-232.
11. Şahin, S., & Akçiçek, F. (2009). Yaşlı hastada bası yaraları önleme, tanı ve tedavisi. Akademik Geriatri Dergisi, 1(3), 139-146.
12. Tanyüksel, M., Koru, Ö., Araz, E., Kılbaş, H., Yıldız, Ş., & Alaca, R. (2014). Kronik yaraların tedavisinde steril Lucilia sericata larva uygulamaları. Gulhane Med J, 56(4), 218-222.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-204 PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN
MANEVİ DESTEK ALGISI**

**THE SPIRITUAL SUPPORT PERCEPTION OF DOCTORS AND NURSES
WORKING IN PALLIATIVE CARE**

Gülsüm AŞAN, Ufuk DOĞAN, Pınar SOYLAR

1Eğil İlçe Devlet Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

2Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Elazığ/Türkiye

3Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/Türkiye

Özet

Bu çalışmada doktor ve hemşirelerin manevi destek algı düzeyleri ve etkileyebilecek bazı faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırmamıza Elazığ ve Diyarbakır illerindeki palyatif bakım merkezlerinde çalışan 64 sağlık personeli dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” (MDAÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları meslek değişkenine göre 53’ü (%82.8) hemşire, 11’i (%17.2) doktor olarak dağılmaktadır. Çalışmamızdaki sağlık personellerinin “Manevi Destek Algı” toplam puan ortalaması yüksek (49,46±8,81) bulunmuştur. Çalışmamıza katılanların cinsiyet, çalışma yılı, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre Manevi Destek Algısı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0.05). Sonuç olarak çalışmamıza katılan palyatif bakım merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerin manevi destek algıları yüksek olup cinsiyet, çalışma yılı, eğitim durumu ve meslek değişkenlerinden etkilenmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Manevi Bakım; palyatif bakım; maneviyat

Abstract

The aim of this study was to determine doctor and nurses’ spiritual support perception level and related factors. 64 health personnel working in palliative care centers in Elazığ and Diyarbakır provinces were included in our descriptive study. “Personal Information Form” and “Spiritual Support Perception Scale” were used to collect data. According to the occupational variable, 53 (82.8%) were distributed as nurses and 11 (17.2%) as doctors. The mean score of Spiritual Support Perception of the health personnel was found to be 49.46 ±

8.81. There was no significant difference in the level of Spiritual Support Perceptions according to gender, working year, education level and occupational variables ($p > 0.05$). As a result, the perception of spiritual support of the doctors and nurses working in the palliative care center was found to be high.

Key Word: Spiritual Care; palliative care; spirituality

GİRİŞ

Palyatif kelimesi, Türk Dil Kurumun'a göre hastalığı iyileştirmeyen ancak hastalığın şiddetini azaltıcı, kısa süreli, kalıcı olmayan ilaç veya tedavi olarak açıklanmaktadır (1). Palyatif bakım ise, tedavinin mümkün olmayacağı dönemde hastanın yaşam kalitesini daha yüksek bir aşamaya çekmeye çalışan, hastanın rahatlamasını sağlayan bir tedavidir (2). Who'ya göre; Palyatif bakım, genç ve yaşlı hastaların, yaşamı tehdit edici hastalıklarla ilgili bir sorunla karşı karşıya kaldıkları zaman, hastayı ve ailesini fiziksel, sosyal ve manevi yönden değerlendirerek tespit ettiği ağrı ve diğer sorunların tedavi edilmesi yoluyla, yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır (3).

Palyatif bakım, Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması, daha kaliteli bir yaşam elde etme isteği ve bunların yanı sıra tıbbi bilgi ve teknolojiye gelişmeler, tedavi olanaklarının fazlaşması ile insanların hayatlarının son evresinde büyük bir ihtiyaç olmuştur (4). Yaşamlarının son dönemini yaşayan hastaların, bu dönemde karşı karşıya kaldıkları birçok semptom ile baş etmesi gerekmektedir. Bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonellerinin karşılaşılan semptomları ortadan kaldırmak veya azaltmak için başvurdukları en etkili yol, palyatif bakım desteği ile sağlanabilmektedir (5). Palyatif bakımın amacına ulaşması için; hastaya tıbbi tedavinin yanı sıra psikolojik ve manevi destek sağlanması, hayatın sona ermesi beklenilmesine rağmen en yüksek düzeyde kaliteli bir yaşam sunmaya çalışılması, ailesinin bu süreçteki zorluklara ve yas sürecine hazırlanması için desteklenmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (6).

Maneviyat, palyatif bakım hastaları için oldukça önemli ve gerekli bir unsurdur (7,8). Manevi yatkınlıkları az olan, dindarlık düzeyleri az olan veya hiç olmayan birçok insanın ölüm ile karşı karşıya kaldıklarında manevi gereksinimlerinin ortaya çıktığı savunulmaktadır (9,10). Maneviyat, bireyin kendisi ve çevresindeki insanlarla ilişkilerini, evrendeki konumunu, yaşamın ne ifade ettiğini anlama ve kabullenme gayretidir. Bireyin; sağlık ve

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanmada, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmalarında maneviyatın olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (11).Yapılan araştırmalar inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir (12-14).Sağlık çalışanlarında maneviyat eksenli çalışmalar Avrupa ülkelerinde oldukça yaygın olmasına rağmen ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar henüz yeterli değildir (15). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının konu ile ilgili yeterli eğitim almamaları, çalışma koşullarının zor olması ve yeterli zaman bulamamaları manevi bakım hizmeti sunmada kendilerini yetersiz hissetmelerine sebep olduğu belirtilmiştir (16.17).

AMAÇ

Bu çalışma, palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda aktif rol oynayan doktor ve hemşirelerin manevi destek algı düzeylerini ve bu algı düzeyi ile demografik değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırma, Palyatif Bakım Servislerinde Çalışan sağlık personelinin Manevi Destek Algılarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın verileri etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra Mayıs 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) kullanılarak toplanmıştır. Toplanan verilerin analizi SPSS 22 Paket Programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 90 sağlık personeli oluşturmuş ancak belirtilen surelerde sağlık personelinin 26'sı yıllık izinde olduğundan araştırma 64 kişiyle tamamlanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu : Bu form Palyatif Bakım Servisinde çalışan sağlık personeline ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla geliştirilmiştir. Yaşı, cinsiyeti, mesleği çalışma yılı, eğitim durumu, palyatif bakım merkezinde çalışma yılı ile ilgili bilgileri içermektedir.

Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MADAL) : Beşli likert tipi bir ölçek olan "Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ)" Kavas ve Kavas (2014)'ün Doktor, Ebe ve Hemşirelerin manevi destek konusundaki fikirlerinin belirlemesi amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 15 soru olan ölçek; tek boyuttan oluşmakta ve maddeler puanlaması 0 puandan 4 puana doğru "

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Hiç katılmıyorum, ‘Katılıyorum’, ‘Kararsızım’, ‘Katılıyorum’, ‘Tamamen katılıyorum’ seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60’dır. Ölçeğin toplam puanı katılımcıların maddelere verdikleri yanıtların toplanması ile belirlenmektedir. Ölçeğin puan ortalamasının yükselmesi katılımcıların maneviyat ve manevi bakım algı düzeyleri ile manevi desteğin algılanma düzeylerinin olumlu yönde yükseldiğini belirtmektedir. Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) ‘nden alınabilecek puanlar; 0-20 puan arası ‘düşük’, 21-40 puan arası ‘orta’, 41-60 puan arası ‘yüksek’ şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Kavas ve Kavas (2014) tarafından ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.940 olarak bulunmuştur (18).

BULGULAR

Tablo 1: Sosyo-demografik özellikler

Tanıtcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	36	56,2
Erkek	28	43,8
Meslek		
Doktor	11	17,2
Hemşire	53	82,8
Eğitim		
Lise	9	14,10
Lisans	43	67,2
Yüksek lisans	12	18,8
Çalışma Yılı		
1-5 yıl	30	46,9
6-11 yıl	23	35,9
11 yıl ve üzeri	11	17,2
Palyatif servisinde çalışma yılı		
1 yıl	43	67,2
2 yıl	21	32,8
Yaş ort.	29,28±4,81 (min 22-max 42)	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması (min 22-max 42) $29,28 \pm 4,81$ idi , %82,8'i hemşire, %56,3'ü kadın, %67,'si lisans mezunu, % 46,9'unun çalışma yılı 1-5 yıl arasında değişmekte, %67,2'si ise 1 yıldır palyatif bakım servisinde çalıştığını vurgulamıştır (Tablo-1).

Tablo-2: Doktor ve Hemşirelerin Manevi Destek Algı Düzeyi puan ortalaması

Ölçek	n	Min-Max	Mean±SD
MDAÖ	64	20 - 60	49,46± 8.81

Çalışmada hemşire ve doktorların "Manevi Destek Algı " puan ortalaması $49,46 \pm 8.81$ olarak bulunmuştur.

Tablo-3: Katılımcıların bazı demografik değişkenlere göre Manevi Destek Algı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	n	Mean±SD	p
Meslek			
Doktor	11	45,09±10,09	
Hemşire	53	50,07± 8,35	,126
Cinsiyet			
Kadın	36	49,44±9,76	
Erkek	28	49,50±7,60	,739
Yaş			
22-30	42	48,97±9,11	
30 ve üzeri	22	50,40±8,35	,594
Çalışma yılı			
1-5 yıl	30	49,46±9,41	
6-10 yıl	23	49,43±8,58	
11 ve üzeri	11	49,54±8,43	,725
Eğitim			
Lise	9	52,66±8,06	
Lisans	43	48,79±9,44	
Yüksek lisans	12	49,50±6,86	,495

Çalışmada cinsiyet, yaş, çalışma yılı, meslek, palyatif servisinde çalışma yılı, eğitim ile "Manevi Destek Algı" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$), (Tablo-3).

TARTIŞMA

Arastirmamiza katılan palyatif bakım servisindeki doktor ve hemşirelerin “Manevi Destek Algı” puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerle yurutulen bir calismada manevi destek algı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu (19), yine hemşirelerle yapılan baska bir calismada manevi destek algı puaninin yuksek olduğu bulunmuştur (20). Doktor, ebe ve hemşirelerle yapılan calismalarda da manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür (14, 21). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin manevi destek algı puan ortalaması yuksek bulunmustur (22). Hong Kong’ta hemşirelerle yapılan çalışmada maneviyat ve manevi bakım algı puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu belirtilmiştir (23). 14 doğu ülkesinden toplamda 770 doktor ve hemşirenin katıldığı çalışmada (%60 doktor, %40 hemşire) katılımcıların %82’si zaman zaman sağlık çalışanlarında manevi destek vermesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiş ancak sadece %44’ü manevi destek verdiğini vurgulamıştır (24). Çin de farklı kliniklerde çalışan 349 hemşire ile yurutulen bir çalışmada ise, palyatif bakım servisinde çalışan hemşirelerin diger kliniklerde calisanlara kiyasla manevi destek algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (25). Arastirmamizin sonuclarinin literaturla uyumlu olduğu gorulmektedir.

1137

Calismamizda hemşirelerin ‘Manevi Destek Algı’ düzeyi (50,37 ±8,35) doktorlardan (45,09 ±10,09) yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.12). Yapılan çalışmalarda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir (14, 21).

Arastirmamiza katılan doktor ve hemsirelerin eğitim, cinsiyet ve çalışma yılı değişkenine göre Manevi Destek Algısı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Klinik, palyatif ve yoğun bakımda calisan hemşirelerle yurutulen bir calismada benzer sonuclar elde edilmiştir (26). Baska bir çalışmada da yine anlamlı fark bulunamamıştır (16). Ancak hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi, adlı çalışmada hemşirelerin cinsiyetleri ile Manevi Destek Algısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Manevi destek algısının kadın hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (20). İran da 110 yönetici hemşire ile yapılan bir çalışmada çalışma yılı arttıkça maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeğinden aldıkları toplam puaninin arttigi belirtilmiştir (27).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda Palyatif bakım servislerinde çalışan doktor ve hemşirelerin manevi destek algı düzeyleri yüksek bulunmuştur ve iki meslek grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Meslek ,yaş, cinsiyet, çalışma yılı, eğitim değişkenleriyle manevi destek algı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bütüncül sağlık ilkesinden yola çıkılarak sağlık personelinin lisans eğitim müfredatlarına manevi bakım konularına da yer verilebilir. Sağlık kurumlarının hizmet içi eğitim programlarına manevi bakım eklenebilir. Farklı örneklem ve araştırma teknikleriyle sağlık çalışanlarının manevi destek algısını etkileyen durumları tespit etmek için daha ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif> /09.09.2019
2. Selçuk T.. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOAH) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Derg, 2011; 28.1: 69-74.
3. World health organization
<https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/introduction/en/> Erişimtarihi
07.09.2019
4. Ayla K, Öztürk H, Erdem AT, et al. SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi, 2012, 2.2: 122-126.
5. Neşe U, Şenel G, Karaca Ş, et al. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Clinical Trials 2015; 27(2):104-110
6. Ertürk A. İleri Evre Akciğer Kanselerinde Palyatif Tedavi Yaklaşımları; Semptomların Kontrolü. Solunum 2001; 3(2): 187.
7. Bölüktaş, R. P. Palyatif bakım hastalarında manevi bakım. Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2018; 6(13), 51-72.
8. Karşlı N. Kültürlerarası Manevi Bakım Uygulamaları Bağlamında Müslüman Bireylere Yönelik Manevi Bakım Önerileri. 4. Uluslararası Din Bilimleri Sempozyumu,2018.
9. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O, et al. Longing for ground in a ground (less) world: a qualitative inquiry of existential suffering. BMC nursing, 2011, 10.1: 2.
10. Swinton J, Pattison S. Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. Nursing philosophy, 2010, 11.4: 226-237.
11. Yılmaz M. Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spirituality, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14.2: 61-70
12. Baker DC. Studies of inner life: the impact of spirituality on quality of life. Quality of Life Research. 2003 ; 12 (1): 51-7.
13. Nelson JC, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally III. Psychosomatics. 2002 May; 43(3):213-20.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

14. Kaplan H, Esendir N. Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. Ekev Akademi Dergisi. 2018; 22(73):317-332
15. Matthews DA. Prayer and spirituality. Rheumatic Disease Clinics of North America 2000; 26(1):177- 87.
16. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(1):48-53
17. Genç Y, Durgun A. Manevi Bakımın Gerekliliği Ve Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. Turkish Studies. 2018; 13(9):45-66.
18. Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2014;9:905–
19. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi. Bir Pilot Çalışma. J Contemp Med 2018;8(2):159-164.
20. Macit M, Karaman M. Hemşirelerde Manevi Destek Algısının İncelenmesi. Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2019; 10(3): 293-302
21. Kavas E, Kavas N. ‘Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı’ Konusunda Doktor Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi. Denizli Örneği. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 10/14 Fall 2015, p. 449-460 DOI Number: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.8738> ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY
22. Kaçmaz E D, Çam M O. Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Düzeylerinin İncelenmesi_Doi: 10.14744/phd.2018.83702 J Psychiatric Nurs 2019;10(1):65-74
23. Wong K, Lee L , Lee j. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. International Nursing Review, 2008, 55.3: 333-340.
24. Bar-Sela G, et al. Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. Palliative & supportive care, 2019, 17.3: 345-352.
25. Wu L, Lin L. Ecploation of Clinical Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. Journal of Nursing Research, 2011,15.4:250-256
26. Yıldırım D, Özer Z, Bölüktaş R P. Hemşirelerin Manevi Bakım Odaklı Yaklaşımları. Çekmece İzü Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 6: Sayı:13 2018: 23 – 34

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

27. Kavosi A. et al. Nursing managers attitude toward spirituality and spiritual care in Khorasan Razavi Province Hospitals. Electronic Physician, 2018,10.3:6571.

S-205 KANSERLİ BİREY VE AİLESİNE HEMŞİRELİK BAKIMI VE PALYATİF BAKIM

NURSİNG CARE AND PALLIATIVE CARE FOR CANCER INDIVIDUALS AND THEIR FAMILY

Ebru GÜL¹, Ümmühan AKTÜRK²

¹Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

²Doç. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım hastalıkların semptomlarıyla karşılaşan hastaları destekleme geleneğinden doğmuştur. Özellikle kanser olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklarda palyatif bakım ihtiyacının farkındalığı artmaktadır. Bu derleme kanserli birey ve ailesine hemşirelik ve palyatif bakımı incelemek amacıyla hazırlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla Google Akademik, Pubmed, Science Direct veri tabanlarında Türkçe ve İngilizce yayınlanmış, “kanser”, “palyatif bakım”, ”hemşirelik bakımı” anahtar kelimeleriyle özet ve tam metnine ulaşılabilen makaleler incelenmiştir. Bu veri tabanları sağlık alanında önemli literatüre sahip olmaları sebebiyle tercih edilmiştir.

Bulgular: Bu bölümde literatür taraması sonucunda konuyla ilgili dikkat çekilen noktalara yer verilmiştir. Palyatif bakım, kanser bakımının önemli bir bileşeni olarak belirtilip kanser hastalarına bakım veren multidisipliner sağlık bakım ekibi hizmeti açısından tercih edilmesi ve geliştirilmesi gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç: Günümüzde kanser oranındaki artış palyatif bakıma olan ihtiyacı artırmaktadır. Palyatif bakımı sağlık bakımının temeline entegre etmek için karar vericilerin, ilgili kuruluşların ve sağlık profesyonellerinin değişime ve istekliliğe sahip olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Kanser, Palyatif Bakım

Abstract

Introduction and purpose: Palliative care arises from the tradition of supporting patients experiencing symptoms of diseases. Especially in non-communicable diseases such as cancer,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

the need for palliative care is increasing. This review has been prepared to examine nursing and palliative care of the cancer patient and his/her family.

Method: For this purpose, articles published in Google Scholar, Pubmed, Science Direct databases in Turkish and English, which can be accessed with the keywords “cancer”, "palliative care ", "nursing care" abstract and full text were examined. These databases were preferred because they have important literature in the field of health.

Results: In this section, the points that have been taken into consideration as a result of literature review are given. Palliative care is an area that should be preferred and developed in terms of multidisciplinary health care team service that provides care to cancer patients as an important component of cancer care.

Conclusion and Suggestions: Today, the increase in cancer rate increases the need for palliative care. In order to integrate palliative care into the foundation of health care, decision-makers, interested organizations and health professionals need to have change and willingness.

Keywords: Nursing Care, Cancer, Palliative Care

GİRİŞ

1142

Kanser, tümör baskılayıcı genlerdeki mutasyonlar, onkojenler ve kromozomal anormallikler ve anormal epigenetik değişiklikler ile ilerleyen genetik anormalliklerin yol açtığı bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Litwin, Szczepańska-Buda, Piotrowska et al., 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünyanın birçok yerinde kanser önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Siegel, Miller and Jemal 2015). Kanser, dünya genelinde ölümlerin en önemli ikinci nedenidir ve 2015 yılında 8,8 milyon kişinin ölümüne sebep olmuştur (WHO). Ölümle sonuçlanmasının yanı sıra kanserden kurtulanların sayısında ABD’de artış görülmektedir. Bu durum, büyüyen ve yaşlanan bir popülasyonda yeni kanser tanısı sayısının artmasının yanı sıra erken teşhis ve tedavinin ilerlemesi nedeniyle kanser sağkalımındaki artışı yansıtmaktadır (Miller, Siegel, Lin et al., 2016).

Kanserin gelecekte artma potansiyeli arttıkça; onkologlara, uzman eğitilmiş hemşirelere, teşhis hizmetlerine, kanser merkezlerine, kanser terapi ve palyatif bakıma artan bir talebe dönüşmesi beklenmektedir (Lechner, 2016). Palyatif bakım yalnızca kanser hastalarına verilen bir hizmet olmamakla birlikte hayatı tehdit eden her çeşit hastalık için geçerlidir. Sadece hastayı değil hasta yakınını da kapsamaktadır (Demir, 2016). Palyatif bakım birey ve ailenin otonomisine

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ve kararlarına saygı duymakta, açık ve duyarlı bir iletişim sürdürmek temel ilkeleri arasında yer almaktadır (Elçigil, 2012).

Kanser tedavisinde amaç, hastalığın tümüyle ortadan kaldırılması veya yaşam süresinin uzatılmasıdır. Tedavide yol alınmış ancak tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı durumlarda, hastanın sıkıntısını azaltıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011). Hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan palyatif bakım, kanser bakımının önemli bir bileşenidir (WHO). Palyatif bakım gerektiren hastalıkların görülme sıklığının ve palyatif bakıma gereksinim duyan nüfusun gün geçtikçe arttığı göz ardı edilemez bir durumdur (Bajwah, Namisango, Janssen et al., 2016).

Zuhang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erken dönemde palyatif bakım alan hastaların, normal bakım alanlara göre yaşam kalitesi, duygudurumu ve solunum fonksiyonlarının anlamlı düzeyde iyileştiği saptanmıştır (Zuhang, Ma, Wang et al., 2018). Vierhout ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada beyin kanseri olan hastalar palyatif bakımın duygusal olarak iyi olmalarına katkıda bulunabileceğine inandıklarını belirtmiştir (Vierhout, Daniels, Mazzotta et al., 2017).

Akiyama ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının % 52'si palyatif bakımın sadece terminal dönem hastalar için olduğunu ve % 75'i evde bakılmanın aile üzerinde ağır bir yük oluşturduğu konusunda hemfikir olduğunu belirtmiştir (Akiyama, Takebayashi, Morita et al., 2012).

Palyatif bakım kanser hastalarına bakım veren multidisipliner sağlık bakım ekibi hizmeti açısından tercih edilmesi ve geliştirilmesi gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakımın hasta ve aile üyelerini bakım konusunda yönlendirici ve rahatlatıcı bir hizmet sunduğu düşünülmektedir.

Bu derleme kanserli birey ve aileye hemşirelik bakımını ve palyatif bakımı incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu derleme ile konuyla ilgili eksikliklerin belirlenmesine, konuya ilginin oluşmasına katkı sağlanabileceği ve kanserli hastaların bakımına yol gösterebileceği düşünülmektedir.

KANSERİN BİREY VE AİLE ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Yaşamı tehdit eden bir hastalık olan kanser, hastanın ve bakım veren aile üyelerinin yaşamları üzerindeki kontrol gücünü kaybetmelerine neden olan, bireylerin sosyal, iş, aile/evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen, sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini bozan bir

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastalıktır. Birey ve aile, hastalık ve tedavinin yol açtığı bu değişikliklerle başa çıkmak zorunda kalmaktadır (Kuğuluoğlu ve Demirbağ, 2015).

Kanser tanısı konulan bireylerin sayısının artması, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların yaşam sürelerinin uzaması kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve/veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmuştur (Kuğuluoğlu ve Demirbağ, 2015). Kanser teşhisi, hastalar ve aileleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan ve şok, belirsizlik, umutsuzluk, kaygı ve depresyon gibi duygusal tepkilere neden olabilen travmatik bir olaydır (Mystakidou, Tsilika, Parpa et al., 2007). Ayrıca bu dönemde aile ve üyelerinin yaşadığı problem düzeyi daha da artmakta ve bu durum aile düzenini çok etkilemektedir. Aile üyelerinin kanser hastasının bakımını üstlenmesi aile ve üyelerine ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Bu dönemde hasta ve ailesine danışmanlık hizmeti vermek öne çıkmaktadır (Özçelik, Fadiloğlu, Karabulut ve ark., 2014). Gelişmelere rağmen kanser, hasta ve ailesi için, tanı konulmasından itibaren tedavi sürecine, ya da ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psikososyal ve manevi birçok güçlüğü içinde barındıran bir süreç olmaya devam etmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011).

Mystakidou ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada bakım vericinin umutsuzluğunun kanser hastasının özellikleri ile tahmin edildiğini ve hastanın depresyonunun bakım verici ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mystakidou, Tsilika, Parpa et al., 2007). Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün yüksek ve yaşam kalitelerinin de düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Yıldız, Dedeli ve Pakyüz, 2016).

İdeal bir sağlık bakımında, bütün yaş gruplarında önemli sağlık sorunu olan bireylere mümkün olan en nitelikli yaşamı sağlayabilmek için; sosyal, psikolojik, ruhsal desteğin bütüncül yaklaşım ile verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu kapsamda sunulacak sağlık bakımının erişilebilir biçimde düzenlenmesi, birey ve aile odaklı entegre bir yaklaşımın benimsenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Aslan ve Emiroğlu, 2017).

Kanser hastası bireyin yaşı, diğer sağlık sorunları, ailenin özellikleri, baş etme yöntemleri birey ve ailenin kansere tepkisini etkilemektedir. Bu nedenle bireysel bakımın planlanması gerekmektedir. Hastaların bakım planı, bireyin optimal bio-psiko-sosyo-kültürel işlevlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacına yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamaması gerekmektedir (Kuğuluoğlu ve Demirbağ, 2015).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hemşirelik bakımı, hasta memnuniyetinde önemli bir rol oynamaktadır ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yol açmaktadır (Ahmad, Alasad and Nawafleh, 2010). Bu nedenle hemşirelerin bakım kalitesini en üst düzeye yükseltebilmek için hasta, aileleri ve diğer sağlık bakım ekibi ile açık ve etkili bir iletişim içinde olmaları gerekmektedir (Çavdar, 2011).

Zor bir süreç olan kanser tanı ve tedavi aşamalarında birey ve aileye karşı olabildiğince duyarlı olunması, bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve her türlü tepkiye hazırlıklı olunması gerektiği düşünülmektedir.

PALYATİF BAKIM

Palyatif bakım, hastaların ve ailelerinin yaşamını tehdit eden hastalıkla ilgili problemlerle karşı karşıya kaldıklarında yaşam kalitesini geliştiren; erken teşhis, ağrının tedavisi, manevi, fiziksel, psikolojik ve diğer problemlerin kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi yoluyla acının önlenmesi ve rahatlatılması aracılığıyla iyileştiren bir yaklaşımdır (WHO; Bakıtas, Bishop and Caron, 2010). Palyatif bakım alanı hastalıkların semptom ve sıkıntılarıyla yüz yüze gelen hastaları destekleme geleneğinden doğmuştur (Rabow, Dahlin, Calton et al., 2015).

Palyatif bakım hastalık tanısı konulduğunda başlamakta ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam etmektedir (Elçigil, 2012). Özellikle kanser olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar için palyatif bakım ihtiyacının tanınırlılığı ve farkındalığı artmaktadır (Fadhil, Lyons and Payne, 2017). Her yıl 40 milyon insanın palyatif bakım ihtiyacı bulunmakta ve hayatın sonunda palyatif bakım ihtiyacı olan insanların sadece %14'ü şu anda bakım almaktadır. Palyatif bakım, hem yetişkinler hem de çocuklar için kanser kontrolünün önemli parçaları arasında yer almaktadır (WHO).

Gereksiz bakım ortamı geçişleri, gereksiz tedavi ve tıbbi hatalara maruz kalmaya sebep olabilmekte ve palyatif bakımın aktivasyonunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (Casotto, Rolfini, Ferroni et al., 2017). Temel yollarla, palyatif bakım alanı onkoloji bağlamında gelişmiştir ve hem klinik palyatif bakım hizmetlerinin hem de palyatif bakım araştırmalarının çoğunluğu kanser hastalarını kapsamakta ve onkoloji bakımının sağlanmasına odaklanan sağlık bakım merkezlerinde yürütülmektedir (Rabow, Dahlin, Calton et al., 2015).

Hemşireler hem hayatın başlangıcında hem de sonunda yer almakla birlikte ölmekte olan hastalara bakımda anahtar rol oynarlar ve bakımın fiziksel, işlevsel, sosyal ve manevi boyutlarını ele alan en değerli palyatif bakım ekibi üyeleridir. Palyatif bakımın hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir (Ayed, Sayej, Harazneh et al., 2015).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rollerine yanı sıra palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerini de yerine getirmektedir (Özçelik, Fadıloğlu, Karabulut ve ark., 2014).

Sonuç olarak palyatif bakım:

- ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan rahatlama sağlamayı amaçlar,
- ölümü normal bir süreç olarak görür,
- ölümü hızlandırmak ya da ertelemek niyetinde değildir,
- hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirmeyi amaçlar,
- hastalara, ölüme kadar mümkün olduğunca aktif olarak yaşamaya yardımcı olacak bir destek sistemi sunar;
- belirtilmişse, yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir takım yaklaşımı kullanır;
- yaşam kalitesini artıracak ve ayrıca hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilecek; kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi hayatı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalığın seyrinin başlangıcında erken uygulanabilir ve rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gerekli olan araştırmaları içermektedir (WHO).

1146

Şekil 1. Türkiye kanser ve palyatif bakım hizmetleri profili

Cancer Treatment and Palliative Care	
Radiotherapy	Generally available in the public health system
Total high energy teletherapy units / million inhabitants	2.0
Number of radiotherapy centres	96
Number of radiation oncologists	501
Chemotherapy (medicines not specified)	Generally available in the public health system
Oral morphine (formulation not specified)	Not generally available in the public health system
Non-methadone morphine equivalent consumption per cancer death (mg)	No data available
Community/home care for people with advanced stage cancer and other NCDs	Generally available

(WHO, 2014).

KANSER HASTALARINDA PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

Kanser hastalarına bakımda amaç, yüksek oranda semptom kontrolü, hastaların fiziksel ve duygusal acı çekmelerini en aza indirmek ve tüm hastalara saygın ve huzurlu ölme fırsatını vermektir. Hastalarda görülebilen birden fazla semptomların ve hastalık yükünün yüksekliği

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ile ilişkili olarak karşılanması gerekli gereksinimlerinin yüksek olması beklenmektedir (Yıldırım, Kaçmaz ve Özkan 2013). Bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonellerinin semptomlar ile baş etmesinde en etkin yol, semptom yönetimini hedefleyen disiplinler arası bir yaklaşım çerçevesinde palyatif bakım desteği ile sağlanabilmektedir (Uysal, Şenel, Karaca ve ark., 2015).

Seven ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının sırasıyla yorgunluk, nefes darlığı ve uykusuzluk semptomlarını en sıklıkla yaşadıkları belirlenmiştir (Seven, Akyüz, Sever ev ark., 2013). Şenel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada palyatif bakım kliniğine yatış endikasyonları arasında ilk sırada %68 oranla kontrol altında olmayan ağrı olduğu ve %42 oranında somatik ağrı olduğu saptanmıştır. Hastalarda ağrıya neden olan faktörlerin %76 oranında sadece kansere bağlı kronik ağrı sendromları olduğu belirlenmiştir (Şenel, Oğuz, Koçak ve ark., 2016).

Uysal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hastaların ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu semptomları ortalama değerlerinin palyatif bakım kliniğine kabule göre, üçüncü günde ve yedinci günde anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Uysal, Şenel, Karaca ve ark., 2015). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarında genel olarak tüm psikososyal değişkenlerin palyatif bakıma kabulden bir hafta sonra düzeldiği saptanmıştır (Lee, Wu, Chiu vet al., 2015).

SONUÇ

Günümüz Dünyasında kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun artışı palyatif bakıma olan ihtiyacı artırmaktadır (Aslan ve Emiroğlu, 2017). Teşhis konduğu andan itibaren hasta ve hasta yakınları için başlanması gereken palyatif bakım içinde sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok süreci de barındırmaktadır (Demir, 2016). Palyatif bakımı sağlık bakımının temeline entegre etmek için politika ve karar vericiler, ilgili kuruluşlar ve sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere değişime ve istekliliğe sahip olmak ve palyatif bakımın farkındalık kültürünü teşvik etmek ve geliştirmek için kaynak ve yetenekleri ayırmak gerekmektedir (Khudeir, 2017). Palyatif bakım biriminde çalışacak olan sağlık personellerinin eğitimi ve psikososyal açıdan desteklenmeleri gerektiği dikkat çekilmesi gereken konular arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

Ahmad MM, Alasad JA, Nawafleh H. Nursing care and quality of life among Jordanian patients with cancer. Leadership in Health Services. 2010; 23(3): 233-43.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2012; 20(5): 923-31.
- Aslan F, Emiroğlu ON. Palyatif bakımda birey ve aile odaklı bakım ve halk sağlığı hemşireliği. *Turkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2017; 3(2): 109-16.
- Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*. 2011; 24(3): 4-9.
- Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtaif F. The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice*. 2015; 6(4): 91-9.
- Bajwah S, Namisango E, Janssen DJ, Dudgeon D, Stevens A-M, Wood J. The need for palliative care. In: Johnson MJ, Currow DC, Bausewein C, editors. *Palliative Care in Respiratory Disease: ERS Monograph*. 2016;73:21. p. 21-35.
- Bakıtas M, Bishop MF, Caron P, Stephens L. Developing successful models of cancer palliative care services. *Semin Oncol Nurs*. 2010; 26(4): 266-84.
- Casotto V, Rolfini M, Ferroni E, Savioli V, Gennaro N, Avossa F, et al. End-of-life place of care, health care settings, and health care transitions among cancer patients: impact of an integrated cancer palliative care plan. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 54(2): 167-75.
- Chow R, Popovic M, Milakovic M, Chow E, Merrick J. The increasing prevalence of cancer. In: Lechner B, editor. *Cancer: Spinal Cord, Lung, Breast, Cervical, Prostate, Head and Neck Cancer*. New York: Nova Science Publishers; 2016. p. 1-3.
- Çavdar İ. Care of the cancer patient in the terminal period. *Turkish Journal of Oncology*. 2011; 26(3): 142-7.
- Demir M. Palyatif bakım etiği. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine*. 2016; 7(2): 62-6.
- Elçigil A. Palliative care nursing. *Gulhane Medical Journal*. 2012; 54(4): 329-34.
- Fadhil I, Lyons G, Payne S. Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region. *Lancet Oncol*. 2017; 18(3): e176-e184.
- Khudeir H. Barriers in palliative care: means to integrate it into health care mainstream. *Journal of Education and Practice*. 2017; 8(3): 175-9.
- Lee YP, Wu CH, Chiu TY, Chen CY, Morita T, Hung SH, et al. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC Palliat Care*. 2015; 14(1): 69. d

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Litwin M, Szczepańska-Buda A, Piotrowska A, Dziegiel P, Witkiewicz W. The meaning of PIWI proteins in cancer development. *Oncol Lett.* 2017; 13(5): 3354-62.

Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66(4): 271-89.

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer Nursing.* 2007; 30(5): 412-18.

Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, et al. Case management based multidisciplinary care protocol in the palliative care of cancer patients. *Agri: The journal of the Turkish Society of Algology.* 2014; 26(2): 47-56.

Rabow MW, Dahlin C, Calton B, Bischoff K, Ritchie C. New frontiers in outpatient palliative care for patients with cancer. *Cancer Control.* 2015; 22(4): 465-74.

Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2013; 12(3): 219-24.

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(1): 5-29.

Şenel G, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kaya M, Kadioğulları N. Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic. *Ağrı-The Journal of The Turkish Society of Algology.* 2016; 28(4): 171-6.

Top FÜ. Kanserli birey ve aile. In: Kuğuluoğlu S, Demirbağ BC, editors. *Aile temelli sağlık yaklaşımı.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2015. p. 303-11.

Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. *Agri: The journal of the Turkish Society of Algology.* 2015; 27(2): 104-10.

Vierhout M, Daniels M, Mazzotta P, Vlahos J, Mason WP, Bernstein M. The views of patients with brain cancer about palliative care: a qualitative study. *Current Oncology.* 2017; 24(6): 374-82.

World Health Organization: Cancer [2018 July 10]. Available from: <http://www.who.int/>

World Health Organization: Cancer country profiles 2014 [2018 July 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/en/>

World Health Organization: Palliative care [2018 July 10]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. Unmet care needs in advanced stage cancer patients/İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. J Psychiatr Nurs. 2013; 4(3): 153-59.

Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SC. Evaluation of care burden and quality of life among family caregivers of patients with cancer/Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016; 13(3): 216-26.

Zhuang H, Ma Y, Wang L, Zhang H. Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. Current Oncology. 2018; 25(1): e54-e58.

S-206 PALYATİF BAKIMDA PSİKOSOSYAL DESTEK

Derya AKÇA, Derya BIÇAK AYIK, Zeliha CENGİZ

1Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye

2Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Siirt/Türkiye

3İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Palyatif bakım, gelişmiş hasta semptom kontrolü, yaşam kalitesi ve bakım memnuniyetinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Palyatif bakım, ciddi hastalıklarla yaşayan hastaların yaşam kalitelerini artırmak amacıyla fiziksel, psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarını ele almayı amaçlar (Shalev, Phongtankuel, Kozlov, Shen, Adelman & Reid, 2018).

Psikososyal bakım, hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal yönlerini ele almaktadır. İleri evre ve terminal dönemi kapsayan palyatif bakımda en çok görülen ruhsal bozukluklar anksiyete ve depresyondur. Bu psikolojik sorunlar hastaların yanı sıra aileleri, arkadaşları ve bakım vericilerinde de görülmektedir. Psikolojik semptomlar da fiziksel semptomlar kadar dikkatle değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir (WHO, 2016; Can, 2017).

Ölüm korkusu, aşırı yoksulluk, yetersiz yiyecek veya giyecek, konut yokluğu, hastalık, ciddi bir hastalık nedeniyle karşılaşılan finansal sorunlar, cinsiyet ayrımı, ırkçılık veya dini önyargı nedeniyle damgalama ve ayrımcılık gibi birçok kaynak psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri kapsamında gıda paketleri, konut edinmede yardım, damgalama ve ayrımcılığa karşı savaşıma gibi psikososyal sorunlara neden olacak faktörleri gidermenin yolları aranmalıdır. Hastalar ve aileleri için ciddi hastalıklarla ilişkili olan psikolojik distrese karşı psikososyal sağlık durumları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Mali açıdan yetersiz olan aileler için fon kaynakları hakkında bilgi sağlanmalıdır (WHO, 2016; Kozlov, Niknejad & Raid, 2017).

Psikososyal bakım yalnızca herhangi bir disiplinin sorumluluğunda değildir. Çünkü ekipte hastalar ve aileleri için psikolojik bakımda birincil sorumluluğu kimlerin üstlendiğini belirlemek zor olabilir. Bunun yanı sıra tüm disiplinler tarafından hastalara sağlanması beklenen psikolojik destek ile zihinsel sağlık ihtiyaçları olan spesifik hastalar için psikolojik değerlendirme ve müdahale arasında bir ayrım vardır. Palyatif bakımdaki psikolojik sağlık uzmanlarının rollerini tanımlamaya yardımcı olan psikolojik değerlendirme ve müdahale için National Institute for Clinical Excellence (NICE) 4 düzeyli bir model yayınlamıştır. Bu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

modele göre tüm ekip üyeleri empatik dinleme ve tüm hastalara sosyal destek sağlamada temel becerilere sahip olmalıdır. Hastanın psikolojik semptomları gittikçe şiddetlenirken, psikiyatrik değerlendirme ve tedavide spesifik eğitim ve uzmanlığa sahip olan kişilerle danışılmalıdır (Kozlov, Niknejad & Raid, 2017).

Anahtar kelimeler: hemşire, palyatif bakım, psikososyal destek.

GİRİŞ

Palyatif Bakım

Palyatif bakım, gelişmiş hasta semptom kontrolü, yaşam kalitesi ve bakım memnuniyetinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Palyatif bakım, ciddi hastalıklarla yaşayan hastaların yaşam kalitelerini artırmak amacıyla hastaların fiziksel, psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarını ele almayı amaçlar (Shalev et al., 2018). Palyatif bakımda ağrının ve diğer semptomların kontrolü ile birlikte psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunların kontrolü da oldukça önemlidir. Palyatif bakımın amacı, hastalar ve aileleri için iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır (Oliviere, Hargreaves, & Monroe, 2017).

Palyatif bakım hayatı ve ölümü normal bir süreç olarak görür. Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir; hastaların ölümüne kadar mümkün olduğunca aktif yaşamasına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunar; ailenin hastanın hastalığı ve hastanın ölümü ile gelecekteki yas süreci ile başa çıkmasında destek olur (Oliviere et al., 2017).

Nüfusumuz yaşlandıkça, kalp yetersizliği, kronik böbrek hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kanser gibi ciddi hastalığı olan yetişkinlerin sayısı da artmaktadır. Ciddi hastalığı olan hastalarda, yüksek düzeyde semptom yükü ve azalan yaşam kalitesi ile birlikte, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik stres sıklığı da artar. Ayrıca, ciddi hastalığı olan hastaların bakım verenleri de daha yüksek psikolojik semptom yaşama oranlarına sahiptir (Kozlov, Eghan, Moran, Herr, & Reid, 2018).

Bakım veren aile üyelerine destek palyatif bakım hizmetinin temel bir özelliğidir. Çünkü bakım alan hastalara desteğin büyük bir kısmını bakım verenler sağlar. Bu destek olmadan hastaların durumu ve evde kalma olasılığı tehlikeye girer. Bakım veren aile üyeleri olumsuz psikolojik, fiziksel, sosyal ve finansal sekillere eğilimlidir. Bu kişilerde anksiyete ve depresyon sık görülmektedir. Palyatif bakım müdahaleleri özellikle sürekli olarak bildirilen ihtiyaçlardan biri olan psikososyal bakım dahil bakım verenlerin ihtiyaçlarına odaklanmalıdır (Hudson et al., 2015).

Psikososyal destek

Psikososyal bakım, hastaların ve aile üyelerinin psikolojik, duygusal, sosyal ve maddi refahını ele alır. İleri evre ve terminal dönemi kapsayan palyatif bakımda en çok görülen ruhsal bozukluklar anksiyete ve depresyondur. Bu psikolojik sorunlar hastaların yanı sıra aileleri, arkadaşları ve bakım vericilerinde de görülmektedir. Psikolojik semptomlar da fiziksel semptomlar kadar dikkatle değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir (Can, 2017; WHO, 2016). Psikososyal bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır. Temel olarak psikolojik bakımın ilk düzeyi temel iletişim ve tanılama becerileridir. Bu beceriler, bakımın minimum standartlarını sağlamak için gerekli olan becerilerdir. İyi bir iletişim psikososyal sorunları en aza indirir, verilen önerilere uyumu artırır, anksiyeteyi azaltır ve bakımla ilgili memnuniyeti artırır (Özdemir & Taşçı, 2013).

Psikososyal bakım yalnızca herhangi bir disiplinin sorumluluğunda değildir. Çünkü ekipte hastalar ve aileleri için psikolojik bakımda birincil sorumluluğu kimlerin üstlendiğini belirlemek zor olabilir. Bunun yanı sıra tüm disiplinler tarafından hastalara sağlanması beklenen psikolojik destek ile zihinsel sağlık ihtiyaçları olan spesifik hastalar için psikolojik değerlendirme ve müdahale arasında bir ayrım vardır. Palyatif bakımdaki psikolojik sağlık uzmanlarının rollerini tanımlamaya yardımcı olan psikolojik değerlendirme ve müdahale için National Institute for Clinical Excellence (NICE) 4 düzeyli bir model yayınlamıştır. Bu modele göre tüm ekip üyeleri empatik dinleme ve tüm hastalara sosyal destek sağlamada temel becerilere sahip olmalıdır. Hastanın psikolojik semptomları gittikçe şiddetlenirken, psikiyatrik değerlendirme ve tedavide spesifik eğitim ve uzmanlığa sahip olan kişilere danışılmalıdır (Kozlov, Niknejad, & Reid, 2018).

Tablo 1

1.Düzye	Tüm sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri	Şefkatli iletişim ve genel psikolojik destek
2.Düzye	Ek uzmanlığa sahip sağlık ve sosyal bakım uzmanları	Problem çözme gibi psikolojik teknikler
3.Düzye	Eğitilmiş ve yetkili uzmanlar	Anksiyete yönetimi gibi özel psikolojik müdahaleler ve danışmanlık
4.Düzye	Ruh sağlığı uzmanları	Psikoterapi gibi özel psikolojik müdahaleler

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

NICE “Tavsiye edilen profesyonel psikolojik değerlendirme ve destek modeli.”

Palyatif bakımda psikososyal destek

Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların hastanın üzerinde olumsuz etkisi vardır. Psikolojik sorunlar beden imajını bozar ve zayıf beden imajı yaşam kalitesini, hastalık hakkındaki algıları ve duygusal rahatsızlıkların deneyimini etkiler. (Diaz-frutos, Baca-Garcia, García-Foncillas, & López-Castroman, 2016). Hem ruhsal iyilik hem de yaşamdaki anlam, yaşamın sonunda psikolojik sıkıntıya karşı potansiyel koruyucu faktörler gibi görünmektedir. Fiziksel olmayan belirleyiciler yaşam sonunda yaşam kalitesini belirlemede önemli bir rol oynadığından, palyatif hastaların kırılganlığına uyarlanmış anlam odaklı ve manevi bakım müdahalelerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Bernard et al., 2017).

Palyatif bakım, hasta ve ailenin işleyişini ve yaşam kalitesini etkileyen çevresel ve sosyal faktörlere yöneliktir. Ölüm korkusu, aşırı yoksulluk, yetersiz yiyecek veya giyecek, konut yokluğu, hastalık, ciddi bir hastalık nedeniyle karşılaşılan finansal sorunlar, cinsiyet ayrımı, ırkçılık veya dini önyargı nedeniyle damgalama ve ayrımcılık gibi birçok kaynak psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri kapsamında gıda paketleri, konut edinmede yardım, damgalama ve ayrımcılığa karşı savaşıma gibi psikososyal sorunlara neden olacak faktörleri gidermenin yolları aranmalıdır. Hastalar ve aileleri için ciddi hastalıklarla ilişkili olan psikolojik distrese karşı psikososyal sağlık durumları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Mali açıdan yetersiz olan aileler için fon kaynakları hakkında bilgi sağlanmalıdır Hastalığın semptomlarını şiddetlendirebilecek ve sağlık bakım maliyetlerini artırabilecek psikolojik sorunları ihmal etmekten kaçınılmalıdır (Diaz-frutos et al., 2016; Kozlov, Niknejad, et al., 2018; WHO, 2016).

Psikososyal destek disiplinlerarası palyatif bakım ekibi tarafından, güçlü yanlarını belirlemek, desteklemek ve ihtiyaç duyulan alanları ele almak için hasta ve aile ile işbirliği yapar. Disiplinlerarası palyatif bakım ekibi hekim, hemşire ve sosyal çalışma profesyonelleri öncelikli olmak koşuluyla psikolog, farmakolog, din görevlisi, yas danışmanları, diyetisyen, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapisti, vaka yöneticileri, eğitilmiş gönüllüler, evde bakım yardımcıları ve gönüllü kuruluşlardan oluşur. Palyatif bakım ekibi, doğrudan veya diğer hizmet sağlayıcılarla işbirliği içinde, hasta ve ailenin yaşam kalitesini ve refahını etkileyen sosyal faktörleri belirleme, çözme becerisine ve kaynaklarına sahiptir. Palyatif bir bakım planı, hasta ve aile bakımının devam eden sosyal yönlerini, amaçlarına uygun olarak ele alır ve devam eden bakımla ilgilenen tüm klinisyenlere öneriler sunar. Hastanın istediği ortamda

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kalmasını mümkün kılan hasta ve ailenin sosyal ve işlevsel hedeflerini ele almak için hizmetleri ve destekleri planlar, düzenler ve koordine eder (Ferrell, Twaddle, Melnick, & Meier, 2018; Şahan & Terzioğlu, 2015).

Bu ekip hasta ve ailesinin sosyal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel problemlerinin ortadan kaldırılması ve önlenmesi için hastaların kapsamlı bir şekilde taramasını yapar. Tüm bakım ortamlarında doğrudan, konsültasyonla veya uzman düzeyinde psikolojik ve/veya psikiyatrik bakıma yönlendirerek zihinsel sağlık değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırır. Palyatif bakım ekibi hastaya ve aileye bakımın psikolojik yönlerinin ve bakım amaçlarının belirlenmesinde, tedavi planının geliştirilmesinde, aile çatışmasının ele alınmasında, tanıdan itibaren destek ve kaynakların sağlanmasında ve yönlendirilmesinde yardımcı olur. Uzun vadede ortaya çıkan psikolojik tepkileri ve zihinsel sağlık sorunlarını izlemek ve yönetmek için öneriler sunar. (Ferrell et al., 2018; Şahan & Terzioğlu, 2015).

Sonuç olarak; psikososyal destek, palyatif bakımda yaygın bir ihtiyaçtır. Hayatı tehdit eden veya ölümcül hastalığı olan hastalar ve bakım verenler büyük stres yaşarlar. Onları tedavi eden sağlık çalışanlarının streslerini yönetmelerine yardımcı olmak için yeterince eğitilmiş olmaları veya hazırlıklı olmaları gerekir (WHO, 2016). Palyatif bakım hastanın hakkıdır ve tüm hastalar bu hizmetten yararlanmalıdır. Palyatif bakım hizmetleri disiplinlerarası bir palyatif bakım ekibi tarafından sunulmalı, palyatif bakım merkezlerinin sayısı artırılmalı, sağlık personeli eğitilmeli, toplumun farkındalığı artırılmalıdır. Eğitilmiş palyatif bakım ekibi tarafından hasta ve ailesi sadece fiziksel değil her yönüyle ele alınmalı, psikososyal değerlendirme ve bakım ihmal edilmemelidir (Şahan & Terzioğlu, 2015).

KAYNAKLAR

- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Forster, M., Mas, R. N., Kaspers-elekes, K., ... Borasio, G. D. (2017). Relationship between Spirituality, Meaning in Life, Psychological Distress, Wish for Hastened Death, and Their Influence on Quality of Life in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019>
- Can, G. (2017). *1. Uluslararası & 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Konsensüs Toplantısı*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Diaz-frutos, D., Baca-Garcia, M., García-Foncillas, J., & López-Castroman, J. (2016). Predictors of Psychological Distress in Advanced Cancer Patients under Palliative Treatments. *Eur J Cancer Care (Engl)*, (April), 608–615. <https://doi.org/10.1111/ecc.12521>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). *National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines 4th Edition*. 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the Psychological Distress of Family Caregivers of Home Based Palliative Care Patients: Longer Term Effects from a Randomised Controlled Trial. *Psycho-Oncology*,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

24(1), 19–24. <https://doi.org/10.1002/pon.3610>

Kozlov, E., Eghan, C., Moran, S., Herr, K., & Reid, M. C. (2018). Palliative Care Providers' Practices Surrounding Psychological Distress Screening and Treatment: A National Survey. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(7), 938–944. <https://doi.org/10.1177/1049909117743960>

Kozlov, E., Niknejad, B., & Reid, M. C. (2018). Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(3), 505–510. <https://doi.org/10.1177/1049909117723860>

Oliviere, D., Hargreaves, R., & Monroe, B. (2017). Good Practices in Palliative Care: A Psychosocial Perspective. In *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>

Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57–72.

Şahan, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 81–90. Retrieved from <http://dergi.cumhuriyet.edu.tr/cumunu/article/view/5000070052>

Shalev, A., Phongtankuel, V., Kozlov, E., Shen, M. J., Adelman, R. D., & Reid, M. C. (2018). Awareness and Misperceptions of Hospice and Palliative Care: A Population-Based Survey Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(3), 431–439. <https://doi.org/10.1177/1049909117715215>

WHO. (2016). *Palliative Care Services: A Guide for Programme Managers*. Retrieved from http://www.who.int/about/licens-ing/copyright_form/en/index.html

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-207 HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA SAYGIN ÖLÜM İLKELERİ İLE BAKIM VE REHABİLİTASYONUN ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN RESPECTABLE DEATH PRINCIPLES AND PERCEPTION OF CARE AND REHABILITATION IN ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS

***Hilal YILDIRIM, **Zeliha CENGİZ, ***Ela VİCNELİOĞLU**

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Dr. Arş. Grv

**İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD, Dr. Öğr. Üye. Malatya

***İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Lisans Öğrencisi

Özet

Amaç: Hastanede yatan yaşlı hastalarda saygın ölüm ilkeleri ile bakım ve rehabilitasyonun algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde yürütüldü.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Turgut Özal Tıp Merkezinde yatış yapan 65 yaş ve üstü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu hastanede yatış yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 56 yaşlı hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği, Yaşlı Hastalarda Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı ölçeği ile soruların okunup cevaplandırılması yoluyla toplanmıştır

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı hastaların yaş ortalaması 68.62 ± 6.26 , ortalama yatış süresi 9.85 ± 16.37 'dir. Bu hastaların %66.1'i erkek, %53.6'sı ilkokul mezunu, %44.6'sı kronik hastalığı yüzünden yatış aldığı, % 73.2'si eşi ile birlikte yaşadığı, %83.9'unun aylık gelirinین olduğu, %69.6'sının ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Yaşlı hastaların bakım ve rehabilitasyon algısı artıkça saygın ölüm ilkelerini benimsemesi de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Saygın Ölüm, Bakım ve Rehabilitasyon Algısı

Abstract

Objective: This descriptive study was conducted to evaluate the relationship between respectable death principles and perception of care and rehabilitation in elderly hospitalized patients.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Method: The population of the study consisted of patients aged 65 years or older who were hospitalized in Turgut Özal Medical Center in Malatya. The sample of the study consisted of 56 elderly patients who admitted to this hospital and accepted to participate in the study. The research data were collected descriptive information forms prepared by the researcher, Assessment of Attitudes Towards Principles of Reputable Death, Perception of Care and Rehabilitation in Elderly Patients and reading and answering the questions.

Results: The mean age of the patients included in the study was 68.62 ± 6.26 , and the mean hospital stay was 9.85 ± 16.37 . 66.1% of these patients were male, 53.6% were primary school graduates, 44.6% were hospitalized due to chronic illness, 73.2% lived with their spouse, 83.9% had monthly income, 69.6% had moderate economic status.

Conclusion: As the perception of care and rehabilitation of elderly patients increases, the adoption of respectable death principles increases.

Keywords: Elderly, Respectable Death, Care and rehabilitation perception

GİRİŞ

Geçen yüzyıllarla birlikte demografik göstergeler genç nüfustan yaşlı nüfusa doğru ağırlık kazanmaktadır . Her yaşlanan organizma ölüm ile son bulmaktadır. Kişi ölümün kendini bulacağını farkındadır, ama ölümün nasıl geleceğinin belirsizliği endişe ve korku uyandırabilmektedir (1,2). Ölüm sürecinde olmak endişe verici olsa da huzur ve saygın ölüm seçmenin o ana odaklanmanın yarattığı duyguları azaltabilir (3). Kişilerin ölüm yerinin tercihi, sevdiği kişilerin varlığı, ağrılarının azaltılması, beklediği bakımın sağlanması, kararlarına personelin saygı duyması saygın ölümü sağlayabilir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü termal dönemde olan hastaların kararlarına saygı duyulmasının her insanın onurlu bir ölüm hak ettiğini savunmuştur(1,4).

Yaşlının saygın ölümü bekleyebilmesi hastane personelinin, çevreden algıladığı bakım ile şekillenebilir eğer yeterli bakım algısı oluşup yaşadığı süreçten doyum alıyorsa bu durumla baş edebilmesi o denli kolay olacaktır (5,6). Dolayısıyla bu araştırma hastanede yatan yaşlı hastalarda saygın ölüm ilkeleri ile bakım ve rehabilitasyonun algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yürütüldü.

YÖNTEM

Araştırma türü

Bu araştırma ilişkisel tanımlayıcı türde yürütüldü.

Araştırma Popülasyonu

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Turgut Özal Tıp Merkezinde yatış yapan 65 yaş ve üstü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu hastanede yatış yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 56 yaşlı hasta oluşturmuştur.

Veri toplama araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği (Duyan 2014), Yaşlı Hastalarda Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı ölçeği (Erci ve ark. 2019) ile toplandı.

Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi

Araştırma araçlarının okunup cevaplandırılması yoluyla ortalama 25 dk Ocak-Agustos 2019 tarihlerinde toplanmıştır. İstatistik analizinde sayı, yüzde, ortalama, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ile IBM SPSS 22’de değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlı hastaların yaş ortalaması 68.62 ± 6.26 , ortalma yatış süresi 9.85 ± 16.37 ’dir. Bu hastaların %66.1’i erkek, %53.6’sı ilköğretim mezunu, %44.6’sı kronik hastalığı yüzünden yatış aldığı, % 73.2’si eşi ile birlikte yaşadığı, %83.9’unun aylık gelirinun olduğu, %69.6’sının ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %96.4 ünün çocuğunun olduğu, %78.6’sının kronik hastalığa sahip olduğu, %69.6’sının hastaneye sık yatış yapmadığı, %57.1’nin yaşam memnuniyetinin biraz olduğu belirlenmiştir.

Saygın ölüm ilkeleri puan ortalaması 48.78 ± 67.46 ile orta düzeyden yüksek bulunmuştur. Yaşlı bakım ve rehabilitasyon algısı puan ortalaması 67.46 ± 10.13 ile iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Saygın ölüm ilkeleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon algısı arasında pozitif güçlü bir ilişki belirlenmiştir ($.510, p < .05$).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Erkeklerde, kanser hastalarında, yaşamdan memnun olanlarda, hastanede yatış süresi uzun olanlarda bakım ve rehabilitasyon algısı, diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Saygın ölüm ilkelerinden “İstediğim manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek isterim” en yüksek puan ortalamasına sahipken, “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve beni neyin beklediğini anlamak isterim” cümlesi en düşük puan alan cümledir. Yaşlı hastalarda bakım ve rehabilitasyonun algısında “Personel beni dinledi” en yüksek puanlanırken,” İhtiyaç duyduğumda doktorla görüşme fırsatım oldu” en düşük puanı almıştır.

TARTIŞMA

İnsanlar sağlıklı, hayatlarından memnun bir yaşam sürmeyi arzu ederler. Fakat tedavinin bittiği yerde yaşlının konforunun sağlanması, yaşam doyumunu artırarak saygın ölüm ilkelerini gerçekleştirmesini sağlayabilir (1).

Bu araştırmada yaşlı hastaların bakım ve rehabilitasyon algısı artıkça saygın ölüm ilkelerini benimsemesi de artmaktadır. Yaşlının bakımın kalitesinin artırılmasında bakımı sunan sağlık profesyonellerinin verdiği hizmet ile yaşam ve ölümü kaliteli bir şekilde dengelemesi, hastanın ölüme ilişkin duygularını açığa çıkarmayı, hastanın arzu ettiği ölümü, aile ve çevresinden beklentilerinin karşılanmasını kolaylaştırabilir ve hasta arzu ettiği saygın ölümü bulabilir. (3) Ölümü beklerken manevi ya da duygusal desteğe sahip olmak önem arz etmekte fakat ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve neyin beklediğini anlamak az istenen bir ilkedir.

Bu araştırmada personelin kişiyi dinlemesi algılanan bakım algısını olumlu etkilerken, doktorla görüşme fırsatı bulamamak bakım ve rehabilitasyon algısını olumsuz etkilemektedir. Kişiyi özel holistik, bakım , hastalar için elzendir, fakat ölmekte olan hastaya verilen, algılanan bakım daha kıymetlidir (4). Araştırmada sunulduğu gibi personel tarafından dinlenmek bakım algısını nitelikli yapmıştır fakat yaşamın sonuna gelen yaşlıların cevaplarının yanıtsız kalması bakım algısını düşürmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlı bireylerin saygın ölüm ilkelerini benimsemelerini sağlayabilmek için verilen bakımın kalitesinin artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Duyan, V. (2014). Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 25-31.
- 2- Kızılkaya M, Koştu N. Yaşlılıkta olum kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Ataturk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(4):69-74.
- 3- İnci, F., & Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187.
- 4- Wass H. A Perspective on the current state of death education. *Death Stud* 2004; 28:289-308.
- 5- Özkırış, A., Güleç, G., Yenilmez, Ç., Musmul, A., & Yanaş, M. (2011). Hekim Tutumları Üzerine Bir çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 24(2).
- 6- Erci, B., Yildirim, H., & Kevser, I. Ş. I. K. (2018). Psychometric evaluation of the patient perspective on care and rehabilitation scale in geriatric patients. *Archives of gerontology and geriatrics*.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-208 PALYATİF BAKIM HASTALARINDA MÜZİK TERAPİNİN UYKU KALİTESİNE OLAN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE EFFECTS OF MUSIC THERAPY ON SLEEP QUALITY IN PALIATIVE CARE PATIENTS

S. Ufuk YURDALAN*, **Rafet Umut ERDOĞAN***, **Ebru SULU****, **Büşra Nur ER***, **Rabia KUM***, **Halide Fulya ULUDAĞ KIZILTEPE****, **Özlem ORUÇ****

* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi

Özet

Amaç: Palyatif bakım hastası fiziksel ve ruhsal bütünlüğü içinde ele alınır. Bu anlamda Müzik Terapi, müzik aracılığıyla olgu ile bir bağ sağlayan hastanın fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmış terapötik bir yaklaşımdır. Çalışmamızda da bilimsel olarak tedavi etkisi saptanmış Türk Musikisi makamlarının palyatif bakım ünitesinde izlenen olgulara kulaklıkla dinletilerek uyku kalitelerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Palyatif bakım servisinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 9'u kadın, 21'i erkek 30 hastaya (yaş ortalaması 66.33 + 14,37 yıl, yaş dağılımı 25-91 yıl) tedavi öncesi ve sonrası yüz yüze **Palyatif Bakım Uyku Günlüğü** anketleri yapıldı. Hastalara bir seans “15 dk Acemaşiran makamı-5 dk dinlenme-15dk Uşşak makamı” protokolü ile toplam 30 dk müzik terapi uygulandı. Terapi öncesi ve sonrasında vücut sıcaklığı, kan basıncı, kalp hızı, solunum frekansı, ağrı düzeyi, uyku kalitesi ve ilaç kullanımı değerlendirildi. Hastaların renal, solunumsal nedenlerle uyanmaları, horlama durumları, rüya görme ve sekresyon miktarının müzik terapi ile değişimleri SPSS 11.5 istatistik programında analiz edildi.

Bulgular:Çalışma olguları en az 1, en fazla 5 hafta süreli palyatif bakım servisinde tedavi görmekte olup, ortalama serviste kalış süreleri 1,6 hafta idi. Olgularda solunumsal semptomlar yüzünden uyanma sıklığı ölçütünde azalma yönünde istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Tek seans uygulanan müzik terapi ile vücut sıcaklığı, kan basıncı, kalp hızı,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

solunum frekansı, ağrı düzeyi, uyku kalitesi ve ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuçlar: Çalışmamızda müzik terapi ile solunumsal semptomlar dışındaki değişkenlerde fark bulunmaması, olguların farklı tanımlara sahip olmaları ve aldıkları medikal tedavi çeşitliliğinin sonuçları etkilemesine bağlandı. Gelecek araştırmalarda; çalışmaya özelleştirdiğimiz hastane içi Palyatif Bakım Uyku Günlüğümüz ile hastanın seçeceği müzik makamı ve birden fazla seans uygulamasının, klinik etkinliği daha objektif yansıtılabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Palyatif Bakım, Müzik Terapi, Uyku Kalitesi

Absract

Purpose: Palliative care is handled within the physical and mental integrity of the patient. Music Therapy is a therapeutic approach designed to meet the physical, cognitive, emotional and social needs of the patient, providing a connection with the phenomenon through music. In our study, it was aimed to evaluate the effect of Turkish Music maqams (makam, modals) on the sleep quality by listening to the headphones in the palliative care unit.

1163

Material and Methods: Thirty patients (9 female, 21 male) (mean age 66.33 + 14.37 years, range 25-91 years) who had been admitted to the palliative care service and accepted to participate in the study were interviewed (**Palliative Care Sleep Diary**) face to face before and after treatment. The patients received a single-session 30 minutes of music therapy with a protocol of “15 min Acemasiran makam-5 min rest-15 min Uşşak makam”. Body temperature, blood pressure, heart rate, respiratory frequency, pain level, sleep quality and drug utilization were evaluated before and after therapy session. SPSS 11.5 statistical program was used to analyze the changes with music therapy in the awakening of the patients for renal and respiratory reasons, snoring, dreaming and phlegm.

Findings: The study subjects were treated in the palliative care unit for 1 to 5 weeks and mean length of stay was 1.6 weeks. A statistically significant difference was found in decreasing the frequency of awakening because of respiratory symptoms ($p <0.05$). No statistically significant relationship was found between music therapy and body temperature,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

blood pressure, heart rate, respiratory frequency, pain level, sleep quality and drug utilization ($p > 0.05$).

Results: In our study, there was no difference in variables other than respiratory symptoms with music therapy. this was attributed to the fact that the patients had different diagnoses and the variety of medical treatment they received. It was concluded that the music office and multiple sessions chosen by the patient could reflect the clinical effectiveness more objectively with our in-hospital Palliative Care Sleep Diary in future research

GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, ağrı ve biyopsikososyal boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” şeklinde tanımlanmıştır (1). Bir bakıma palyatif bakım, son yıllarda artan kanser vakalarının insidansı, çoğalan kronik hastalıklar ve yapılan tedavilerle uzayan yaşam süresi göz önüne alındığında multidisipliner ve interdisipliner ekiplerle yürütülen; erken tanılama ve kapsamlı değerlendirme ile biyopsikososyal gereksinimlerin karşılanması sayesinde hastaların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yaşam sonu bakımlarıdır (2). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığının 2000’li yıllardan itibaren yurt genelinde geliştirdiği ve Palya-Türk Projesi olarak bilinen önemli bir açılamdır. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen Palya-Türk projesi, evde sağlık hizmetleri ve aile hekimlikleri ile yürütülmesi tasarlanmış toplum tabanlı bir palyatif bakım hizmetleri bütünüdür (3).

Palyatif bakımda hasta hem ruhsal hem de fiziksel yönden ele alınır. Ağrı ve stres verici tüm semptomların giderilmesi, hastanın hastalığının izin verdiği ölçüde aktif yaşamaya cesaretlendirilmesi, hastalık sürecinin olumlu anlamda değiştirilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenir. Ailelerin hastalık boyunca psikososyal açıdan desteklenerek, hasta ve ailesinin hastalık sürecinde yaşam kalitesinin birlikte artırılması önceliklidir.

Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalarda ağrı, dispne, sekresyon atamama, disfaji, iştahsızlık, beslenme bozukluğu, kaşeksi, konstipasyon, diyare, inkontinans, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, ağız yaraları, hareket edememe, halsizlik, unutkanlık, mentalkonfüzyon, ajitasyon, deliryum, depresyon, baş dönmesi, tremor, konfüzyon, anksiyete ve özellikle uyku kalitesinde bozulma gibi çoğul ve ciddi semptomlar gözlenmektedir. Bu semptomların çoğu

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

medikal yaklaşımlar ile tedaviye yanıtı iken anksiyete ve uyku kalitesinin iyileştirilmesi müzik terapi ile mümkün olabilmektedir.

Müzik terapi klinik anlamda da terapötik bir yaklaşım olarak kabul görmektedir. Bir müzik terapi araştırmasında, içeriğinin genel rehabilitasyon ve hareketi kolaylaştırma, hastaları motive ederek kendi tedavilerinde etkin rol alma ve aileleri için duygusal destek sağlama üzerine kurulu olduğu belirtilmektedir. Müziğin beyin üzerine bilişsel, duyuşsal ve sensorimotor etkilerinin olduğu da kanıtlanmıştır (4).

Çalışmamızda bilimsel olarak tedavi etkisi saptanmış Türk Musikisi makamlarının palyatif bakım ünitesinde izlenen olgulara kulaklıkla dinletilerek uyku kalitelerine olan etkisinin değerlendirilmesi ve yanı sıra vücut fonksiyonlarının da gözlenmesi amaçlandı. Araştırma sonuçlarının palyatif bakım ünitesinde izlenen hastalarda medikal tedavi yanıtlarını etkinleştirilmesi ve hastaların uyku kalitelerini arttırarak terminal dönemde sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerine ve klinik seyirlerine katkı sağlamaları öngörüldü.

MATERYAL VE METOT

Tek grupta ön test-son test deneme modeli olarak yapılan, deneysel ve kesitsel araştırmamız; bir Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1.Şubat.2019-30.Mayıs.2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın yürütüldüğü Palyatif Bakım Ünitesi 30 hasta odasına sahip ve bu alandaki referans birimlerdendir. Araştırma; çalışmaya alınma kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30 olgu (yaş ortalaması 66.33 ±14,37 yıl, yaş dağılımı 25-91 yıl) ile yürütüldü.

Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan *Palyatif Bakım Uyku Günlüğü* (EK-1) yüz yüze görüşme tekniği ile her olguya uygulandı. Uyku takibi ardışık 2 gün yapıldı. Uyku kalitesi ilk gün müzik terapi olmadan, 2.gün uykuya hazırlık aşamasında müzik terapi uygulanarak değerlendirildi. Çalışma için her bir hastaya toplam 60 dakika süre ayrıldı. Çalışma uyku saatleri göz önünde bulundurularak saat 21:00'de başlatıldı ve saat 22:00'de tamamlandı.

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastanenin bağlı olduğu Etik Kurulu'ndan 43 numaralı etik onay ve kurumdan yazılı çalışma izni alındı.

Çalışma Dizaynı

Toplanacak bilgiler	Değerlendirme 1	Değerlendirme 2
Hasta seçim kriterlerine uygun olgu tespiti	X	

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Toplanacak bilgiler	Değerlendirme 1	Değerlendirme 2
Yazılı onam formunun alınması	X	
TÖ Uyku Günlüğü anketi verileri	X	
Müzik terapi uygulaması	X	
Tedavi Sırasında Uyku Günlüğü		X

TÖ: Tedavi Öncesi

Araştırmamızda kullanılan eser çalma listesi, TÜMATA danışmanlığında *Acemaşiran* ve *Uşşak makamları* olarak belirlendi. Genel bir uyum sağlaması, problemlere çözüm bulmaya katkılı olması, bağlantı yapmayı kolaylaştırması ve korkuyu azaltıcı etkileri bakımından *Acemaşiran*; uyku ve dinlenmeye olumlu etkileri olması ve rahatlık vermesi bakımından da *Uşşak* makamı tercih edildi.

Palyatif Bakım Uyku Günlüğü

Çalışmamızda araştırmaya özgü hazırladığımız *Palyatif Bakım Uyku Günlüğü* kullanıldı. Uyku günlüğünün uygulanma süresi yaklaşık 10 dk olup, sorgulama tedavi öncesi ve sonrası hastanın uyanık olduğu saatte “yüz yüze görüşme” ile yapıldı. Bu günlükte hastanın; vital bulguları, uyku-uyanıklık zamanları, uykusuna etki eden çevresel faktörler, hastada ağrı varlığı ve şiddeti, hastanın kullandığı ilaçlar, hastanın uykudaki rahatlığı, hastada bulunan pulmoner komplikasyonlar, hastanın uyku sırasındaki renal durumu ve hastanın rüya varlığı (REM uykusunun varlığı) sorgulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri SPSS 11.5 istatistik programı ile %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Değişkenlerin değerlendirilmesinde; olgu sayısının yeterli olması halinde normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve normal dağılım grafikleriyle incelendi, veriler bağımlı örneklem t testi veya Wilcoxon işaretli sıralar testi ile analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 30 olgunun 9’u (%30) kadın, 21’i (%70)’i erkekti.

Yaş dağılımına göre hastalardan en genç katılımcı 25, en yaşlısı 91 yaşında olup yaş ortalaması ve standart sapma değeri ortalama yaş $66,33 \pm 14,37$ idi.

Çalışma olgularının palyatif bakım ünitesinde yatma süreleri en az 1 ve en fazla 5 hafta olup ortalama hospitalizasyon süresi 1,6 hafta olarak gerçekleşti.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tedaviye alınan hastaların vücut sıcaklığının müzik terapi ile değişimi tedavi öncesi ortalama 36,6°C iken tedaviye alındıktan sonra da ortalama değişmedi.

Tablo 1. Hastaların kan basıncı, kalp hızı, ağrı düzeyi, uyku rahatlığı, uyanma sayısının müzik terapi ile değişimi

	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sistolik Kan Basıncı	30	-0,893	0,379
Diastolik Kan Basıncı	30	-0,373	0,712
Kalp Hızı	30	1,102	0,279
Ağrı Düzeyi	30	0,925	0,363
Uyku Rahatlığı	30	-0,823	0,417
Uyanma Sayısı (Renal Problemler)	30	0,942	0,354

**Bağımlı örneklem t testi.*

Ortalama sistolik kan basıncı ilk ölçümde 109 mmHg, ikinci ölçümde 111,3 mmHg olarak bulunurken, ortalama diastolik kan basıncı ilk ölçümde 66 mmHg ve ikinci ölçümde ise 66,9 mmHg olarak bulundu. Ortalama kalp hızı ilk ölçümde 90,4 atım/dk iken ikinci ölçümde 87,1 atım/dk olarak bulundu. Hastaların ortalama ağrı düzeyleri ilk ölçümde 2,20 iken ikinci ölçümde 1,73'e azaldı. Hastaların ortalama uyku rahatlığı düzeyleri tedaviye başlamadan önce 6,57 iken tedaviden sonra 7,02'ye arttı. Hastaların ortalama olarak renal problemlere bağlı uykularının bölünme sayısı tedaviden önce 2,17 iken bu sayı tedaviden sonra 1,87'ye azaldı.

1167

Tablo 2. Hastaların solunum frekansı, ilaç kullanımı, solunumsal problemler yüzünden uyanmaları, horlama, rüya görme durumları ve sekresyon miktarlarının müzik terapi ile değişimi

	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Solunum Frekansı	30	-0,417	0,676
İlaç Kullanımı	30	-0,00	1,00
Uyanma Sayısı (Solunumsal Problemler)	30	-2,062	0,039
Horlama	30	-1,134	0,257
Rüya Görme	30	-1,155	0,248
Sekresyon Miktarı	30	-,120	0,904

**Wilcoxon işaretli sıralar testi.*

Ortalama solunum frekansı ilk ölçümde 19,8 soluk/dk iken ikinci ölçümde 19,6 soluk/dk olarak bulundu. Hastaların ortalama olarak solunumsal problemlere bağlı uykularının bölünme sayısı tedaviden önce 1,83 iken bu sayı tedaviden sonra 1,13'e azaldı. Tedavi öncesi hastaların horlama durumu 8 katılımcı (%26,6) iken tedavi sonrası 6 katılımcı (%20)'ya düştü. Tedavi öncesi hastaların rüya görme durumu 11 katılımcı (%36,6) iken tedavi sonrası 7 katılımcıya (%23,3) düştü. Tedavi öncesi hastaların rüya görme durumu 12 katılımcı (%40) iken tedavi sonrası 13 katılımcıya (%43,3) arttı.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

TARTIŞMA

Palyatif bakımda *fiziksel* olarak ağrı, dispne, gastrointestinal problemler, yorgunluk; *psikososyal* olarak anksiyete, deliryum, mentalkonfüzyon ve depresyon gibi semptomlar gözlenir (5). Günümüzde palyatif bakım olgularının semptom yönetiminde tıbbi tedaviye ek olarak farklı tedavi yaklaşımları da denenmektedir; müzik terapi de bunlardan biridir (6,7).

Müzik terapi; fiziksel, psikolojik, sosyo-emosyonel iyileşmede etkin bir role sahip; uygulanması kolay ve maliyet etkin bir girişimdir. Müzik terapinin palyatif bakım hastalarının farklı semptomları üzerine etkisi de literatürde kanıtlıdır (8, 5, 9). Kemper ve ark.'ının 2005'te yaptığı çalışmaya göre farklı müzik türlerinin insanlar üzerinde çeşitli fiziksel ve psikolojik değişiklikler oluşturduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda da müzik terapi uygulayacağımız hasta örnekleminin kültürel eğilimi ve TUMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) Derneği ile yapılan görüşmeler dikkate alınarak tedavide Türk Sanat Musikisi makamları kullanılmasına karar verildi. Türk Sanat Musikisi'nin terapötik amaçlı kullanılan 22 ayrı makamı bulunmaktadır. Bu çalışmada uyku ve istirahatte olumlu etkileri olması dolayısıyla Acemaşiran, sedasyon etkisi için Uşşak makamlarını tercih edildi (10,11).

Literatürde müzik terapiyle ilgili yapılan çalışmalarda uygulama süresi ile ilgili çeşitlilik söz konusudur. Araştırmamızda; örnekleminimize uygunluğu açısından Warth ve ark.'ının 2015 yılında yaptıkları çalışma göz önüne alınarak tek seans uygulama tercih edildi(7,5). Yapılan bir diğer araştırmada, müzik terapi ile norepinefrin, epinefrin ve kortizol hormonları seans boyunca izlenmiş; 15 ve 30. dakikalar arasında hormon düzeylerinin arttığı, 30. dakikadan sonra azaldığı görülmüştür ve kortizol hormonunun da anksiyete üzerine etkisi açıklanmıştır(12,13). Wong ve ark. 2001 yılında aralıklı uygulanan müzik terapi ile sürekli uygulanan müzik terapiyi karşılaştırmış; aralıklı dinletilen müzik terapide kan basıncı ve solunum hızında anlamlı fark olduğunu bulmuşlardır. Sözü edilen araştırmada seans süresi de çalışmamıza benzer *15 dk terapi-5 dk dinlenme-15 dk terapi* şeklinde ve çevresel uyarıları en aza indirmek için her hastaya özel kulaklık kullanılmıştır (14,15,12). Araştırmamızda da kulaklıklar her bir hastaya özel sağlandı ve ses volümü isteklerine uygun ayarlandı.

Literatürdeki çalışmalarda Palyatif Bakım Günlük Uyku çizelgelerinde; hastanın vital bulguları, çevresel etmenler, mekanik ventilatöre bağlılığı, ilaç kullanımı, uyandıktan sonraki ağrı yakınması; sözel olarak uyku rahatlığının değerlendirilmesi, gece renal ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

solunumsal problemlere bağlı uyanıp uyanmadığı, uyku apnesi varlığı, REM periyodunun mevcudiyeti (rüyaların canlandırılması) sorgulanmaktadır (9,15,12,16,17,18). Araştırmamızda da sözü edilen değişkenler değerlendirildi.

Çalışmamıza 21 erkek (%70) ve 9 kadın (%30) hasta alındı. En genç olgumuz 25, en yaşlı olgumuz 91 yaşındaydı ve yaş ortalaması 66 yıl idi. Çalışmaya katılan hastalar en az 1 hafta, en çok 5 hafta süresinde palyatif bakım servisinde tedavi görmekteydi ve katılımcıların ortalama serviste kalış süresi 1,6 hafta idi.

Araştırmamızda ilgili literatüre benzer biçimde müzik terapi ile vücut sıcaklığı ve kalp hızı arasında anlamlı bir fark bulunmadı (19, 20, 21). Literatüre bakıldığında Dileo ve Bradt'in 2009 yılında ve Philips'in 2007 yılında yaptığı çalışmalarda da anlamlı fark bulunmamış; ancak Bradt ve ark.'ının 2010 yılında yaptığı çalışmada müzik terapinin kalp hızı üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu bildirilmiştir (21,22, 23).

Bradt ve Dileo'nun 2009 ve Bradt ve ark.'ının 2010 yıllarında yaptıkları çalışmalara göre müzik terapi ile solunum frekansı arasında anlamlı fark bulunurken, çalışmamızda ise anlamlı bir fark bulunmadı (21, 23).

Literatürde müzik terapi ile ilaç kullanımı hakkında da veriler bulunmaktadır. Kullanılan ilaçların çeşidine göre antidepresan ve nöroepileptik ilaç alanlar arasında anlamlı fark bulunurken; benzodiazepinler ve duyu durum dengeleyici ilaç kullananlarda anlamlı fark bulunmamıştır (24).

İlgili literatürde müzik terapi ile ilgili yapılan araştırmalarda en çok ağrı değişkeni incelenmiş ve anlamlı farklar bulunmuştur (16, 17, 21, 23, 25, 26, 27). Ancak Warth ve ark.'ının 2015 yılında yaptıkları çalışmada; hastaların uzun süre hareketsiz pozisyonda kalmalarına bağlı ağrı hissinde olumlu değişimler olmamış ve müzik terapi ve ağrı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (7).

Feng ve ark.'ının 2018 yılında yaptıkları bilimsel araştırmaya göre müzik terapi ile uyku kalitesi arasında istatistiki anlamlı bir ilişki bulunurken, Liu ve ark.'ının 2019 yılında yaptığı çalışmada müzik terapinin ilk dönemde semptomlarda değişime yol açmadığı ancak 8. haftadan itibaren uyku kalitesinde anlamlı bir değişim oluşturduğu bildirilmiştir. Liu ve ark. araştırmalarında müzik terapi ile uyku rahatlığı arasında anlamlı bir fark saptamışlardır (28, 29).

Literatürde müzik terapi ile renal problemler arasındaki ilişkiye dair bir veriye rastlanmamıştır. Cantekin ve Tan'ın 2013 yılında yaptığı bir renal olgu çalışmasında, müzik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

terapi uygulanan hemodiyaliz hastalarında istatistiki açıdan anlamlı olmasa da stres ve anksiyete skorlarının düştüğü gözlenmiştir (30).

Bir diğer araştırmada; müzik terapinin solunumsal semptomlarla ilişkisi, hastaların dispne ve sekresyon atımı sebebiyle uykularının bölünmesi, sabah sekresyonu ve sekresyon miktarındaki değişimler incelenmiş, müzik terapinin solunumsal semptomlar üzerinde anlamlı düzeyde azaltıcı ilişkisi olduğu bulunmuştur (31).Araştırmamızda da, müzik terapi ile solunumsal semptomlar sebebiyle uykuların bölünmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu, sekresyon miktarlarındaki değişimler arasında ise anlamlı bir fark belirlenmedi. Bu durum, hastalara müzik terapi yanı sıra sekresyon temizleyici bir teknik uygulamamıza bağlanabilir.

Smith ve ark.'ının 2009 yılında yaptıkları çalışmada, horlama ile müzik terapi arasında plasebo etkisi olduğu belirtilmiş ve anlamlı bir fark bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise iki değişken arasında anlamlı bir fark yoktu (27).

Yapılan bir başka çalışmada REM (RapidEyeMovement) uykusunda rüya görüldüğü belirtilmiştir (18). Literatür değerlendirmemizde müzik terapi ile rüya görme arasındaki ilişkiye dair bir veri bulunamamıştır. Nitekim literatüre benzer biçimde araştırmamızda da iki değişken arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Çalışmamızın limitasyonu; hastaların hastalık ciddiyeti, yakın gelecek için endişe ve korkuduymaları ve müzik terapi yöntemine alışkın olmamalarına bağlı uyumlarının zayıf olmasıydı. Gelecek araştırmalarda hastalara önceden deneme fırsatları verilmesi ve müzik tercihi sunulması yöntemin fizyolojik etkinliğini artırabilir.

Çalışmamızın sonucunda; müzik terapi ile yalnızca solunumsal semptomlardan kaynaklı uyanma sıklığı ölçütünde anlamlı azalma yönünde bir fark bulunması da klinik anlamda önemlidir. Diğer değişkenlerle ilişki görülmemesi; hastaların yattığı servis dolayısıyla farklı tanı ve medikal tedavilerinin çeşitliliği,çalışmada herkes için aynı müzik türünün kullanılması oysa müzik zevkinin her insanda kültürel, dini, coğrafi ve demografik faktörlere bağlı olarak değişmesi, palyatif bakım servisindeki odaların paylaşımlı olarak kullanılması ve bu nedenle hastaların standart bir uyku düzenine sahip olamaması, uyku düzeninin bir alışkanlık olması ve dolayısı ile uyku düzenindeki değişikliklerin tek bir seansa bağlı olarak yeterli gözlemlenememesi ve katılımcıların ortalama yaşının 66 yıl ve genç-yaşlı grubu olmasına bağlı kulaklık kullanmakta zorluk çekmesi veyaolgunun işitme cihazı kullanımının uygulamayı engellemesi sebeplerine bağlandı.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım ünitelerinde izlenen hastalara; tıbbi tedavilerinin yanında non-farmakolojik müzik terapi gibi kullanımı kolay, maliyet etkin ve etkisi kanıtli farklı destek tedavi yöntemleri de uygulanabilir. Hastaların bu farklı tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi onların tıbbi tedaviye olan uyum ve tıbbi tedavilerinden fayda görme oranını da arttıracaktır. Hastanın uyku kalitesinin düşmesi hemodinamiği ve kliniğini özellikle palyatif dönemde olumsuz etkilemektedir, bu konu yenilikçi yaklaşımlara açık bir araştırma alanıdır. Ülkemiz palyatif hasta yükü de arttığından gelecek araştırmalarda konunun çok boyutlu bileşenlerinin değerlendirilmesi ve palyatif bakım üniteleri için standardize protokoller ve optimal uygulama modelleri geliştirilmesi hasta, sağlık profesyonelleri ve hasta aileleri açısından katma değer yaratacaktır.

KAYNAKÇA

1. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi: 11.07.2019
2. Madenoğlu K. M., Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. (2017). Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2), 132-135
3. Karadeniz T. N. (2018). Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. S.B.Ü. Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk)
4. <https://www.musictherapy.org/> Erişim Tarihi: 11.07.2019
5. Kitirci B. (2018). Palyatif Bakım Ünitelerinde Uygulanan Müzik Terapi Çalışmaları Üzerine Bir Araştırma. A.K.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar (Danışman: Prof. Dr. Uğur Türkmen)
6. Muecke, R., Paul, M., Conrad, C., Stoll, C., Muenstedt, K., Micke, O., ... & PRIO (Working Group Prevention and Integrative Oncology of the German Cancer Society). (2016). Complementary and alternative medicine in palliative care: a comparison of data from surveys among patients and professionals. Integrative cancer therapies, 15(1), 10-16.
7. Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K., & Bardenheuer, H. J. (2015). Music therapy in palliative care: A randomized controlled trial to evaluate effects on relaxation. Deutsches Ärzteblatt International, 112(46), 788.
8. Chan, Y. M., Lee, P. W., Ng, T. Y., Ngan, H. Y., & Wong, L. C. (2003). The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: a randomized trial. Gynecologic Oncology, 91(1), 213-217.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

9. Shultis, C. L. (2012). Effects of music therapy vs. music medicine on physiological and psychological parameters of intensive care patients: A randomized controlled trial. Temple University.
10. Kemper, K. J., & Danhauer, S. C. (2005). Music as therapy. *South Med J*, 98(3), 282-8.
11. www.tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/ son erişim tarihi:11.07.2019
12. Chlan, L. L., Engeland, W. C., Anthony, A., & Guttormson, J. (2007). Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16(2), 141-145.
13. Fischer, S., Strawbridge, R., Vives, A. H., & Cleare, A. J. (2017). Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 105-109.
14. Wong, H. L. C., Lopez-Nahas, V., & Molassiotis, A. (2001). Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*, 30(5), 376-387.
15. Kamkar, M. Z., Khorshidi, S. R., Maddah, S. M. A., Zeydi, A. E., & Modanloo, M. (2018). A Cross-Sectional Study Examining the Correlation between Nocturnal Melatonin Level and Sleep Quality in Patients Admitted To the Cardiac Care Unit. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(12), 2342.
16. McConnell, T., Scott, D., & Porter, S. (2016). Music therapy for end-of-life care: an updated systematic review. *Palliative Medicine*, 30(9), 877-883.
17. O'Callaghan, C. C. (1996). Pain, music creativity and music therapy in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 13(2), 43-49.
18. Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M. M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3).
19. Yang, C. Y., Chen, C. H., Chu, H., Chen, W. C., Lee, T. Y., Chen, S. G., & Chou, K. R. (2012). The effect of music therapy on hospitalized psychiatric patients' anxiety, finger temperature, and electroencephalography: a randomized clinical trial. *Biological research for nursing*, 14(2), 197-206.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

20. Chafin, S., Roy, M., Gerin, W., & Christenfeld, N. (2004). Music can facilitate blood pressure recovery from stress. *British journal of health psychology*, 9(3), 393-403.
21. Dileo, C., & Bradt, J. (2005). *Medical music therapy: A meta-analysis & agenda for future research*. Jeffrey Books.
22. Phillips, S. D. (2007). *The Effect of Musical Entrainment on Respiration of Patients on Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit* (Doctoral dissertation, Florida State University).
23. Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
24. Degli Stefani, M., & Biasutti, M. (2016). Effects of music therapy on drug therapy of adult psychiatric outpatients: a pilot randomized controlled study. *Frontiers in psychology*, 7, 1518.
25. Pathania, S., Slater, L. Z., Vose, C., & Navarra, A. M. (2018). Music therapy and pain management in patients with end-stage liver disease: An evidence-based practice quality improvement project. *Pain Management Nursing*.
26. 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 and symptom management*, 52(2), 196-204.
27. Smith, C. E., Daut, E., Clements, F., Werkowitch, M., & Whitman, R. (2009). Patient education combined in a music and habit-forming intervention for adherence to continuous positive airway (CPAP) prescribed for sleep apnea. *Patient education and counseling*, 74(2), 184-190.
28. Feng, F., Zhang, Y., Hou, J., Cai, J., Jiang, Q., Li, X., ... & Li, B. A. (2018). Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 77, 189-196.
29. Liu, H., Gao, X., & Hou, Y. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction combined with music therapy on pain, anxiety, and sleep quality in patients with osteosarcoma. *Brazilian Journal of Psychiatry*, (AHEAD).
30. Cantekin, I., & Tan, M. (2013). The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal failure*, 35(1), 105-109.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

31. Canga, B., Azoulay, R., Raskin, J., & Loewy, J. (2015). AIR: Advances in Respiration–Music therapy in the treatment of chronic pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 109(12), 1532-1539.

S-210 PALYATİF BAKIM MODELLERİ VE ORGANİZASYONU

PALLIATIVE CARE MODELS AND ORGANIZATION

Zeliha CENGİZ

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan özel bir tıbbi bakımdır. Palyatif bakım, hastalık ne olursa olsun belirtilere sebep olan etkenleri tedavi etmeden, hastanın ağrısını dindirmeye, rahatlığını sağlamaya ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır.

Palyatif bakım, akut ve uzamış süreç yoğun bakımlarda, palyatif bakım kliniklerinde, hospislerde ve evde dönüşümlü olarak verilmektedir. Bu kuruluşlarda temellenen palyatif bakım hastane temelli, toplum temelli ve eve dayalı palyatif bakım gibi modellerle uygulanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde 1.Yataklı tedavi kurumları (Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi-III. Basamak; Palyatif Bakım Merkezi- II. Basamak; Palyatif Bakım Birimi- I. Basamak), 2. Evde Bakım Programları Modeli- I. Basamak, 3. Aile Hekimleri- I. Basamak ve 4. Hospis Kuruluşlarına temellendirilen dört farklı model göze çarpmaktadır. Ülkemizde palyatif bakımın gelişmiş ülkelerdeki uygulama örneklerinden yola çıkarak sözü geçen bu dört farklı model birlikte ihtiyaca göre dönüşümlü olarak hasta bakımında rol almaktadır.

Abstract

Palliative care is a special medical care offered to individuals with incurable disease. Palliative care focuses on relieving the patient's pain, providing comfort and improving quality of life without treating the causative agents, regardless of the disease.

Palliative care is given alternately in acute and prolonged intensive care units, palliative care clinics, hospices and at home. These services are implemented with models such as palliative care, hospital-based, community-based and home-based palliative care. Especially in the developed countries, four different models stand out; 1. Inpatient treatment institutions (Comprehensive Palliative Care Center - Step III; Palliative Care Center - Step II; Palliative Care Unit - Step I), 2. Home Care Programs Model - Step I, Step III Family Physicians Step and 4th Hospis Organizations. Based on the application examples of palliative care in developed countries in our country, these four different models take part in patient care alternately according to need.

GİRİŞ

Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan özel tıbbi bir bakımdır. Bu hastalık ne olursa olsun, palyatif bakım ekibi hastanın öyküsünü alıp fiziksel muayenesini yaptıktan sonra rahatsızlık veren belirtilerin nereden kaynaklandığını araştırmadan ya da bu belirtilere sebep olan etkenleri tedavi etmeden, hastanın ağrısını dindirmeye, rahatlığını sağlamaya ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır. Hastanın fiziksel muayenesini yapmak hemen her durumda belirtilerin giderilmesine yetecek kadar bilgi sağlar, ayrıca başka testler yapılmasına gerek kalmamaktadır. Eğer yapılacak girişimsel işlemlerin sonuçları tedavi biçimini değiştirmeyecekse o işlemlerin yapılmasının etik olmadığı da düşünülmektedir (1-5).

Palyatif bakım primer tedavi yerine geçmez, bu nedenle palyatif bakım kliniklerinde sadece hastanın semptomlarına yönelik sağlık personeli tarafından farmakolojik, non-farmakolojik ve inançsal tedaviler uygulanırken temel hastalığa yönelik küratif tedaviler ise uygulanmamaktadır (2-6).

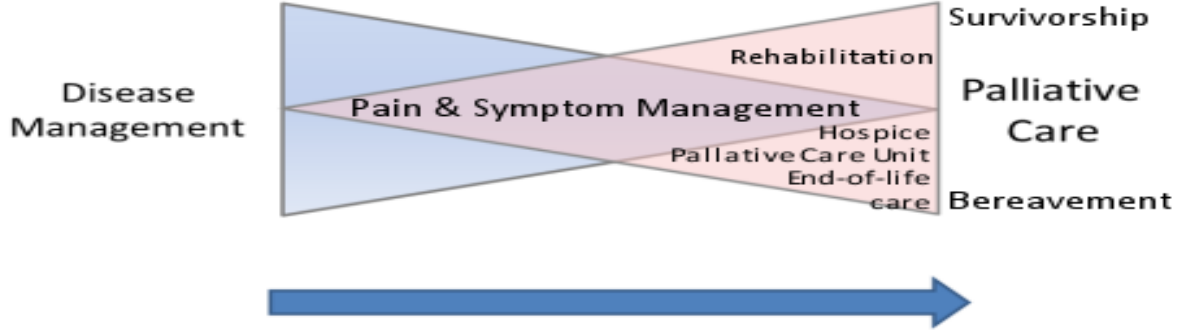
Palyatif bakımın temeli kür sağlamaksızın hastalığın şikâyetlerini önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma değildir. Palyatif bakımın tıp alanındaki amacı; semptomun nedenini araştırmak değil, semptomun kendisini ele alıp iyileştirmektir (3, 5-7).

1176

1. Palyatif Bakım Modeli

Palyatif bakım felsefesinde ölüm normal yaşamın bir parçası ve ölüm sürecinin birey ve aile için büyük bir deneyim olduğu kabul edilmektedir. Bu süreçte amaçlanan hastanın fonksiyonel durumunu artırmak, konforunu sağlamak ve aynı zamanda hasta ailesinin de yaşam kalitesinin artırmaktır. Yaşam kalitesinin artırılması için farklı meslek grupları tarafından oluşturulmuş bir ekiple hizmetin sunulması da temel hedeflerin içinde bulunmaktadır (5-10).

Palliative Care-Enhanced Model

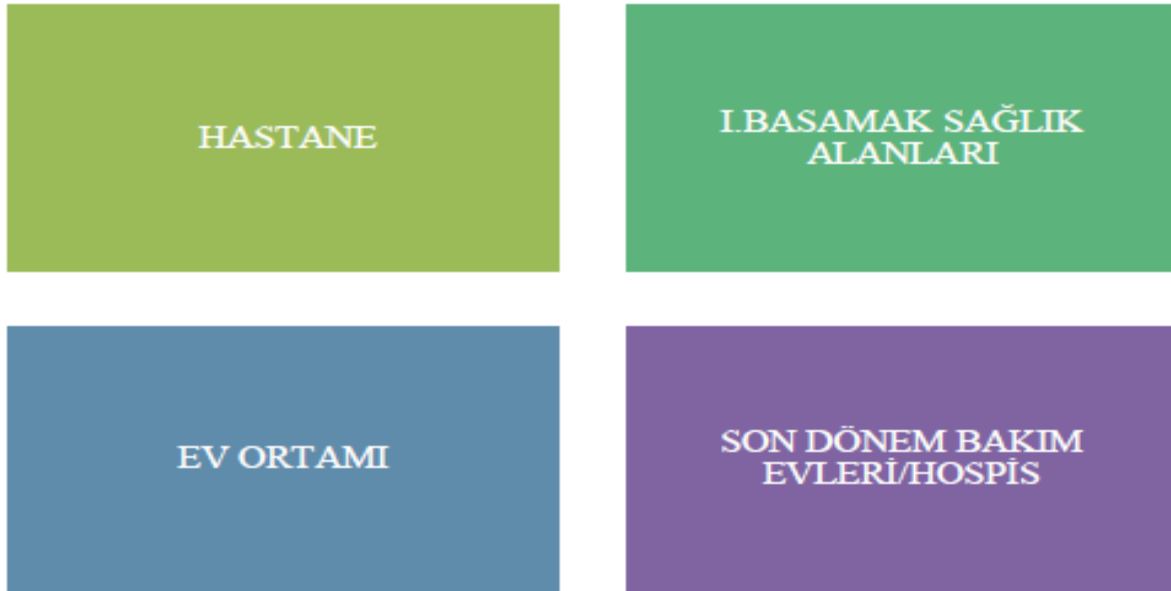


Şekil 1: Palyatif bakım modeli (Hawley, P. H. (2014). The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), e2-e5.)

Palyatif tedavi, palyatif bakım ve destekleyici tedavi arasında sıkı bir ilişki olmasına rağmen, palyatif bakımda tedavi süresince bireyin hastalık önceki yaşamı dikkate alınarak bakım gereksinimleri planlanmaktadır (7-10).

Palyatif bakım; yaşamının son aşamasındaki hasta ve yakınlarının rahatının sağlamak, psikososyal ve manevi gereksinimlerini karşılamak üzere akut ve uzamış süreç yoğun bakımlarda, palyatif bakım kliniklerinde, hospislerde ve evde dönüşümlü olarak verilmektedir (9-12).

1177



Şekil 2: Palyatif bakım hizmetinin verilebildiği ortamlar

2. Palyatif bakımın Temel Bileşenleri

2.1. Akut Yoğun Bakım

Tıbbi tedavi ve hasta bakımı açısından diğer hastane hizmetlerinden ayrıcalık taşıyan, hayatı tehdit eden sorunların ortaya çıkmasını önlemek veya bu tür sorunları tedavi etmek amacıyla yerleşim biçimi özel olarak tasarlanmış, yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazlar ve alanında uzman tıbbi personelle donatılmış bir bölümdür.

Akut yoğun bakımlarda; hasta yatağı sayısının azlığı, sınırlı kaynakların ve hizmetin dağıtılmasıyla ilgili problemlerin yaşanması triaja gidilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durumda artık yapılacak bir şey kalmadığı inancıyla, palyatif bakım hastalarının çoğu eve gönderilmektedir (11-13).

Etik açıdan bakıldığında ise var olan durum ikilem yaşanmasına neden olmakta, hasta eve gidince sağlık profesyonellerinin sorumluluğu bitiyor mu? sorusunun sorulmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda palyatif bakım hastalarının insan onuruna yakışır bir şekilde bakım ve tedavi görebilmesi, bu süreci yaşayan hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanabilmesi için ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmesi gerekmektedir (11-13).

2.2. Uzamış süreç yoğun bakım

Uzun süre medikal tedavi ve iyileştirme gerektiren, klinik olarak karmaşık, çoklu akut ve kronik durumları olan hastaların bakım gördüğü yoğun bakımlardır (14-16).

2.3. Hospis Bakım

Hastanelere yakın yerlere inşa edilen, ev ortamına benzer yaşam sonu bakım hastalarına ve yakınlarına sağlık ve bakım hizmeti sunan kurumlardır. Hospis bakım sadece yaşamın son döneminde evde, hastanede, özel donanımlı bakım evlerinde ve huzur evlerinde verilebilir. Bireyler sisteme aile hekimleri sayesinde kayıt olurlar ve hospis profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından denetlenirler. Hastanın hospis bakım programı planlı hemşire ziyaretleri üzerine temellendirilmiştir (14-19) .

2.4. Evde Bakım

Bireyin mevcut sağlığını korumak ve geliştirmek, taburculuk sonrası veya uzun süreli tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunda kurum ve kuruluşlar tarafından bireyin evinde aldığı sağlık (tanı, tedavi, rehabilitasyon) ve sosyal hizmetlerin bütünüdür (14-19).

3. Palyatif Bakım Seviyeleri

3.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane temelli palyatif bakım programları son yıllarda hızla artmıştır. Bu programlar özellikle ağrı ve diğer semptomlardan yakınan ve acı çeken, temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz olunan yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamıştır (17-21).

Hastane temelli palyatif bakım hizmetinin sonuçları

- Ağrı ve semptom kontrolü uzmanlığı ile hasta sonuçlarını geliştirme
- Hasta ve ailesi, sağlık bakım ekiplerinin karar alma ve iletişiminin artırma
- Sağlık bakım ekipleri arasında koordinasyonun artması
- Sağlık bakım ortamları arasında hasta transferinin kolaylaşması
- Kuruma bağlılık ve hasta /aile memnuniyetini artırma
- Personel memnuniyetini ve kurumda kalmayı geliştirmek için kompleks ve yoğun vakalara ayrılan zaman kaybını düşürmek
- Hasta giderlerine daha sistematik bir yaklaşım getirme
- Yatak kapasitesini geliştirmek, hastane kaynaklarını daha uygun kullanılmasını sağlama, bakım yararını geliştirme (17-22).

1179

Genel hasta servisleri, kendine özgü fiziksel ve psikososyal sorunları olan ve uzmanlaşmış bir yaklaşım gerektiren her hasta için uygun olmayabilir. Bu nedenle hastane temelli palyatif bakım programları son yıllarda hızla artmıştır. Bu programlar özellikle ağrı ve diğer semptomlardan yakınan ve acı çeken, temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz olunan yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamıştır (17-22).

3. 2. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Primer bakıma dayalı bu sağlık hizmeti hastaların yapması gerekli periyodik prosedürler için bir fırsat oluşturmaktadır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda hasta ailesine bakımın nasıl sağlayacağı konusunda eğitim verilmektedir. Sıklıkla, günlük bakım servisleri hastalar için gerekli ilaçlar ve yiyeceklerin getirilmesi yanında hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel ihtiyaçların karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Düşük maliyetle bakım sunulmasından dolayı son yıllarda ön plana çıkmıştır (17-22).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

3. 3. Eve Dayalı Palyatif Bakım

Palyatif bakım, hizmet sunumunda yüksek ekonomik kaynaklara sahip ülkelerde evde bakım hizmetlerine dayalı bir şekilde sunulmaktadır. Evde bakım hizmeti ile sunulan palyatif bakım servisleri sıklıkla bir uzman palyatif bakım ünitesi yada bir hospis bünyesinde oluşturulan ekiplerle sağlanmaktadır. Düşük ve orta düzeyde ekonomik gelire sahip ülkelerde evde ölümün tercih edildiği yerlerde evde bakım hizmeti hospis bakımına göre daha uygun ve ulaşılabilirdir. Dünyanın bir çok yerinde eve dayalı bu şekilde palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır.

Geleneksel tıbbi bakım ve destek kurumsal bir modele (hastane) temellenirken, palyatif bakımda ev ortamı bakım için primer ortamdır. Evde palyatif bakımda amaç, hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın hastanın kendi ev ortamında verilmesinin sağlanmasıdır. Hasta, palyatif bakım desteğine yedi gün 24 saat ulaşabilir. Palyatif bakım için oluşturulmuş evde bakım modellerinde hastaların temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve terminal bakım hizmetlerine hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyonlu çalışılarak ulaşılabilir (22-24).

4. Palyatif Bakımın Gelişmiş Ülkelerde Uygulamaları

4. 1.Yataklı tedavi kurumları

4.1.1.Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPSM, III. Basamak)

4.1.2.Palyatif Bakım Merkezi (PBM, II. Basamak)

4.1.3.Palyatif Bakım Birimi (PBB,I. Basamak)

4. 2.Evde Bakım Programları (EBP,I. Basamak) Modeli

4. 3.Aile Hekimleri (AH,I. Basamak)

4. 4.Hospis kuruluşları

Palyatif bakımın gelişmiş ülkelerdeki uygulama örneklerinden yola çıkarak hazırlanan taslak yönergeye göre bu dört farklı model birlikte ihtiyaca göre dönüşümlü olarak hasta bakımında rol almaktadır (22-26).

4. 1.Yataklı tedavi kurumları

Uzun süreli bakıma gereksinim duyan palyatif bakım hastasının bakım sürecinde fiziksel ve mental yeteneklerinin kaybolması olasılığı yüksektir. Hastanın yaşadığı bu çöküşlerde aileye yük olmayı istememesi, bu bireylere ailede bakacak kimsenin olmaması yada bakım vericilerin bu çöküşlerle baş edememesi durumunda yataklı palyatif bakım kurumları devreye girmektedir (22-26).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4.1.1.Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPSM, III. Basamak)

Ülkemizde akut yoğun bakımların daha efektif çalışması, hasta/ aile/bakıcının kronik sürece ve bakım planına adaptasyonunun sağlanabilmesi için gerekli eğitimlerin verilmesi, uzman personelin gereksiz istihdamının önlenmesi ve tıbbi maliyetin daha düşük olması gibi sebeplerden dolayı palyatif bakım merkezlerine ihtiyacın arttığı görülmektedir.

Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan ülkemizin ilk Kapsamlı Palyatif Bakım merkezi 01.01.2012'den itibaren palyatif bakım hastalarına hizmet vermektedir. Kapsamlı Palyatif bakım merkezinde hastanın semptomlarına yönelik farmakolojik tedavisi yapılırken aynı zamanda günlük yaşam içinde daha aktif ve üretken olmalarını sağlamak amacı ile ilgi alanlarına, hobilerine yönelik faaliyetlerde bulunabilmelerine de olanak sağlanmaktadır.

Bu amaçla kapsamlı palyatif bakım merkezinin bünyesinde fizik tedavi ve algoloji polikliniğinin dışında, aktivite odası (iş-uğraş terapisi için), sosyal mekân (kış bahçesi, oturma salonu), inançlarına yönelik faaliyetlerde bulunmaları için ibadethane (her inanca özgü din adamı), eğitim salonu (hastanın evde bakıma adaptasyonunu sağlamak için hasta yakını ve bakıcısına planlı periyodik eğitimler verilmektedir) ve mutfak (yemeklerini yapabilmek için) bulunmaktadır. Palyatif bakım kliniğinde ayrıca hasta ve ailesini ölüm ve yas sürecine hazırlamak için psikososyal destek sunan psikologlar ve maneviyatı güçlendirmek için ilahiyatçılarda görev almaktadır (22-27).

4.1.2.Palyatif Bakım Merkezi (PBM, II. Basamak)

Palyatif bakım hastasının evde ölmeyi istemesine rağmen hastanede hayatını kaybetmesi palyatif bakım merkezlerinin hastane içinde veya hastaneden bağımsız ek bir bina olarak kurulmasına neden olmuştur. Palyatif hastasının yaşadığı problemlerin çözümü için uzman bilgisi ve girişimine ihtiyaç duyulurken, hasta yakınının da gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle palyatif bakım merkezleri hastanelerin içinde inşa edilirler (22- 28).

4.1.3.Palyatif Bakım Birimi (PBB,I. Basamak)

Palyatif bakım birimlerinde hastanın gereksinimine göre bakım, tedavi, psikososyal veya maneviyatla ilgili problemlerin öncelik sıralamalarında değişiklikler olmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım birimlerinde ekip çalışmasına ve ekipte iletişime büyük bir önem verilmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım birimleri hastanın aile hekimiyle ve aynı zamanda evde sağlık ve bakım birimi ile bağlantı halinde olmalıdır (22-28).

4. 2. Evde Bakım Programları (EBP,I. Basamak) Modeli

Evde sağlık ve bakım birimleri tarafından yaşam sonu bakım hastalarının tedavi ve takiplerin yapılmasına yönelik ev ziyaretlerini içermektedir (22-28).

4. 3. Aile Hekimleri (AH,I. Basamak)

Aile hekimi, palyatif hastasının semptomlarını takip ve tedavi etmede, hastalığın seyrine göre palyatif bakım birim ve merkezlerine yönlendirmede rol oynamaktadırlar (22-29).

4. 4. Hospis kuruluşları

Kurumsal sağlık ve bakım hizmetinin verildiği hospisler, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeni ile yaşamlarını son altı ay veya daha kısa bir süreside kaybedecekleri ön görülen hastalar için oluşturulmuş bir sağlık kurumudur. Bir hasta evde bakımı olası olmadığı veya hastanede mevcut tedavilerden yarar sağlamayacağı durumlarda hospise kabul edilir ve bireyin ömrünün geri kalan günlerini olabildiğince bilinçli olarak yüksek yaşam kalitesinde geçirmesi hedeflenir. Bu kurumlarda mevcut ekibin dışında olanaklara bağlı olarak din görevlisi, psikolog, müzik ve iş terapisi uzmanı gibi diğer meslek çalışanların da ekipte yer alması beklenir. Ekibin temel görevi hastaya ölüm anına kadar eşlik etmektir (22-29).

KAYNAKLAR

1. WHO. Palliative Care. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi:11.09.2019
2. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:9.09.2019
3. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):8-11
4. Graham F, Clark D. Thechanging model of palliative care. Medicine 2008; 36: 64-66.
5. WHO-WPCA(2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization, 2014.
6. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Palliative Care - An Overview; 2:33-37

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

7. Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 2002; 287(4):487-494.
8. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*,2014; 47(1), 2-5.
9. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, Kenwood C, Benjamin EM, Auerbach AD. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med* 2007;357(25):2589-2600.
10. Nakashima WF. The role of “hospitalists” in the health care system.(Letter to the editor). *N Engl J Med* 1997;336(6):445-446.
11. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335(7):514-517.
12. O’Leary KJ, Williams MV. The evolution and future of hospital medicine. *Mt Sinai J Med* 2008;75(5):418–423.
13. Lurie JD, Miller DP, Lindenauer PK, Wachter RM, Sox HC. The potential size of the hospitalist workforce in the United States. *Am J Med.* 1999;106(4):441-5.
14. Kabalak A, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70
15. Rubenstein W. The role of “hospitalists” in the health care system. (Letter to the editor). *N Engl J Med* 1997;336(6):445- 446.
16. Guttler S. The role of “hospitalists” in the health care system. (Letter to the editor). *N Engl J Med.* 1997;336(6):444-445.
17. Chapman RW. The hospitalist: implications for family practice. *Fam Med* 1998;30(7):517-518.
18. Greeno R. “Funding a hospitalist program: which approach will you take?” *Healthc Financ Manage.* 2010;64(8):76-80.
19. White HL, Glazier HL. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Medicine* 2011, 9:58.
20. Wachter RM, Goldman L, Hollander H. *Hospital Medicine.* 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:50-56.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

21. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM. et al. “Medical and Surgical Comanagement after Elective Hip and Knee Arthroplasty; a Randomized Controlled Trial” *Annals of Internal Medicine* 2004;141(1):28-38.
22. Madenoğlu Kıvanç M. T ürkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi/Journal of Health Sciences and Profession-HSP* 2017;4(2):132-135
23. Auerbach A, et al. Implementation of a Voluntary Hospitalist Service at a Community Teaching Hospital: Improved Clinical Efficiency and Patient Outcomes. *Ann Intern Med.* 2002;137(11):859-65.
24. Meltzer DO, Shah MN, Morrison J, et al. Decreased length of stay, costs and mortality in a randomized trial of academic hospitalists. *JGIM* 2001;16(1):208-209.
25. Wald H. The hospitalist movement. *Ann Intern Med.* 1999;131(7):544-545.
26. Hauer KE, Flanders SA, Wachter RM. Training future hospitalists. *West J Med.* 1999;171(5):367-370.
27. Smith MI, Bellamy P, Tillisch J. The role of “hospitalists” in the health care system. (Letter to the editor). *N Engl J Med.* 1997; 336(6):445-446.
28. Dowling PT. The hospitalist and the care of the patient. *Journal of Culture and Medicine.* 1999;171(5):371-372.
29. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. *A Model to Guide Hospice Palliative Care.* Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

**S-213 YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİNİN
ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ PALYATİF BAKIMA ETKİSİ**

**THE EFFECT OF ATTITUDES TOWARDS DEATH OF NURSES WHO WORK IN
NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT ON PALLIATIVE CARE**

Maksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, M.Emin DÜKEN², Emriye Hilal YAYAN¹

¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

²Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ş.Urfa/Türkiye

Özet

Bu çalışma “Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarının palyatif bakıma etkisi”ni incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Malatya ilindeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 26 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği”, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.07 ± 1.57 , büyük çoğunluğunun (%73.1) evli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durumları ile Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin “Kaynaklar” alt boyutu ($p=0.006$) ve palyatif bakım toplam puan ortalaması ($p=0.040$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ancak ölüme karşı tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Palyatif Bakım Ölçeği “Klinik” alt boyutu ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin “Ölüm Korkusu” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$). Hemşirelerin “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının 82.88 ± 9.52 , “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının ise 20.74 ± 3.53 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; hemşirelerin ölüme karşı tutumları palyatif bakım tutumlarını etkileyebilir. Bu konuda daha büyük örneklem ile daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

1185

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, ölüme karşı tutum, palyatif bakım

Abstract

This study was conducted as a descriptive study to investigate the effect of nurses' attitudes towards death on palliative care in neonatal intensive care unit. The sample of the study

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

consisted of 26 nurses who worked in neonatal intensive care units in Malatya and accepted to participate in the study. Research data were collected using “The Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS)”, “Death Attitudes Profile – Revised” and “Descriptive Characteristics Form” prepared by the researcher. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of the statistical analysis, it was determined that the mean age of the nurses participating in the study was 33.07 ± 1.57 and the majority of nurses (73.1%) were married. It was found that there was a statistically significant relationship between the marital status of the nurses and the the Neonatal Palliative Care Attitude Scale's (NiPCAS) “Sources” sub-dimension ($p = 0.006$) and the mean total palliative care score ($p = 0.040$), but it did not affect their attitudes towards death. It was found that there was a statistically significant relationship between the “Clinical” subscale of the Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS) and the “Fear of Death” subscale of the Death Attitudes Profile – Revised ($p = 0.002$). It was determined that The mean score of “The Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS)” of the nurses was 82.88 ± 9.52 and the mean score of “Death Attitudes Profile – Revised” was 20.74 ± 3.53 . As a result; nurses' attitudes towards death may affect the attitudes of palliative care. Further studies with larger samples are recommended.

1186

Keywords: Neonatal, attitude towards death, palliative care

GİRİŞ

Son zamanlarda tıbbi bakımdaki teknolojik gelişmeler yenidoğanların hayatta kalma oranlarını arttırmış olmasına rağmen yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ölüm çok sık karşılaştığımız bir durumdur. (Özel Ş ve ark, 2018). Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde palyatif bakım ayrı bir önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesi, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesi ve acılarının hafifletilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kabalak ve ark, 2013). Yenidoğan palyatif bakımı ise, “kritik ve yaşamı tehdit edici duruma sahip bebeğin ve ailesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel acısını önleme ve gidermeyi amaçlayan bir ekip yaklaşımı” olarak tanımlanmaktadır (Esenay, 2018). Hayata karşı savunmasız olan yenidoğan bebeğin ve ailesinin ölümü beklerken acılarını en aza indirmek için palyatif bakımın etkili bir şekilde verilmesi gerekmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Ölüm, insanların ve yaşayan tüm organizmaların kaçınılmaz bir sonudur (Ay ve Gençtürk, 2013). İnsan, ölümle her an iç içe olmasından dolayı ölüme karşı tutum geliştirir ve bu tutum dini, felsefi, ahlaki ve hukuki birçok alanda insanın yaşam tarzı ve davranışlarının belirlenmesinde etkili olmuştur (Bilge ve ark, 2014). Bunu hemşirelik mesleği için düşünecek olursak; hemşirenin ölüme karşı tutumunun hasta ve hasta bakımına yansımalarının olacağını söyleyebiliriz. Özellikle yenidoğan bebeğin yaşamının sonuna yaklaştığı dönemde verilen palyatif bakımda yenidoğan hemşiresinin ölüme karşı tutumunun palyatif bakıma karşı tutumunu etkileyeceği düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırma 01.02.2019- 01.07.2019 tarihleri arasında Malatya ilindeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip Malatya merkezde bulunan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul hemşireler örnekleme alınacaktır. Araştırma verileri “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği”, Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” kullanılarak toplanacaktır.

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği:

2009 yılında Kain ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Akay tarafından yapılmıştır. Ölçek, yenidoğan hemşirelerinin palyatif bakımı uygulamaya yönelik engel ve kolaylaştırıcı olarak gördükleri faktörleri belirlemek amacıyla kullanılır. 26 maddelik 5’li likert tipte (Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Bilmiyorum/Fikrim yok, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Organizasyon, kaynaklar ve klinik olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları; organizasyon alt boyutu için 0.69, kaynaklar alt boyutu için 0.71 ve klinik alt boyutu için 0.68 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları oluşturan 12 maddesi puanlandırmaya dahil edilmektedir. Kalan 14 soru hemşirelerin palyatif bakımla ilgili deneyimlerini ve bebeğin ölümüyle ilgili hemşirelerin inançlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte ters puanlandırma sorusu yoktur. Ölçek alt boyutlarından elde edilen puanın yüksek olması, ilgili alt boyutla ilgili hemşirelerin yenidoğan palyatif bakımıyla ilgili yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. (Akay, 2017).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği:

1994 yılında Wong ve arkadaşları tarafından bireylerin ölüme karşı tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Türkçe geçerlilik güvenilirliği ise 2008 yılında Abalı Işık ve Fadiloğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 26 maddelik 7’li likert (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Orta Derece Katılmıyorum, Kararsızım, Orta Derece Katılıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) tipte bir ölçektir. Ölçeğin “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (madde 4,6,8,12,13,14,15,19,21,22,23,25), Kaçış Kabullenme (madde 5,9,11,20,24), Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (madde 1,2,3,7,10,16,17,18,26)” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ölçeğin tamamı için 0.81; Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme için 0.86; Kaçış Kabullenme için 0.74; Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma için ise 0.76 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasının yüksekliği olumlu tutumu göstermektedir. (Abalı Işık, 2008).

BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

	ayı	üzde
Yaş		
33.07±1.57		
Çalışma süresi		
11.07±1.49		
Medeni durum		
Evli	9	3.1
Bekar		6.9
Yenidoğan döneminde çocuğunu kaybetme durumu		
Evet		5.4
Hayır	2	4.6
Bir şifte bakılan hasta sayısı		
4.69±0.40		
Toplam	6	00

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının 33.07±1.57, %73.1’inin evli olduğu, %4’ünün yenidoğan döneminde çocuğunu kaybettiği, ve bir şifte ortalama olarak bakılan hasta sayısının 4.69±0.40 olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1)

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 2. Bazı değişkenler açısından ÖKTÖ ve YPBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Ölüme Karşı Tutum Ölçeği				Yenidoğan Palyatif Bakım Ölçeği			
		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümde Kaçınma	Toplam puan	Organizasyon	Klinik	Klinik	Toplam puan
		Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd
Medeni durum									
evli	9	54.05±11.07	19.63±4.37	38.89±7.39	112.57±15.27	16.31±3.31	12.89±3.47	6.42±1.77	80.47±9.06
ekar		50.85±12.46	18.42±4.72	33.00±8.88	102.28±21.86	18.42±3.10	18.14±3.57	7.85±1.57	89.42±7.95
test	T	U=60.00 p=0.706	U=53.500 p=0.451	U=41.000 p=0.139	U=46.000 p=0.236	U=45.000 p=0.210	U=19.000 p= 0.006	U=38.000 p=0.093	U=31.000 p= 0.040
Yenidoğan döneminde çocuğunu kaybetme durumu									
evet		47.00±14.85	22.00±1.82	36.75±2.06	105.75±18.48	16.50±2.51	12.50±2.51	5.50±2.88	79.00±9.38
ayır	2	54.31±10.58	18.81±4.58	37.40±8.78	110.54±17.60	16.95±3.51	14.63±4.37	7.04±1.52	83.59±9.59
test	T	U=33.500 p=0.454	U=22.000 p=0.117	U=37.000 p=0.618	U=37.500 p=0.644	U=9.000 p=0.720	U=28.500 p=0.269	U=26.500 p=0.205	U=33.000 p=0.434

Bazı değişkenler açısından ÖKTÖ ve YPBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında hemşirelerin medeni durumları ile YPBÖ ölçeğinin kaynaklar alt boyutu ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve medeni durumu bekar olanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. ÖKTÖ ve YPBÖ ölçekleri arasındaki ilişki

		Ölüme Karşı tutum Ölçeği		Yenidoğan Palyatif Bakım Ölçeği	
		Ölüm Korkusu ve Ölümde Kaçınma	Toplam puan	Organizasyon	Toplam puan
Ölüme Karşı tutum Ölçeği	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	0.134	0.711**	-0.306	-0.010
	Kaçış	0.515	0.000	0.128	0.959
		0.504**	0.5	-0.463*	-

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	Kabullenme		90**		0.262	
			0.009	0.0	0.017	0.1
	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma		02	0.7	-0.334	96
			35**	0.0	0.095	-
	Toplam puan		00		-0.498**	0.276
			0.735**		0.010	0.1
Yenidoğan Palyatif Bakım Ölçeği	Organizasyon		0.735**		72	
			0.000		0.010	-
	Kaynaklar		-0.334	-		0.235
			0.095	0.498**		0.2
	Klinik		-0.260	-	0.513**	48
			0.199	0.3	0.007	0.7
			-0.401*	-	0.313	96**
			0.042	0.1	0.120	0.0
			21			00
						0.0
						0.0
						0.0
					0.0	
					0.0	

Yapılan korelasyon analizi sonucunda “ÖKTÖ Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyutu ile “ÖKTÖ Toplam puanı” arasında pozitif yönde kuvvetli derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir. “ÖKTÖ Kaçış Kabullenme” alt boyutu ile “ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma” ve “ÖKTÖ Toplam puanı” arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu ancak “YPBÖ Organizasyon alt boyutu ile arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma” alt boyutu ile “ÖKTÖ Toplam puanı” arasında pozitif yönlü kuvvetli derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir. “ÖKTÖ Toplam puanı” ile “YPBÖ Organizasyon” alt boyutu arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “YPBÖ Organizasyon” alt boyutu ile “YPBÖ Toplam puanı” arasında pozitif yönlü kuvvetli derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir. “YPBÖ Kaynaklar” alt boyutu ile “YPBÖ Organizasyon” alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde, “YPBÖ Toplam puanı” arasında ise pozitif yönlü kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. “YPBÖ Klinik” alt boyutu ile “ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma” alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde, “YPBÖ Toplam puanı” arasında ise pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir

TARTIŞMA

Ölümle her an iç içe olan insan, ölüm kavramını düşünerek ölüme ilişkin tutumlar geliştirmiştir (Bilge ve ark, 2014). Ülkenizde geçerlik güvenirliği yapılan “Ölüme Karşı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Tutum Ölçeği” ise insanların ölüme karşı geliştirdikleri tutumları ölçmek amacı ile geliştirilmiş bir ölçektir. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarının palyatif bakıma etkisi ve bazı değişkenlerin bunları etkileme durumu incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizle sonucunda medeni durum ve yenidoğan döneminde çocuğunu kaybetme faktörlerinin ÖKTÖ toplam puan ve alt boyutlarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan literatür taramasında çalışmamıza benzer olarak medeni durum ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme, Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma ve ÖKTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit etmiştir (Ayhan, 2013-TEZ; Çınar, 2018). Ancak Sönmez Benli ve Yıldırım ise hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme, Kaçış Kabullenme ve ÖKTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını, ancak Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve evli bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Sönmez Benli ve Yıldırım, 2017).

Çalışmamızda YPBÖ ile ilgili yapılan istatistiksel analizler sonucunda ise medeni durum ile YPBÖ “Kaynaklar” alt boyutu ile YPBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve e medeni durumu bekar olanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.006$, $p=0.040$) (Tablo 2). Ancak bu konu ile ilgili literatür taraması yapılmış olup YPBÖ ölçeğini kullanan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan korelasyona analizi sonucunda ÖKTÖ toplam puanı ile YPBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

KAYNAKLAR

1. Özel Ş, Tayman C, Korkut S, Çakar EŞ, Engin Üstün Y. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde palyatif bakımın önemi ve gerekliliği. Ahi Evran Medical Journal. 2018; 2: 39-44.
2. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013; 11(2): 56-70.
3. Esenay FI. Yenidoğanda palyatif bakım. Cimete G, editör. Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.7-13.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

4. Ay F, Gençtürk N. Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. F.N. Hem. Derg. 2013; 21(3): 164-171.
5. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014; 4(3): 119-124.
6. Akay G. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
7. Abalı Işık E. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk Toplumunu için Geçerlilik ve Güvenirliliği. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
8. Ayhan D. Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2013.
9. Çınar B. Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları İle Bireysel Ve Çalışma Özelliklerinin Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
10. Sönmez Benli S, Yıldırım A. Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 167-179.

S-215 MÜZİK TERAPİSİNİN HEMODİYALİZ HASTALARININ SAĞLIĞINA ETKİSİ

THE EFFECT OF MUSIC THERAPY ON THE HEALTH OF HEMODIALYSIS

Rukuye AYLAZ¹, Serap PARLAR KILIÇ²

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, TÜRKİYE

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, TÜRKİYE

Özet

Amaç: Bu çalışma ile müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının sağlığına etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online’de Eylül 2018’e kadar olan Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanmış makaleler veri kaynaklarını oluşturmuştur. Çalışma İngilizce olarak yayınlanmış, “hemodialysis patients” ve music therapy”, Türkçe olarak yayınlanmış “hemodiyaliz hastaları” ve “müzik terapi” olarak anahtar kelimeleriyle; tam metnine ulaşılabilen çalışmaların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların başlık ve özet kısımları uygunluk açısından Ağustos 2018 ile Eylül 2018 arasında sistematik olarak incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Yetişkin nüfusta her 6-7 kişiden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı ve her 20 erişkinden birinde kritik glomerüler filtrasyon hızındaki azalması (<60 ml/dakika) olduğu bildirilmiştir. Düzenli olarak hemodiyaliz hastası tedavi programında izlenen hasta sayısı 1990 yılında 3069 iken, 2015 yılı itibarıyla bu sayının 56951 olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında müzik tedavinin fizyolojik etkileri; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirme arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalar, müziğin hemodiyaliz hastalarında, uyku, ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken ve hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır. Müzik hemodiyaliz hastalarında sağlıklı bir çevre yarattığı için hastaların fiziksel, emosyonel ve ruhsal sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır.

Anahtar kelime: Müzik terapi, hemodiyaliz, hasta

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the effects of music therapy on the health of hemodialysis patients.

Data sources: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online. “Hemodialysis patients” and “music therapy”, written in English, with “hemodialysis patients” and “music therapy” in Turkish, full text was obtained by examining the work that can be reached. The headings and summary sections of the studies were systematically reviewed between August 2018 and September 2018 for convenience.

Findings and Conclusion: In the adult population, one in every 6-7 people reported kidney disease at different stages and a decrease in critical glomerular filtration rate (<60 ml / min) in one out of every 20 adults. The number of patients followed up in the treatment program of hemodialysis patients was 3069 in 1990 and it was determined as 56951 in 2015. Physiological effects of music therapy in hemodialysis patients; Psychophysiological stress varies between creating a behavioral change and reducing mood by reducing pain, anxiety and isolation. Studies have shown that music has a positive effect on sleep, pain and anxiety in hemodialysis patients and it improves the quality of life of patients or healthy individuals. Music is an important tool that reduces heart rate, blood pressure, body temperature and respiratory rate, allows relaxation, changes the patient's pain perception, distracts his attention and improves the quality of life of patients. As music therapy creates a healthy environment in hemodialysis patients, it makes a significant contribution to the physical, emotional and mental health of patients.

Keywords: Music therapy, hemodialysis, patient

GİRİŞ

Müzik insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır (Roberts & Chaboyer 2004) ve yüzyıllardır duygunun ifadesi ile ilişkilendirilmekte olup farklı anlamlarda, farklı amaçlarla, çeşitli kültür ve çevrelerde kullanılmaktadır (Lefevre 2004, Darrow 2006). Müzik 20. yüzyılın ortalarında yaygın olarak gelişmiş bir terapötik girişimdir (Building 2001). Müzik terapi ise; müziğin fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve eğitimsel olarak çeşitli durumlarda kullanılmasına karar verilen, bir hastalık ya da yetersizliğin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin tedavisinde yardımcı olabilmek için kullanılan sağlık bakımının bir branşı olarak

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

tanımlanmaktadır (Chang & Chen 2005, Christian 2006, Sausser & Waller 2005). Müziğin insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması tedavide de kullanılmasına neden olmuş ve müzik son yıllarda tıbbın önemli bir parçası haline gelmiştir (Gallagher ve ark. 2005).

Literatüre göre müzik terapinin etkili bir yöntem olabilmesi için sürekli kullanılması gerekmemektedir. Bir günde 25-90 dk müzik terapinin uygulanmasının yeterli tedavi periyodunu sağladığı belirtilmektedir (Almerud & Peterson 2003). Sıklıkla alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan ilerleyici gevşeme egzersizleri, derin nefes alıp verme egzersizleri, terapötik dokunma ve müzik terapi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinmelerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır. Bağımsız terapötik hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapiyi hemşirelik uygulamalarına katmak, hastaların iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunmasını sağlayarak fiziksel, duygusal ve ruhsal belirtilerin azalmasında yarar sağlayacaktır (Gagner-Tjellesen ve ark. 2001, Yıldırım & Gürkan 2007).

1195

Müzik terapi; uygulanması ve kullanılması pahalı olmayan doğal bir girişimdir, yan etkileri yoktur ve fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve manevi iyileşmede etkin bir role sahiptir (Chlan 2002, Allen ve ark. 2001, Uyar & Korhan 2011). Yapılan pek çok çalışma; müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir (Richards ve ark. 2007, Twiss ve ark. 2006, Arnon ve ark. 2006, McCaffrey & Freeman 2003). Müzik tedavisinin psikolojik etkileri; hemodiyaliz (HD) hastalarının ruhsal durumlarının yükseltmesi, depresyonun etkilerini yok etmesi, korku ve endişelerini ortadan kaldırması ile kaygı düzeyini azaltmasıdır. Müzik tedavisi hemodiyaliz hastalarının duygu durum, motivasyon, kendilerini ifade edebilme yeteneklerini arttırarak, var olan yeteneklerini ve güçlerini kullanma fırsatları ve hastalıktan uzaklaşmalarını sağlayarak, hastaların duygularını sıkıntıdan kurtarır. Hemodiyaliz hastalarında müzik terapisi,

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

rahatlamayı ve baş etme stratejilerine yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler. Bu çalışma ile müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının sağlığına etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online’de Eylül 2018’e kadar olan Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanmış makaleler veri kaynaklarını oluşturmuştur. Çalışma İngilizce olarak yayınlanmış, “hemodialysis patients” ve music therapy”, Türkçe olarak yayınlanmış “hemodiyaliz hastaları” ve “müzik terapi” olarak anahtar kelimeleriyle; tam metnine ulaşılabilen çalışmaların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların başlık ve özet kısımları uygunluk açısından Ağustos 2018 ile Eylül 2018 arasında sistematik olarak incelenmiştir. Çalışmaların başlığı ve özetinde yeterli bilgi bulunmadığı zaman, gerekli veriler tam metinlerden elde edilmiş ve değerlendirilmiştir. Bu aşamada uygun görülen çalışmaların tam metinleri, dahil etme ölçütünün varlığını doğrulamak için indirilmiş ve okunmuştur.

1196

BULGULAR

Yetişkin nüfusta her 6-7 kişiden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı ve her 20 erişkinden birinde kritik glomerüler filtrasyon hızındaki azalması (<60 ml/dakika) olduğu bildirilmiştir. Düzenli olarak hemodiyaliz hastası tedavi programında izlenen hasta sayısı 1990 yılında 3069 iken, 2015 yılı itibariyle bu sayının 56951 olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında müzik tedavinin fizyolojik etkileri; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirme arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalar, müziğin hemodiyaliz hastalarında, uyku, ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Pothoulaki ve ark. (2008) hemodiyaliz hastalarında ağrı ve anksiyetenin ortadan

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kaldırılmasında müziğin etkisini inceledikleri çalışmalarında, müzik dinlemeyen kontrol grubundaki hastaların ağrı ve anksiyete oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Evans (2002) tarafından yapılan 29 araştırma sonucunun değerlendirildiği çalışmada; müzik terapinin bireylerin ağrı ve anksiyete algılarını azaltmada, bakımın ve tedavinin yan etkilerini gidermede, bakım ile ilgili memnuniyetlerinin artırılmasında kullanıldığı saptanmıştır. Karadağ ve Karadakovan (2015) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında deney grubundaki hastalarda, müzik dinletildikten hemen sonra 30. dakikada 4 gün boyunca, sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızı değerlerinde düşüş saptamışlardır. Ayrıca aynı çalışmada deney grubundaki müzik sonrası PUKİ puan ortalamalarının (5,97±1,20), 1. gündeki PUKİ puan ortalamasına (9,80±1,57) göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Kontrol grubundaki hastaların ise 4. Günün sonundaki PUKİ puan ortalaması (10,97±1,76), 1. gündeki PUKİ puan ortalamasına (9,86±1,87) göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Lin ve ark. (2011) HD sırasında bir hafta boyunca müzik terapiden sonra diyaliz hastalarda HD sırasında görülen yan etkilerin sıklığında ve şiddetinde azalma olduğunu ve stres düzeylerinde de anlamlı düşüşler saptadıklarını belirttiler. Kutlu ve Eren (2014) müzik dinletilen hemodiyaliz hastalarında ağrı ve mide bulantısı skorları, 12 seansın tümü için dinletilmeyen kontrol grubundan anlamlı daha düşük bulundu. Melo ve ark. (2018) müziğin kronik böbrek hastalığı olan hastalarda anksiyete ve yaşamsal parametreler üzerindeki terapötik etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, deney grubunda anksiyete skorları (p = 0.03), sistolik kan basıncı (p <0.002), diastolik kan basıncı (p <0.002), kalp atım hızı (p <0.01) ve solunum hızı (p <0,006) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptamışlardır. Zarmi ve ark. (2017) müziğin, hemodiyaliz hastalarında fistül delinmesi ile ilişkili ağrı üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladıkları çalışmalarında, müzik ve kontrol grupları arasında, müdahale sonrası ortalama ağrı skoru açısından anlamlı bir fark

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olduğunu bulmuşlar ve hemodiyaliz hastalarında fistüle iğne takılması ile ilişkili ağrı için müziğin etkin bir şekilde kullanılabilmesi sonucuna varmışlardır. Siedlecki (2009) 60 dakika süre ile dinlettirilen müziğin kronik nonmalign ağrısı olan hastalarda, Franco ve Rodrigues (2009) ve Huang ve ark. (2010) ise 20-30 dakika süre ile dinlettirilen müziğin kanser hastalarında algılanan ağrı şiddetini azalttığını saptamıştır.

SONUÇ

Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken ve hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır. Müzik terapi hastalarda ağrı algısını ve anksiyeteyi azaltan, gevşemeyi sağlayan yararlı bir hemşirelik girişimidir. Müzik insanların baş etme yeteneğini, bireysel kontrol ve güven duygusunu yükseltmekte, rahatsız bir ortamda alışkanlıklarını sürdürerek rahatlamalarına ve çevresinde bulunan stresörlerden uzaklaşmalarına yardım etmekte ve böylelikle memnuniyetlerini arttırmaktadır. Ancak bireyler daha rahat bir iletişim kurduğu için kendi kültürünün müziğinden daha çok etkilenmekte ve müzik anlayışları yaşamış oldukları toplumun sosyal ve kültürel yapısına ve almış oldukları eğitime bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Müzik hemodiyaliz hastalarında sağlıklı bir çevre yarattığı için hastaların fiziksel, emosyonel ve ruhsal sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Allen K, Golden LH, Izzo JL, Ching MI, Forrest A, Niles CR, Niswander PR, Barlow JC (2001). Normalization of Hypertensive Responses During Ambulatory Surgical Stres by Perioperative Music. Psychosomatic Medicine. 63: 487-492.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Almerud S & Peterson K (2003) Music therapy a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 19, 21–30.
- Arnon S, Shapsa A, Forman L, Regev R, Bauer S, Litmanovitz I, Dolfin T (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*. 33(2):131-6.
- Building MG (2001). Music as an intervention in hospitals, *Best Practice*. 5(4):1-6.
- Chang SC, Chen CH (2005). Effects of music therapy on women’s physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Res Nurs Health*. 28(6):453-61.
- Chlan L (2002). Integrating nonpharmacological, adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *Am J Crit Care*. 11(1):14-6.
- Christian MA (2006). The positive power of music. *Jet*. 109 (14):32-35.
- Darrow AA. (2006). The role of music in deaf culture: Deaf students' perception of emotion in music. *Journal of Music Therapy*. 43(1):2-15.
- Evans D (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 37(1): 8–18.
- Franco M, Rodrigues AB (2009). Music therapy in relief of pain in oncology patients. *Einstein*. 7: 147-151.
- Gagner-Tjellessen TD, Yurkovich EE, Gragert M (2001). Use of music therapy and other ITNIs in acute care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 39:26-37.
- Gallagher LM, Lagman R, Walsh D, Davis MP, LeGrand SB (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Supportive Care in Cancer*, 14, 859-866.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Huang ST, Good M, Zauszniewski JA (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 47: 1354–1362.
- Karadağ E, Karadakovan A (2015). Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastalarda Müziğin Uyku Kalitesi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*;7(2):79-89.
- Koca Kutlu A, Eren AG (2014). Effects of music on complications during hemodialysis for chronic renal failure patients. *Hemodial Int*. 18(4):777-84.
- Lefevre, M (2004). Playing with Sound: The Therapeutic Use of Music in Direct Work with Children', in *Child and Family Social Work*. 9:333-345.
- Lin YJ, Lu KC, Chen CM, Chang CC (2012). The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biol Res Nurs*. 14(3):277-85.
- McCaffrey R & Freeman E. (2003). Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *Journal of Advanced Nursing* 44(5):517-524.
- Melo GAA, Rodrigues AB, Firmeza MA, Grangeiro ASM, Oliveira PP, Caetano JÁ (2018). Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 8;26:e2978.
- Pothoulaki M, Macdonald RA, Flowers P, Stamataki E, Filiopoulos V, Stamatiadis D, ve ark. An investigation of the effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing haemodialysis treatment. *J Health Psychol* 2008;13(7):912-20.
- Richards T, Johnson J, Sparks A, Emerson H (2007). The Effect of Music Therapy on Patients' Perception and Manifestation of Pain, Anxiety, And Patient Satisfaction. *MEDSURG Nursing*. 16(1): 7-14.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Roberts B, Chaboyer W (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in Critical Care*. 9(4):173–180.
- Sausser S, Waller R (2005). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy* . 33: 1-10.
- Shabandokht-Zarmi H, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Mousavinasab SN (2017). The effect of self-selected soothing music on fistula puncture-related pain in hemodialysispatients. *Complement Ther Clin Pract*. 29:53-57.
- Siedlecki SL (2009). Racial variation in response to music in a sample of african american and caucasian chronic pain patients. *Pain Management Nursing*. 10(1): 14-21.
- Twiss E, Seaver J, McCaffrey R (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nurs Crit Care*. 11(5):224-31.
- Uyar M, Korhan EA (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *AĞRI*. 23(4):139-146.
- Yıldırım S, Gürkan A (2007). Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8:37-45.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-216 MEME KANSERİ ENDİŞE DÜZEYİ İYİ ÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ ETKİLER Mİ?

DOES BREAST CANCER WORRY LEVEL AFFECT THINKS ABOUT GOOD DEATH?

Gülçin Nacar¹, Elif Özfidan², Sermin Timur Taşhan¹

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: İyi ölüm temel bir insan hakkıdır. Tüm bireyler zaman zaman onurlarına yakışır, acısız bir ölüm yaşamayı düşler. Ancak kronik hastalıklar, korku, endişe gibi durumlar rahat, huzurlu ve ağrısız ölüme ilişkin düşüncelere daha fazla zaman ayırmaya neden olur. Araştırmanın amacı, meme kanseri endişe düzeyinin iyi ölüme ilişkin düşünceler üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma ülkenin doğusunda bulunan bir aile sağlığı merkezinde (ASM) 18 yaşın üzerindeki kadınlarla yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip ASM' ye kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yetişkin kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini 300 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Katılımcı Tanıtım Formu, Meme Kanseri Endişe Skalası (MKES) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada kadınların yaş ortalamasının 38.98±9.94 olduğu, %28.7' sinin lise mezunu olduğu, %56.7' sinin gelirinin giderine eşit olduğu ve %70.3' ünün çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların MKES puan ortalamasının 11.86±4.68 olduğu ve %60.3' ünün yüksek meme kanseri endişe düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kadınların İÖÖ puan ortalaması ise 58.98±8.25 olarak bulunmuştur. Kadınların meme kanseri endişe düzeyi ile iyi ölüme ilişkin düşünceleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Kadınların meme kanseri endişe düzeyi iyi ölüme ilişkin düşüncelerini etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Düşünce, iyi ölüm, meme kanseri endişe düzeyi.

Abstract

Objective: Good death is a fundamental human right. All individuals from time to time befits their dignity, dream of a painless death. However, chronic diseases, fear, anxiety, such as situations that lead to comfortable, peaceful and painless death more time to think. The aim of this study was to investigate the effect of breast cancer anxiety on thoughts about good death.

Method: The research was descriptive and relationship seeking. The study was conducted with women over the age of 18 in a family health center (FHC) in the eastern part of the country. All adult women who enrolled in the study and accepted to participate in the study were included in the study. The sample of the study consisted of 300 women. Data were collected using the Participant Identification Form, Breast Cancer Worry Scale (BCWS) and Good Death Scale (GDS).

Results: The mean age of the women was 38.98 ± 9.94 , 28.7% were high school graduates, 56.7% were equal to income and 70.3% were not working. It was found that the mean BCWS score of women was 11.86 ± 4.68 and 60.3% had high breast cancer anxiety level. The mean GDS score of the women was 58.98 ± 8.25 . No statistically significant difference was found between the level of breast cancer anxiety and the opinions of women about good death ($p>0.05$).

Conclusion: Women's anxiety level of breast cancer did not affect their thoughts about good death.

Key Words: Thought, good death, breast cancer anxiety level.

GİRİŞ

Tanımlama yöntemleri, tıbbi tedavi ve bakım olanaklarında hızla meydana gelen gelişimler çok sayıda hastalığa şifa olurken, günümüzde hala ölümcül olan hastalıklar bulunmaktadır. Kanser bu hastalıkların başında gelmektedir (Daştan ve Buzlu, 2010). Çeşitli organ ve dokulardaki hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması olan kanser, vücutta tuttuğu alana göre farklı tedavi ve yaklaşımları içeren dinamik bir süreçtir. Dünyada her yıl çok sayıda insan kanser tanısı almakta ve maalesef bunların yarısı yaşamını yitirmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2009 yılı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

kanser istatistiklerine göre erkeklerde en sık görülen 5 kanser sırasıyla akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanseridir. Kadınlarda en sık görülen 5 kanser ise meme, tiroit, kolorektal, uterus fundusu ve akciğer kanseridir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014).

Meme kanseri insidansı her geçen gün artan, meydana getirdiği semptomlar ile yaşam kalitesini düşüren özellikle kadınların hayatını tehdit eden bir hastalıktır. Ülkeler arasında prevalansı farklılık göstermekle beraber dünya genelinde kadınların mücadele ettiği kanserlerin %32' sini oluşturmaktadır. Ayrıca kadınlarda kanser nedeniyle meydana gelen mortalitenin %18' inden sorumludur (Daştan ve Buzlu, 2010). Ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanseri insidansı yaş ilerledikçe artmaktadır. 35 - 39 yaş aralığında insidansı 50.8 (100 000 kişide) iken, 45 – 49 yaş aralığında iki katına çıkarak 109.1 (100 000 kişide)' e yükselmektedir. Uzak metastaz olguların sadece %8.4' ünde görülürken, 5 yıllık sağ kalım oranı %90' dır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014).

Son yıllarda tanı ve tedavi olanaklarında hızla meydana gelen teknolojik gelişmeler meme kanserinde iyi prognoz oranlarını yükseltmiştir. Meme kanseri özellikle erken evrede yakalandığında tam tedavi edilme şansı oldukça yüksektir (Hocaoğlu ve ark., 2007). Ancak kanser yoğun tedavi süreci, tedavi sonrası meydana gelen agresif semptomlar ve birçok toplumda olduğu gibi Türk kültüründe de memenin estetik görünüşü, cinselliği, doğurganlığı, emzirmeyi ifade etmesi sebebiyle kadının şiddetli psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Meme kanseri kadının cinsel disfonksiyon, olumsuz beden algısı, stres, anksiyete, umutsuzluk, depresyon, izolasyon ve ölüm korkusu yaşamasına neden olmaktadır (Babacan 2006; Daştan ve Buzlu, 2010; Weiss, 2004). Hatta meme kanseri tanısı almayan kadınlarda hiçbir risk faktörü taşımadıkları halde insidansının yüksek olması, sık sık medyada yer verilmesi gibi etkenlerden dolayı meme kanserine ilişkin endişe yaşamaktadır. Bu endişe bazen meme kanseri teşhisi için tetkik yaptırmayı dahi engelleyebilmektedir (Vrinten ve ark., 2017).

Ölüme yüklenen anlam kültürel, sosyodemografik ve ekonomik faktörlere göre farklılık göstermektedir. Kimileri tarafından yaşamın sonu olarak tanımlanırken, kimileri ölümü yeni bir hayatın başlangıcı olarak düşünebilmektedir. Her nasıl tanımlanırsa tanımlansın tüm bireyler iyi bir ölüm deneyimlemek ister. Fiziksel, ruhsal ve manevi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ihtiyaçların karşılandığı, mahremiyetin korunduğu, kişinin onuruna yakışır iyi bir ölüm yaşamak temel bir insan hakkıdır (Yao ve ark., 2007).

Meme kanserine ilişkin endişenin ölüm korkusuna neden olduğu bilinmektedir (Babacan 2006; Daştan ve Buzlu, 2010). Ancak literatürde meme kanseri endişe düzeyinin iyi ölüme ilişkin düşüncelere etkisinin araştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Bu neden bu araştırmanın amacı, meme kanseri endişe düzeyinin iyi ölüme ilişkin düşüncelere etkisinin incelenmesidir.

YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma Malatya il merkezine bağlı bir aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı kadınlarla yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip ASM' ye kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yetişkin kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini 300 kadın oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş üzerinde olmak,
- Benign ya da maling meme hastalığı öyküsüne sahip olmamak,
- Ailesinde meme kanseri öyküsüne sahip olmamaktır.

1205

Araştırmanın verileri hastaların ASM' deki muayenelerinin ardından sesiz bir odada yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında Katılımcı Tanıtım Formu, Meme Kanseri Endişe Skalası (MKES) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) kullanılmıştır.

Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmaya dahil edilen kadınların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumu) belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan 4 sorudan oluşan bir formdur.

Meme Kanseri Endişe Skalası (MKES)

Ölçek Lerman ve ark. (1991) tarafından tüm kanser türlerine ilişkin endişeyi belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Lerman ve ark., 1991). Taştan ve ark. (2017) ise ölçeği meme kanserine modifiye ederek ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 6 maddeden oluşmaktadır. 5' li likert tarzda olan ölçeğin her sorusuna

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

verilebilecek puan 0-4 arasında değişmektedir. Ölçekte ters çevrilmiş soru bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 24 iken, en düşük puan 0' dır. Ölçeğin kesme puanı 12 olarak bulunmuştur. Böylece ölçekten 12 ve üzerinde puan alınması yüksek meme kanserini işaret ederken, ölçekten alınan puanın 12' den az olması düşük meme kanseri endişesini göstermektedir. Taşhan ve ark. (2017) ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısını 0.78 olarak bulmuştur (Taşhan ve ark., 2017). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak saptanmıştır.

İyi Ölüm Ölçeği

Ölçek Schwartz ve ark. (2003) tarafından iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Schwartz ve ark., 2003). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Fadiloğlu ve Aksu (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçek psikososyal ve manevi, kişisel kontrol ve klinik kontrol olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13. maddeler psikososyal ve manevi alt boyutunu, 15, 16, ve 17. maddeler kişisel kontrol alt boyutunu, 1, 2, 3, 5 ve 14. maddeler ise klinik kontrol alt boyutu oluşturmaktadır. 4' lü likert tipteki ölçekteki her soruya verilecek cevap 1 (hiç) ile 4 (çok) arasında puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17 iken en yüksek puan 68' dir. Fadiloğlu ve Aksu (2013) ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısını 0.92 olarak saptamıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach α güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla psikososyal ve manevi için 0.82, kişisel kontrol için 0.88 ve klinik kontrol için 0.79' dür (Fadiloğlu ve Aksu, 2013). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Psikososyal ve manevi alt boyutu Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.86, kişisel kontrol ve klinik kontrol alt boyutları için ise Cronbach α güvenilirlik katsayıları sıra ile 0.85 ve 0.79' dur.

1206

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, t test ve Cronbach α güvenilirlik analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı ASM' nin tüm hekimlerinden sözel izin almış, ardından sorumlu hekimden yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya alınacak kadınlara araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara istedikleri zaman araştırmadan

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

ayrılacakları, kendilerinden alınan bilgilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı belirtilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada kadınların yaş ortalamasının 38.97 ± 9.98 olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların %28.7' sinin lise mezunu olduğu, 29.7' sinin çalıştığı ve %56.7' sinin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (S: 300)

Sosyodemografik Özellikler		
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	38.97 ± 9.98	
Eğitim	Sayı	%
Okuryazar değil	3	1.0
Okuryazar	29	9.7
İlköğretim mezunu	60	20.0
Ortaokul mezunu	57	19.0
Lise mezunu	86	28.7
Üniversite mezunu	65	21.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	89	29.7
Çalışmıyor	211	70.3
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	59	19.7
Gelir gidere eşit	170	56.7
Gelir giderden az	71	23.6

1207

Araştırmada kadınların MKES puan ortalamasının 11.86 ± 4.68 olduğu bulunmuştur. Araştırmada kadınların %60.3' ünün yüksek meme kanseri endişesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların meme endişe düzeylerinin dağılımı (S: 300)

*Meme kanseri endişe düzeyi	Sayı	%
Düşük	119	39.7
Yüksek	181	60.3

*MKES ($\bar{X} \pm SS$): 11.86 ± 4.68

Araştırmada kadınların İÖÖ toplam puan ortalaması 58.98 ± 8.25 ' dir. Kadınların İÖÖ psikososyal ve manevi alt boyutu puan ortalaması 30.54 ± 5.17 , kişisel kontrol alt boyutu

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

puan ortalaması 11.47 ± 1.29 , klinik alt boyutu puan ortalaması ise 16.97 ± 2.85 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların İyi Ölüm Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (S: 300)

İyi Ölüm Ölçeği	$\bar{X} \pm SS$
Psikososyal ve manevi alt boyutu	30.54 ± 5.17
Kişisel kontrol alt boyutu	11.47 ± 1.29
Klinik alt boyutu	16.97 ± 2.85
Toplam	58.98 ± 8.25

Araştırmada meme kanseri endişe düzeyi düşük olan kadınların İÖÖ puan ortalaması 57.85 ± 9.55 iken, meme kanseri düzeyi yüksek olan kadınların 59.72 ± 7.20 dir ($p = 0.055$). Meme kanseri endişe düzeyi düşük olan kadınların İÖÖ psikososyal ve manevi alt boyutu puan ortalaması 29.84 ± 5.73 , meme kanseri endişe düzeyi yüksek olanların ise 30.99 ± 4.73 olarak bulunmuştur ($p = 0.058$). İÖÖ kişisel kontrol alt boyutunda ise meme kanseri endişe düzeyi düşük olan kadınların puan ortalaması 11.48 ± 1.42 , meme kanseri düzeyi yüksek olanların ise puan ortalaması 11.46 ± 1.19 dir ($p = 0.897$). Ancak aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Meme kanseri endişe düzeyi düşük olan kadınların İÖÖ klinik alt boyutu puan ortalaması 16.52 ± 3.51 iken, endişe düzeyi yüksek olan kadınların puan ortalaması 17.27 ± 2.27 dir ($p = 0.028$). Aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların meme kanseri endişe düzeyi ile İÖÖ puan ortalamasının karşılaştırılması (S: 300)

	Meme kanseri endişe düzeyi		İstatistiksel test ve anlamlılık
	Düşük $\bar{X} \pm SS$	Yüksek $\bar{X} \pm SS$	
İyi Ölüm Ölçeği	57.85 ± 9.55	59.72 ± 7.20	$t = -1.929$ $p = 0.055$
Psikososyal ve manevi alt boyutu	29.84 ± 5.73	30.99 ± 4.73	$t = -1.900$ $p = 0.058$
Kişisel kontrol alt boyutu	11.48 ± 1.42	11.46 ± 1.19	$t = 0.130$ $p = 0.897$
Klinik alt boyutu	16.52 ± 3.51	17.27 ± 2.27	$t = -2.206$ $p = 0.028$

SONUÇ

Meme kanseri endişe düzeyi klinik alt boyutu dışında iyi ölüme ilişkin düşünceleri etkilememiştir. ASM' lere sağlık hizmeti almak için ulaşan kadınların meme kanseri taramalarına yönlendirmeden önce meme kanseri endişe düzeylerinin belirlenerek uygun yaklaşımda bulunulması önerilmektedir. Bu şekilde olumsuz sonuç alma korkusu nedeniyle meydana gelebilecek tanı testlerini yaptırmadan kaçınma davranışının önlenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın daha büyük örneklerde tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim, 24(3), 4-9.
- Babacan GA (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3): 129-135.
- Daştan, N. B., & Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1), 73-78.
- Fadıloğlu, Ç., & Aksu, T. (2013). İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 29(1), 1-15.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B. K., Jepson, C., Brody, D., & Boyce, A. (1991). Psychological side effects of breast cancer screening. Health psychology, 10(4), 259.
- Schwartz, C. E., Mazor, K., Rogers, J., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Validation of a new measure of concept of a good death. Journal of Palliative Medicine, 6(4), 575-584.
- Taşhan, S. T., Tuba, Uçar., Derya, Y. A., Nacar, G., & Behice, Erci. (2018). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Modified Breast Cancer Worry Scale. Iranian journal of public health, 47(11), 1681.
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. Psycho-oncology, 26(8), 1070-1079.

PALYATIF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(4), 260-268.

Yao, C. A., Hu, W. Y., Lai, Y. F., Cheng, S. Y., Chen, C. Y., & Chiu, T. Y. (2007). Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients?. *Journal of pain and symptom management*, 34(5), 497-504.

S-218 NURSING CARE OF INDIVIDUAL RECEIVING TREATMENT IN THE PALLIATIVE CARE UNIT WITH COLON CANCER DIAGNOSIS IN LINE WITH THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL: CASE REPORT

Zeynep Sağlam¹, Tuğba Kavalalı Erdoğan¹, Zeliha Koç¹

¹Ondokuz Mayıs University, Health Science Faculty, Samsun/ Türkiye

Abstract

Colon cancer is one of the cancer types with the highest cancer-related mortality and morbidity rates. Colon cancer is the fourth most commonly seen cancer type in males and third in females. Oncology patients have to deal with many physical, psychological, social and economic problems during the care and treatment process starting from the diagnosis stage of the disease. In cases which patients' health problems and symptoms are not managed effectively, patients, as well as their relatives, are adversely affected by this process and their quality of life declines. In this respect, it is very important to provide a comprehensive palliative care service that also includes the education of patients and their families in order to increase their self-care abilities and the quality of life of patients and their relatives. Meeting the care needs of patients at an optimum level depends on the planning, implementation and evaluation of nursing care in accordance with standards. In this case report, an individual with colon cancer receiving care and treatment in the palliative care unit was evaluated in line with the "Functional Health Patterns Model" and nursing diagnosis was made in line with NANDA-I.

Key Words: Cancer, Colon cancer, Palliative Care, NANDA-I

Özet

Kolon kanseri, kanserle ilgili mortalite ve morbiditenin en yüksek olduğu kanser türlerinden biridir. Kolon kanseri en sık görülen kanser türleri içerisinde erkeklerde dördüncü, kadınlarda ise üçüncü sırada yer almaktadır. Onkoloji hastaları, hastalığın tanı aşamasından itibaren başlamak üzere bakım ve tedavi süreci boyunca fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutta birçok problemle baş etmek durumunda kalmaktadır. Hastaların deneyimledikleri sağlık problemleri ve semptomları etkin bir şekilde yönetilmediğinde, hastalar ile birlikte hasta yakınları bu süreçten olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu doğrultuda hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve öz bakım güçlerinin artırılmasında hasta ve ailesinin eğitimini de içinde barındıran kapsamlı bir palyatif bakım hizmetinin sunulması son derece önemlidir. Hastaların bakım gereksinimlerinin optimum

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

düzye karşılanabilmesi, hemşirelik bakımının standartlar doğrultusunda planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine bağlıdır. Bu olgu sunumunda palyatif bakım ünitesinde kolon kanseri tanısı olarak bakım ve tedavi gören bir birey “Fonksiyonel Sağlık Örutüleri Modeli” doğrultusunda değerlendirilmiş ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kolon kanseri, Palyatif Bakım, NANDA-I

INTRODUCTION

Cancer is a crucial health problem whose prevalence is rapidly increasing in the world and in our country, and it ranks second among the causes of death (Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, 2014). According to the 2018 data of the World Health Organization International Cancer Research Agency, 18 million people were diagnosed with cancer and 9.5 million people lost their lives due to cancer worldwide. In addition, it was determined that lung cancer (11.6%), breast cancer (11.6%) and colorectal cancer (10.2%) were the most commonly seen cancer types in the world; and the cancer-based deaths occurred due to lung cancer (18.4%), colorectal cancer (9.2%) and gastric cancer (8.2%), respectively (Bray et al, 2018). According to the 2014 data of the Turkey Head of Cancer Department, the most common cancer types in our country were determined as lung, prostate and colorectal cancer in males; breast, thyroid and colorectal cancer in females (Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, 2014). There are many factors that cause the formation of cancer; particularly lifestyle, dietary habits, genetic predisposition, smoking and alcohol consumption. The causes of colon cancer, whose prevalence rate is increasing both in the world and in our country, can be listed as advanced age, genetic structure, environment and diet-related factors, inflammatory intestinal diseases, adenomatous polyp history, high body mass index, sedentary life, smoking and alcohol consumption (Johnson et al., 2013; Çavdar, 2014). Depending on the treatment and prognosis of cancer disease, many physical, psychosocial, familial and economic problems may emerge (Hintistan et al., 2012; Çavdar, 2014). In this process, palliative care is very important in terms of meeting the care and support requirements of the individual and family with a holistic approach (İlaslan et al., 2017; Colibaseanu et al., 2018). Palliative care is an holistic approach that enables the early detection of the physical, psychosocial and psychological problems of the individual and his/her family trying to cope with the problems resulting from the diseases threatening life like cancer and elimination of these problems as well as aiming at increasing the quality of life together with curative treatment (Aksakal et al, 2018). High level

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

of mortality rate in colorectal cancers causes individuals to intensely experience many side effects and complications particularly pain developing based on the treatment and need palliative care. Palliative care nurse plays a key role in determining the needs and providing care by evaluating the individual and his/her family in terms of their physical, spiritual and psychosocial aspects (Elçigil, 2012; Aksakal et al., 2018). The use of the nursing process is crucial in maintaining the continuity of the care and evaluating the nursing interventions (Aksakal et al., 2019).

In this case report, the individual diagnosed with colon cancer was evaluated in line with the "Functional Health Patterns" model developed by Marjory Gordon and the nursing process was created by using the NANDA-International Taxonomy II Nursing Diagnoses and Nursing Interventions Classification (NIC) system.

AIM

The purpose is to form the nursing process that will meet the physical, psychological, psychosocial and spiritual needs of the individual.

CASE

Ş.Ç. is a 65-year-old married, literate and retired male patient. He lives in a detached house in a village with his wife. Ş.Ç., who had no chronic disease history in his medical background, underwent a surgery due to inguinal hernia 20 years ago. The patient, who had been smoking for 45 years, quit smoking a year ago. No trait was determined in his family history. The patient, who has applied to hospital in the city center with the complaints of loss of appetite, fatigue and abdominal pain, is staying at palliative care center with the diagnosis of colon cancer. The individual, who has been receiving care and treatment for about 1.5 months, does not know his disease. The patient has not undergone a surgery because of being at the advanced stage. During the hospitalization process, his wife and children accompany the individual by turns.

EVALUATION OF THE CASE IN LINE WITH THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL

1. Health Perception - Health Management: The patient has stated that he has been hospitalized for a long time, has pain and fatigue but does not know what his disease is. He has stated that he has thought he may have cancer due to loss of appetite, fatigue and increased pains and if this has happened to him, there is nothing to be done.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

2. Nutrition and Metabolism: The individual does not want to eat or even drink water because he has had abdominal pain after eating for 1.5 months and nausea for the last two days. Therefore, the nutrition of the patient is supported with Oliclinomel N4-550e 1500 ml (40ml/h) parenterally and Supportan Drink Cappuccino Aroma 4x200 ml. orally. Although there is no mucositis in his oral cavity, his tongue is quite dry. He has lost approximately 5 kilograms in the last 15 days. He feels weak. Nutrition and defecation of the patient are followed. What he eats and defecates during the day is balanced.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Imbalanced Nutrition: Less than Body Requirements Due to Abdominal Pain and Nausea

Domain 2: Nutrition, Class 1: Nutrition, Code: 00002

NIC Intervention:

Nutrition Management (Code: 1100) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Nutritional Support

Expected Patient Result: To provide the individual with daily food intake.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Risk for Impaired Oral Mucous Membrane Integrity Due to Dryness in Tongue and Lack of Oral Hygiene

Domain 11: Security/protection Class 2: Physical Injury Code: 00247

NIC Intervention:

Maintaining Oral Health (Code: 1710) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care; Nutritional Management (Code: 1100) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Nutritional Support.

Expected Patient Result: To enable a wet and pink-colored mouth mucous membrane of the individual and to prevent the occurrence of oral mucositis.

3. Excretion: The patient, who has been unable to defecate for about 10 days, provides the micturition through the urinary catheter. The patient with abdominal distention has stated that he is very uncomfortable with this condition. He has stated that gas is released with the help of laxative drugs. The intestinal sounds of the patient have been listened as 5/min. and they have been evaluated as hypoactive.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Constipation Due to Nutritional Inadequacy and Tumor

Domain 3: Elimination and Change, Class 2. Digestive function, Code: 00011

NIC Intervention:

Constipation/Fecal Plug Management (Code: 0450) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Elimination Management;

Nutritional Management (Code: 1100) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Nutritional Support.

Expected Patient Result: To enable the defecation and gas release of the individual.

4. Activity Exercise: Patient's vital signs; blood pressure: 100/60 mmHg, pulse: 88/min, body temperature: 36.4 °C, respiration 16/min. No abnormal findings have been detected in the muscle and joint motions of the patient. The patient has stated that he has difficulty in walking due to pain and weakness. He only moves in the bed. Since the Braden scale score is 12, he is in the high-risk group in terms of pressure sore.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Risk for Impaired Skin Integrity Due to Continuous Lying Position and Nutritional Deficiency,

Domain 11: Security Protection, Class 2: Physical injury Code: 00249

NIC Intervention:

Prevention of Pressure Sore (Code: 3540) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Skin/Sore Management

Expected Patient Result: Protection and maintenance of the skin integrity of the individual.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Impaired Physical Mobility Due to Fatigue

Domain 4: Activity/Rest, Class 2: Activity/Exercise, Code: 00085

NIC Intervention:

Energy Management (Code: 0180) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Activity and Exercise Management;

Nutritional Management (Code: 1100) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Nutritional Support

Expected Patient Result: To enable the individual to perform daily life activities independently.

5. Sleep-Rest: The patient, who is staying in a single room, has stated that he has difficulty in falling asleep at night. He has stated that sleeping for 1-2 hours during the day makes him feel better.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Disturbed Sleep Pattern Due to Hospitalization

Domain 4. Activity/rest, Class 1. Sleep/rest, Code: 00198

NIC Intervention:

Sleep Enrichment (Code: 1850) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care;
Environmental Management: Comfort (Code: 6482) Domain 1. Physiological: Basic, Class:
Improving Physical Comfort.

Expected Patient Result: To enable the individual to fall asleep easily at night and to provide a sufficient sleep.

6. Cognition-Perception: Because of the decrease in the hearing of the patient, communication is established by speaking aloud. The complaint of the patient with person and place orientation is the presence of stinging pain in his abdomen generally around the navel which he gives 6 points out of 10.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Abdominal Pain Due to Tumor Invasion

Domain 12: Comfort Class 1: Physical Comfort Code: 00133

NIC Intervention:

Pain Management (Code: 1400) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Improving Physical Comfort;

Drug Therapy Management (Code: 2380) Domain 1. Physiological: Complex, Class: Drug Management

Expected Patient Result: To enable the individual to express that other people believe and understand his pain and to verbally express the decrease in the level of pain with his facial expression and behaviors.

7. Self-Perception/Self: There is an upset facial expression due to pain and obscurity associated with his condition. The children of the patient have stated that the patient does not communicate unless necessary, and when they do, they have frequent arguments.

8. Roles and Relationships: The patient, who has settled in a village after retirement, lives with his wife. He has five children. His wife and child have stated that the patient is agitated and sensitive and has difficulty in communicating.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Impaired Social Interaction Due to Communication Incompetence

Domain 7. Role relationships, Class 3. Role Performance, Code: 00052

NIC Intervention:

Helping with Anger Control (Code: 4640), Domain 3: Behavioral, Class: Cognitive Therapy;
Improving Family Integrity (Code: 7100) Domain 5: Family, Class: Lifelong Care;

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Strengthening Communication: Hearing Impairment (Code: 4974) Domain 3. Behavioral Class: Strengthening Communication.

Expected Patient Result: To enable the individual to establish an effective communication with his family.

9. Sexuality and Reproduction: The patient has the appearance and characteristics suiting his sexual identity. Although there are no problems related to the reproductive organs, there is no active sexual life due to the disease process.

10. Coping and Stress: The patient is under stress due to pain, weakness, hospitalization and thinking that he may have cancer but not knowing the diagnosis. He shouts and fights while communicating with his wife and children.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Ineffective Coping, Due to pain and the Feeling of Uncertainty Regarding Disease Process

Domain 9: Coping/Stress Tolerance Class 2: Coping Responses Code: 00069

NIC Intervention:

Strengthening Support Systems (Code: 5440) Domain 3. Behavioral, Class: Coping Support; Support for Anger Control (Code: 4640), Domain 3. Behavioral, Class: Cognitive Therapy.

Expected Patient Result: To enable the individual to express that his stress level has reduced and to show positive coping skills.

11. Values and Beliefs: His wife has stated that the patient's pain and illness has not improved due to his lack of tolerance, he has been shouting because of being nervous and they have tried to relax by praying from time to time.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Spiritual Distress Due to Ineffective Coping and Anger

Domain 10. Principles of life, Class 3. Harmonization of Value/Faith/Action, Code: 00066

NIC Intervention:

Spiritual Support (Code: 5420) Domain 3. Behavioral, Class: Coping Support;

Facilitating Spiritual Development (Code: 5426) Domain 3. Behavioral, Class: Coping Support.

Expected Patient Result: To enable the individual to express that his anger has decreased and he feels peaceful.

DISCUSSION

In this study, the individual diagnosed with colon cancer was evaluated in accordance with the Functional Health Patterns Model, and NANDA-I nursing diagnosis and NIC interventions

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

appropriate for each diagnosis were determined by using NANDA Taxonomy II classification system.

The palliative care nurse plans the nursing care of the individual by determining the physical, social, psychological and spiritual needs of the individual and his family. Depending on the prognosis and treatment of colon cancer, patients may experience problems such as fatigue, change in the defecation habit, pain, involuntary weight loss, nausea and vomiting, oral mucositis and psychosocial distress (Hintistan et al., 2012; Çavdar, 2014). In our case; pain, constipation, nausea, inadequate nutrition, ineffective coping, impaired physical activity, social interaction and sleep patterns, disruption of the skin integrity and deterioration in oral mucous membranes were observed in the individual. In the studies conducted with the individuals with colon cancer, it was expressed that the individuals had similar problems and this supports our research findings (İlaslan et al, 2017).

In line with the findings obtained from this study, it was detected that the patient experienced spiritual distress and stress load due to anger and ineffective coping. In the literature, it is stated that depression, anxiety, nervousness, anger and spiritual problems can be observed in the prognosis and treatment process of the disease (Elçigil, 2012); however, in the studies conducted with cancer patients, a positive relationship was reported between spirituality and coping with stress and qualities of life (Küçük, 2014).

CONCLUSION

As a result, NANDA-I nursing diagnoses and the use of NIC interventions make a significant contribution to providing a systematic, holistic and quality nursing care. It is thought that the above-mentioned elements will contribute to the fulfillment of the requirements of the individual and his family, increase the quality of life and care satisfaction and strengthen the relationship and team collaboration among palliative care nurses.

REFERENCES

Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014
<http://www.kanser.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:16.08.2019

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A, Global cancer statistic 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018; 68: 394-424.

Johnson, CM, Wei, C, Ensor, JE, Smolenski, DJ, Amos, CI, Levin, B, Berry DA. Meta-Analyses of colorectal cancer risk faktors. Cancer Causes Control 2013; 24, 1207-1222.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Çavdar İ. Kolon, rektum ve anal kanserler. Can, G, ed. Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014.707-719.

Hintistan S, Çilingir, D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. GÜSBD 2012; 1(3):153-164.

İlaslan E, Özer Z, Kol E, Kolorektal kanserlerde palyatif bakım hemşireliği, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2017; 3(1): 43-48.

Colibaseanu DT, Osagiede O, Spaulding AC, Frank RD, Merchea A, Mathis KL, Parker AS, Ailawadhi S, The determinants of palliative care use in patients with colorectal cancer: a national study, American Journal of Hospice Palliative Medicine, 2018, 35(10):1295-1303.

Aksakal K., Palyatif bakım hemşireliği. Aksakal K., Koç O. Aksakal H, ed. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı, Akademisyen Kitabevi, İstanbul, 2018: 15-25.

Elçigil A, Palyatif Bakım Hemşireliği, Gülhane Tıp Derg, 2012; 54: 329-334.

Küçük L, Kanser hastalarında spiritüel bakım. Can G, ed, Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014. 981-987.

S-219 PALYATİF BAKIMDA TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINDA MÜZİK TERAPİNİN ETKİSİ

THE EFFECT OF MUSIC THERAPY IN COMPLEMENTARY MEDICINE APPLICATIONS IN PALIATIVE CARE

Funda ÖZDEN

İnönü Üniversitesi, Güzel Sanatlar ve Tasarım Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Müzik terapi uygulaması, yüzyıllardır çeşitli hastalıklar için kullanılmış, modern tıp protokollerinin yanında tamamlayıcı bir tedavi yaklaşımıdır. Palyatif bakımda müzik terapi uygulaması; yaşamının son döneminde veya hastalığın herhangi bir döneminde, ayrıca terminal dönem kanser hastalarında; başta ağrı olmak üzere, çeşitli semptomları azaltmada, yaşamının son dönemlerini kaliteli ve pozitif geçirebilmelerini sağlamak amacı ile, müziğin öğelerini terapötik amaç için kullanma ilkesine dayanmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde yapılan müzik terapi çalışmaları; hastaların ağrılarının dindirilmesi, çevreye oryantasyonun sağlanması, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyon için yaşam kalitelerinin artırılmasında etkin rol oynamaktadır. Bu bildiride müzik terapi uygulamasının palyatif bakım ünitelerinde nasıl işlendiğine dair çalışmalara yer verilmiştir. Çalışmanın bir takım sınırlılıkları olduğu ve gelecekte benzer konularda yapılabilecek araştırmalara yönelik bazı önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Müzik Terapi,Kanser,Palyatif,Ağrı

Abstract

Music therapy is a complementary treatment approach in addition to modern medical protocols that have been used for various diseases for centuries. Music therapy in palliative care; in terminal cancer patients during the last period of life or at any time of the disease; It is based on the principle of using the elements of music for therapeutic purposes in order to provide quality and positive life in the last stages of life in reducing various symptoms, especially pain. Music therapy studies in palliative care units; The patient plays an active role in relieving the pain of the patients, providing orientation to the environment, and improving the quality of life for physical and mental rehabilitation. This paper includes studies on how music therapy is handled in palliative care units. The study has some limitations and some suggestions for future research on similar subjects are included.

Key Words: Music Therapy, Cancer, Palliative, Pain

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi açıdan hastalık; nesnel (objektif) anlamdadır. Bu anlamıyla hastalık belirli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder.(1) İnsanların yaşam kalitelerini azaltan hastalıklarla mücadele etmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için insanlar yaşamları boyunca sadece tıbbi müdahalelerle değil aynı zamanda duygusal anlamda yoğunlaşmak için müziği de kullanmışlardır. Müziğin oluşumundaki temel bileşeni titreşimdir.

Her maddenin, nesnenin bir titreşimi olduğundan titreşim tıbbi olarak bedenimizin farklı bölümlerinin hepsinin (doku,organ,kemik ,farklı vücut sistemleri) de kendine göre eko yapan frekansları vardır. Bunlar beraber harmonik birliktelik oluşturur. Bu özel titreşim düzeyidir. Bedenin belirli bir bölümü uyumdan uzak, rahat olmayan titreşim yaydığına, vücudun çeşitli bölümlerindeki hücresel titreşimler farklı sebeplerle bozulmaya uğradığında vücut bir rahatsız olma durumu yaşayabilir. Bunu da “hastalık” olarak tanımlayabiliriz.(2)

Bu çalışmada palyatif bakım ve müzik terapisi konuları incelenmiş olup, bu iki kavramın birbirleriyle ilişkileri yapılan literatür çalışmalarıyla ele alınmıştır. Araştırmanın temel amacı, palyatif bakım ünitesinde tamamlayıcı tıp uygulamalarında olan müzik terapisinin etkisini yapılan çalışmalarla desteklemektir.

Çerçevesi çizilen amaç doğrultusunda çalışma iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışmada ele alınan kavramların teorik zeminde açıklanmış, ikinci bölümde ise çalışma konularıyla ilgili yapılan araştırma ve literatür çalışmalarına yer verilmiştir. Ayrıca çalışmanın sonuç kısmında, araştırma bulgularından hareketle araştırmalara yardımcı olabilecek bir takım çıkarımlarda ve önerilerde bulunulmuştur.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE KAVRAMLAR ARASI İLİŞKİLER

Palyatif Bakım; eskiye nazaran artık kronik ve yaşam için tehlike arz eden, iyileşmesi mümkün görünmeyen kişilerin miktarında hızlı bir yükseliş olması ve sağlık çalışanlarının bu hastaların rehabilitasyonuna karşı alakalarındaki yükseliş; palyatif bakım ünitelerinin yeni bir birim olmasına rağmen, tıbbın öteki disiplinleri içinde hızlıca kendine yer edinmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1990 senesinde palyatif bakımı “hastalığı iyileştiren tedavilere yanıtız kalan hastalara verilen etkin ve kapsamlı bakımdır” şeklinde tanım yaparken, 2002 senesinde “yaşam için tehlike arz eden hastalıklar ile mücadele eden hasta ve yakınlarının bedensel, psikolojik, sosyolojik ve ruhsal problemlerini erken teşhis etme, değerlendirme, tedavi olmalarını sağlayarak acı çekmelerinin önüne geçerek, yaşam kalitelerini yükseltme amacı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

olan bir disiplin” şeklinde tanımlanmıştır. Palyatif bakımın hedefi; hastaların ağrı ve diğer belirtilerinin ortadan kaldırılması, nütrisyon desteği, psikososyal destek, hastanın rahatının sağlanması ve bakım hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi ve hastanın işlevsel durumunun yükseltilmesi hedeflenerek, multidisipliner bir ekip ile bu hizmetin hastaya verilmesidir. Bu süreç içerisinde hasta ve ailelerinin hayat kalitelerinin yükseltilmesi ana hedefdir.(3)

Geleneksel kanser tedavisini tamamlayan veya bazen geleneksel tedaviye alternatif olarak kanser hastalarının kendisi tarafından uygulanan binlerce TAT metodu ve tedavisi vardır. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (NCCAM) 200 'den fazla tamamlayıcı tedavi beş sınıfta toplamıştır. Bunlar:

1. Alternatif ve medikal sistem (akupunktur ve qi gong'u kapsayan geleneksel çin tıbbı, homeopati, ayurveda),
2. Beden-zihin tedavisi (biyofeedback, hipnoz, gevşeme/meditasyon, müzik, hayal kurma, dua/spirualite),
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkisel tedavi, yüksek doz vitaminler, özel diyetler),
4. Enerji tedavileri (iyileştirici dokunma, reiki),
5. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, egzersiz, chiropractic, hidroterapi, refleksoloji, akupunktur). (4)

Kanadalı müzik terapisti Susan Munro, Montréal'daki Balfour Dağı'nda kurduğu dünyanın ilk palyatif bakım ünitesindeki ölümcül hastalarla yaptığı çalışmaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal etkisini sistematik olarak tanımlayan ilk kişi olmuştur.(5)

Palyatif bakımda, müzik, sanat, jimnastik, solunum gibi terapistler, hasta bireylerin, kelimelerle ifade edemedikleri duygularını ve gelenek dışı yollarla hastalıklarını kabul etmelerine, hislerini ortaya çıkarmalarına ve gevşemelerine, cesaretlerinin artmasına, dikkatlerini farklı bir şeye odaklamalarına yardımcı olur.(6)

Kanser tanısı aldıktan sonra başlayan, tedavi sırasında ve sonrasında problemlerin giderilmesi ve hayat kalitesinin yükseltilmesi merkezli bakım, palyatif bakım ile sağlanabilir. Palyatif bakım birimi, hastanın semptomları kontrolden çıktığında ya da evde bakımın yetersiz kaldığı durumlarda hastayı kabul ederek gerekli olan bakımı hastane ortamında vermektedir. Palyatif bakım hizmeti alan hastalarda uykusuzluk, ağrı, anksiyete, dispne gibi semptomların kuvvetinin zayıfladığı, hayatta kalmada artış sağlandığı, psikolojik olarak kişinin kendini iyi hissetmesinde artış olduğu belirtilmektedir.(7)

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Palyatif bakım ünitelerinde uygulanabilecek sanat terapi uygulama yelpazesi çok geniş olmamakla birlikte, ilk uygulama alanı 1930'lu yıllara dayanmaktadır. sanatın hastane içinde terapi maksatlı kullanılmaya başlanmasının ussal dayanağı 2. Dünya savaşı ve etkileridir. Sözü edilen dönem dışı vurumculuğun kendini gösterdiği 1930'lu yılların sonu ile başlayıp 1950'lere kadar sürmüştür. Savaşın etkilerini düzeltmek, özellikle askerlerin rehabilitasyonunun karşılanması için psikiyatride değişik yöntemler denenmiştir. Bu zaman içinde psikiyatrik hasta ile ilgili bakım ve tedavi protokollerinin farklılaşmaya başladığı görülmüştür. Verilen psikiyatrik hizmetlerin özelleşmiş alanlardan çok ayakta hizmet veren genel hastanelerde çoğalması fikri kabul edilmiştir. Akıl hastanelerinde sanatın ön plana alındığı tedavi şekilleri çalışılmaya başlanmıştır.(8)

Psikoloji bilimindeki sanatsal anlatım teknikleri akıl hastalarıyla birlikte yapılan sanat çalışmaları sayesinde doğmuştur. Sanat Terapisi; sanat materyallerinin kullanıldığı dışavurumcu terapinin bir biçimidir. (9) Sanat terapi olarak isimlendirilen bu çalışmalar duygusal durumun sanatsal kanallar ile dışı yansıması esasına dayanır. Eğitimli bir terapist ile birlikte türlü malzemelerle yapılan etkinliklerde duyguların yansıtılması yolu ile ortaya çıkartılması temeline dayanır. Sanat ile ilgili bilgi ve tecrübeye bakılmaz fakat sanatsal bir tecrübe deneyimlenir. Kendini dile getiremeyen ,iletişim sıkıntısı çeken, kişilerde basitleştirici ve ilerletici etkileri vardır. Büyük bir alana sahip olan sanat terapisinin uygulandığı sahalar şöyle özetlenebilir;

- Pediatri, geriatri, buluş çağı psikolojisi, psikiyatrisi çalışmaları
- Öğrenme güçlüğünde, dil ve konuşma bozuklukları birimlerinde ve otizm hastalığında,
- Alkol ve madde bağımlılığı birimlerinde,
- Adli birimlerde,
- Psikoterapi kliniklerinde,
- Travma ünitesi olan yerlerde ve Eğitim verilen alanlarda,
- Palyatif bakım ünitelerinde ve ölüm sonrası destek veren birimlerde.(10)

Müzik terapisi sanat terapisinin uygulama alanlarından biridir. Müzik bireyin ağrıya dayanma gücünü arttıran bilişsel etmendir. Müzik terapisi ise; sözlü iletişimde aksan, kuvvet ses perdelerindeki yükseliş ve alçalışlar gibi niteliklerin oluşturduğu konuşmanın ezgisi, ifade etmek istenileni direk etkiler. Mutlu olmak, üzüntü, sinirlilik veya kaygı kaynaklı duygudurum hallerini gösteren iletişimlerin benzer olmayan melodik niteliklerden oluşmaktadır. Dil

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ve müzik üzerinde çalışırken pek çok sinir ağını birlikte kullanan beyin, konuşma ve müziğin bilhassa duygu-durumsal alanlarını algılama sırasında değişik ve sadece müzik ile ilgili işlem de yapmaktadır.(11)

BULGULAR

Müzik terapi üzerine palyatif bakım ünitelerinde yapılan çalışmalar çoğunlukla yaşam sonunu destekleyici etkisinden dolayı ayrıca anlamlıdır.

Müzik terapinin tıpta pek çok alanla ilişkisi olduğu ve bu alanlarda çalışmalar yapıldığı görülmüştür. İnsan müzikten başka sanat dallarına göre daha fazla etkilenmektedir. Müzik, ruhun farklı tepkilerini en güzel ifade eden sanattır. Bu özelliğindedir ki; psikoloji ve müzik arasında natürel bir bağ vardır.(12)

Maggee (2005) bilinç düzeyi düşük olan hastalarda müzikli ve müziksiz uyaranlara verdiği tepkileri karşılaştırdığı çalışmada hastanın müzikli uyarana verdiği tepkinin müziksiz uyarana verdiği tepkiden daha amaçlı davranış sergilediğini tespit etmiştir.(13)

Benzer bir çalışmada otonom sinir sistemine ait cevapları etkilediği görülen müzik terapi uygulaması; ağrı, nefes darlığı, mide bulantısı, iştahın azalması, uyku sorunları, konstipasyon gibi ortaya çıkan fizyolojik semptomlarda pozitif değişiklikler sağladığı gözlemlenmiştir. Yorgun ve tükenmiş olma semptomlarında bilhassa reseptif müzik terapi tedavisi alan hastalarda pozitif farklılıklar görülürken, hastanın seans boyunca hareket etmesine ihtiyaç duyulan müzik terapi seanslarında bulunan hastalarda yorgunluğun artması, nefes darlığı probleminin olması gibi olumlu olmayan etkilerde görülmüştür.(14)

Ayrıca Montgomery ve Martinson(2006), müzik terapisinin motor davranış bozuklukları ve öğrenme güçlüğü üzerinde olumlu sonuçlar verdiğini tespit etmişlerdir.(15)

Müzik terapi palyatif bakım alan ölümcül hastalarda, gevşeme ve iyilik halini subjektif olarak iyileştirmiştir. Gruplar arasındaki etki büyüklükleri orta ile yüksektir. Bu bulgu hem kalp hızındaki yüksek frekanslı (HF) değişkenlikteki önemli artış hem de daha fazla periferik kan akışına doğru bir eğilim ile desteklenmektedir; bu, otonom sinir sisteminin kardiyovasküler aktivitesinin azalmış sempatik modülasyonunu ve parasempatik modülasyonun azaldığını göstermektedir. (16)

Gutgsell ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada terapist rehberliğinde tek bir müzik terapisi müdahalesinin palyatif bakımda ağrıyı azaltmada otojenik rahatlamanın ve canlı müziğin etkili olduğu tespit etmişlerdir.(17)

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Horvitz palyatif tıp merkezinde yapılan müzik terapi programında, hastalar ve aileleri, olumlu sözel tepkiler, rahat ve değişken etkiler sergilemişlerdir. Personel anketleri de terapistler tarafından toplanan verileri desteklemektedir.(18)

Benzer şekilde McConnell ve arkadaşlarının (2016) 3 uygulamayı kattıkları sistematik derleme çalışmasında bulgular,palyatif bakım hastalarında ağrının azaltılmasına yardımcı olmak amacı ile müzik terapisinin etkili olabileceğini göstermiştir.(19 olacak)

Buna karşın Bradt ve Dileo (20 olacak) yaşam sonu bakımda müzik terapi çalışmasını; ağrı, anksiyete, yaşam kalitesi, işlevsel iyilik hali, psikofizyolojik iyilik hali, sosyal ve ruhsal iyilik hali olmak üzere 7 parametrede incelemesi sonucu değişim enerjisi için yeterli kanıt bulamamışlardır.

Shields'in 2016/2017 yıllarındaki çalışmasında demans hastalarını hedef alan "yaşam için çalma listesi" konsepti, palyatif bir bakım ortamında kullanılmak üzere yavaş yavaş geliştirildiğini ifade etmektedir. Yaşam sonu bakımda "Yaşam için çalma listesini" daha da geliştirme fırsatı, müzik olarak terapinin anılara ilgili etkinliğini artırmada ve bu sektördeki bakımın önemini yinelemekte fayda sağlayacağı değerlendirilmektedir.(21)

Kanser ve Müzik Terapi:

Palyatif bakım birimlerinde tamamlayıcı tıp uygulamaları birçok hastalığın tedavisinde uygulanırken özellikle kanser tedavilerinde etkin olarak uygulanmaktadır. Kanser tedavisindeki tamamlayıcı amaçlar birbiri ile ilişkili olarak aşağıdaki gibidir:

- Gevşeyerek rahatlamayı sağlamak,
- Stres ve kaygı seviyesini düşürmek,
- Ağrı ve diğer semptomları gidermek,
- Basmakalıp kanser tedavisinin yan etkilerini minimum seviyeye getirmek,
- Uyku düzenini sağlamak.
- Bu amaçların birlikte elde edilmesi, bütün olarak iyilik halinin ve hayat kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır.(22)

Krishnaswamy ve Nair (2016) tarafından yapılmış yarı deneysel olan çalışmada kontrol grubu ile sohbet edilmiş, deney grubuna ise müzik terapi uygulanmıştır. Sonuç olarak deney grubunda kansere bağlı ağrı skorlarının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür.(23)

Ayrıca ağrı yönetiminde müzik terapinin kullanılması, anestezi ve analjeziklerin etki etmesini artırır. Anestezi yapılmadan ağrı karşısında duyarsızlaşmaya yardımcı olacağı, ağrı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

duygusunu azaltacağı, kontrol altına alacağı ağrı ile ilişkili endişeleri azaltacağı ifade edilemektedir.(24)

Müzik terapisinin uygulama yöntemlerinden biri de metaforik müzik terapisi. Metaforik müzik terapi uygulaması Fransız müzik terapisti Cecilia Jourtpineau tarafından kişisel terapi için geliştirilen bu yöntem, şiddetli doz morfin ile geçirilemeyen ağrısı olan hastalarda uygulanmıştır. Bu yöntemin uygulama şekli hastanın sevdiği müziğe göre seçilmiş 20-25 dakikalık bir müzik dinletisi esnasında gazete ve dergilerden beğendiği resim veya fotoğrafları ya da parçaları kesmesi söylenir. Sonrasında müzik sona erdiğinde 20-30 dk boyunca yapılan kolajdan metaforik hikayeleme anlatılır.(25)

Gallagher ve arkadaşları (2006:863) müzik terapisini objektif olarak değerlendirdikleri ilk çalışmalarında 200 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada iki farklı test kullanarak veri analizi yapmışlar. Sonuç olarak hastalarda anksiyete, depresyon, ağrı ve nefes darlığı gibi bireysel semptomlarda müzik terapi girişiminden sonra azalma olduğu tespit etmişlerdir.(26)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde artan önemi daha çok farkına varılan palyatif bakım merkezlerinin, gerek yaşam sonu bakım birimi olarak, gerekse yaşamın herhangi bir döneminde doğan ihtiyaçtan kaynaklanan bir merkez olarak yürüttüğü başarılı çalışmalarının sonuçları tartışılmaz bir gerçektir. Palyatif bakım ünitelerinde kısıtlı olarak gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerinin devamı kadar sosyal yaşama katılmanın zorlukları da ortadadır. Palyatif bakım döneminde ressam Frida Kahlonun babası tarafından ona resim çizmesi için verdiği boya kalemleri ile başlayan profesyonel sanat hayatı gibi, sanat terapi içinde yer alan müzik terapi uygulamaları da hastaların bedensel olarak iyileşme ve rehabilitasyonu yanında, onların yaşam ile bağlarını güçlendirmeleri yönünde faydalar da sağlamaktadır.

Bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde tamamlayıcı tıp uygulamalarından olan müzik terapisinin etkisinin olup olmadığı literatür taramaları yapılarak araştırılmaktadır.

Yapılan araştırmalarda palyatif bakımda müzik terapi uygulamalarının hastaların beden ve ruhen iyilik hallerinin devamının sağlanmasında kişinin yaşı, yorgunluk durumu, anlık duygulanımları gibi kişiye özel faktörlerin de etkili olduğunu düşünülünce müzik terapi uygulamaları ile ilgili araştırmaların müziğin evrenselliğinin yanında bireysel farklılıklar üzerinde daha başarılı sonuçlar alındığı görülmüştür. Kathy (2013) tek bir müzik terapisi müdahalesinin hastanede yatan palyatif bakım hastalarında ağrıyı azalttığını tespit etmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kanıta dayalı müzik terapisi uygulaması Genellikle bireyselleştirilmiş Tedavi planının bir parçası olarak hasta tarafından tercih edilen Müziği kullanır.(27)

Bununla birlikte Nainis ve arkadaşları (2006) kanser tanısı konmuş 55 birey üzerinde yaptıkları müzik terapisi seansları sonucunda ağrıda, yorgunlukta ve kaygı düzeyinde anlamlı azalma olduğu tespit etmişlerdir.(28) Bu araştırmalar çalışmanın geçerliliğini destekler niteliktedir.

Bu çalışma ile ilgili birtakım önerilere de yer verilmektedir. Bunlar;

-Palyatif bakım ünitelerinde müzik terapi uygulamalarının yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmaların artırılması gerekmektedir.

-Diğer sanat terapi çalışmalarının (resim, şiir, dans, drama, seramik) vazgeçilmez bir parçası olan müziğin, derinlemesine terapötik olarak kullanımına yönelik bilimsel araştırmaların yaygınlaştırılmalıdır.

-Sadece hastanelerde değil, evde bakım birimlerinde de müzik terapi çalışmalarının yaygınlaştırılmalıdır.

Çalışmanın çeşitli sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki, çalışmanın konusunun genelleştirilemeyeceğidir. Palyatif bakım ünitesinde tamamlayıcı tıp uygulamalarında müzik terapisinin etkisinin diğer tüm terapi yöntemleriyle aynı etkiyi vermeyebileceğidir. İkinci sınırlılık ise, bu çalışmadaki müzik terapi uygulamalarının palyatif bakım ünitelerinde uygulanmış olmasıdır. Başka alanlarda uygulandığında aynı etkilerle karşılaşamayabilir. Gelecekte farklı kültürlerde veya farklı gelişmişlik düzeylerine sahip ülkelerde değişik açılardan ele alınmasının literatüre katlı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bolsoy,N.,Sevil,Ü., Sağlık hastalık ve kültür etkileşimi, Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 2006;9(3):80.
2. Karamızrak N., Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi ; Koşuyolu Heart Journal 2014;17(1):55
3. Şahan Uslu F., Terzioğlu F., Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi, 2015;4(2):82
4. Yıldırım Kuzeyli, Y., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler, 2006; 27.(4)

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5. Marco Warth, M.,Kessler, J.,Koenig, J.,Wormit, A. F.,Hillecke, T. K.,Bardenheuer, H. J., Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: Protocol of A Randomized Controlled Trial, BMC Palliative Care, (2014) 13/60.
6. Bağ, B., Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları, Türk Onkoloji Dergisi, 2012;27(3):146.
7. Uysal N.,Şenel G.,Karaca Ş.,Kadioğulları N., Koçak N., Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi, 2015;105
8. Acar S. Sanatla Terapi ve Yaratıcılık, Ankara ,2017,Nobel,10
- 9.Aydın,B., Tıbbi sanat terapisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(1);1
11. Torun,Ş., Müziğin beynimizdeki yolculuğu, Osmangazi Tıp Dergisi, 2016;38 (Özel Sayı 1):67
12. Gençel,Ö. Müzikle tedavi, 2006,Kastamonu Eğitim Dergisi,14(2),701
13. Camila Siqueira Gouvea A Goncalves,Music Therapy with People in Low Awareness States: A Systematic Review,2013,
14. Kıtırcı, B., Palyatif bakım ünitelerinde uygulanan müzik terapi çalışmaları üzerine bir araştırma, DOI NO: 10.5578/amrj.67083
15. Montgomery, J.,Martinson,A.,Partnering with Music Therapists: A model for addressing Students' musical and extramusical goals.,2015.
16. Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K., & Bardenheuer, H. J.. Music Therapy in Palliative Care. Deutsches Aerzteblatt Online, (2015), 791
17. Kathy Jo Gutsell, RN, MT-BC, Mark Schluchter, PhD, Seunghye Margevicius, MA, MSN, Peter A. DeGolia, MD, Beth McLaughlin, MD, Mariel Harris, MD, JD, Janice Mecklenburg, CNP, CHPN, and Clareen Wiencek, PhD, CNP, CHPN,Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial, Journal of Pain and Symptom Management, 2013,
18. Lisa M. Gallagher Molly J. Huston Kristine A. Nelson Declan Walsh Anita Louise Steele, Music therapy in palliative medicine.160
19. Bradt J, Dileo C, Music therapy for end-of-life care (Protocol),2009,
20. Mcconnell,T.,Porter,S..., PH.D..Music therapy for palliative care: A realist review
- 21.Shields,A.,Music and Life: an insight into the use of music as therapy within adult palliative care in central scotland,2016/2017,27

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

22. Ernst E: Complementary therapies in palliative cancer care. Cancer 2001; 2182
23. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: A pilot study. Indian journal of palliative care 2016;22:307-311.
24. Kenneth E. Bruscia ,Müzikle Terapiyi Tanımlamak,Ankara,2016,Nobel Yaşam
25. Öztürk L.,Müzik Terapi Terimleri Sözlüğü ,2019,Hipokrat,Edirne
26. Gallagher,L,MÇ, Lagman,R.,Walsh,D.,Davis,M,P.,LeGrand,S,B.,The clinical effects of music therapy in palliative medicine ,2005, Support Care Cancer (2006) 14:863
27. Gutgsell, Jo K.,Schluchter,M.,Margevicius,S.,DeGolia, A, P., B,McLaughlin., Harris, M.,Mecklenburg, J.,and Wiencek,C., Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial, Journal of Pain and Symptom Management, 2013,45,5;
28. Nainis,N., A. Paice ,J.,Ratner, J., H. Wirth, J., La, J.,Shott.,S.,Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy,2006;31(,2):

**S-220 ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI VE SEREBRAL VENÖZ SİNÜS
TROMBOZU: OLGU SUNUMU**

**ORAL CONTRACEPTIVE USE AND CEREBRAL VENOUS SINUS THROMBOSIS:
CASE REPORT**

Özlem Soylu*, Gülçin Nacar**

*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi

** İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Özet

Serebral venöz tromboz (SVT), çeşitli semptom ve bulgular gösterdiğinden tanılması zor bir hastalıktır. Son yıllarda teknolojik ilerlemelere paralel olarak ortaya çıkan görüntüleme yöntemleri ile tanı koymak kolaylaşmış ve hastalığın görülme sıklığı artmıştır. SVT erişkinlerde meydana gelen inmelerin %0.5' inden sorumludur. SVT kadınlarda daha sık görülmektedir. Erkeklerde her yaş grubunda homojen görülmesine rağmen, kadınlarda en sık 20-35 yaş grubunda görülmektedir. Bu durum SVT' nin gebelik ve oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Hastalar genellikle kuvvetsizlik, uyuşma, zonklayıcı baş ağrısı, çift görme, nöbet, ve bilinç kaybı şikayetleriyle hastaneye başvurmaktadır. Bu olgu sunumunda, 45 yaşındaki kadın hastanın Ramazan Ayında menstruasyon oluşumunu engellemek amacıyla oral kontraseptif kullanması sonucu ortaya çıkan SVT tanısı nedeniyle almış olduğu tedavi ve bakım incelenmiştir. Hasta baş ağrısı ve mide bulantısı şikayetiyle kliniğe başvurmuştur. Yapılan beyin MR ile hastanın bulgularının SVT ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: menstruasyon, oral kontraseptif, serebral venöz sinüs trombozu

Abstract

Cerebral venous thrombosis (CVT) is a difficult disease to diagnose because it presents various symptoms and signs. In recent years, diagnostic methods have become easier and imaging incidence has increased in parallel with technological advances. CVT is responsible for 0.5% of strokes in adults. CVT is more common in women. Although it is homogenous in men in every age group, it is most common in women in the 20-35 age group. This suggests that CVT may be associated with pregnancy and oral contraceptive use. Patients usually

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

present to hospital with weakness, numbness, throbbing headache, double vision, seizures, and loss of consciousness. In this case report, the treatment and care of a 45-year-old female patient with the diagnosis of CVT caused by the use of oral contraceptives to prevent menstruation during Ramadan was examined. The patient was admitted to the clinic with headache and nausea. Brain MRI showed that the patient's findings were compatible with CVT.

Key words: cerebral venous sinus thrombosis, menstruation, oral contraceptives

GİRİŞ

Serebral venöz tromboz (SVT) erişkinlerde meydana gelen inmelerin %0.5' inden sorumludur. SVT kadınlarda daha sık görülmektedir. Erkeklerde her yaş grubunda homojen görülmesine rağmen, kadınlarda en sık 20-35 yaş grubu olan doğurganlık döneminde görülmektedir (Kocatürk ve ark., 2012; Amoozegar ve ark., 2015). Bunun nedeni SVT etyolojisinde gebelik, postpartum ve oral kontraseptiflerin (OKS) önemli role sahip olmasıdır (Amoozegar ve ark., 2015; Renowden, 2004; Uluğ ve ark., 2008; Bektaş ve ark., 2015; Akgün ve ark., 2014). Bektaş ve ark., (2015) 68 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların %10.3' ünün oral kontraseptif kullanımı, %10.4' ünün gebelik ve %8.8' i puerperium nedeni ile SVT geçirdiğini bildirmiştir (Bektaş ve ark., 2015). Akgün ve arkadaşları (2014) da 17 olgu ile yapmış oldukları araştırmada vakaların 3' ünde gebelik, diğer 3' ünde ise oral kontraseptif kullanımı öyküsünün olduğunu saptamıştır (Akgün ve ark., 2014). SVT' nin etyolojisinde rol oynayan diğer faktörler ise; koagulopatiler, kafa travmaları, kranial tümörler ve enfeksiyonlar, lomber ponksiyon yapılması, malignite, Behçet Hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, dehidratasyon, bağ dokusu hastalıkları, nefrotik sendrom ve bazı ilaçlardır (Amoozegar ve ark., 2015; Renowden, 2004). SVT' nin çok sayıda etken nedeniyle meydana gelmesi ve ortaya çıkan bulguların birçok hastalıkta ortak görülen yakınmalar olması tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle SVT' nin genel belirti ve bulgularının gebelik ve doğum sonu süreçte sık görülen bulantı, baş ağrısı gibi ortak bulgular olması tanının gecikmesine neden olmaktadır (Coutinho ve ark., 2011). SVT' nin en sık görülen bulgusu baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, papil ödem, görme kaybı, çift görme, kuvvet kaybı, afazi, bilinç düzeyinde değişim, sersemlik ve nöbettir (Amoozegar ve ark., 2015; Coutinho ve ark., 2011; Renowden, 2004).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

SVT tanısı görüntüleme yöntemleri ile konmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), MR venografi ve gradient eko sekansı en çok kullanılan tanılama yöntemleridir (Kaya ve Yıldız, 2011; Saposnik ve ark., 2011). SVT tedavisinde üç temel unsur bulunmaktadır. Bunlar; antikoagülan tedavi, kafa içi basıncın azaltılması ve altta yatan nedenin tespiti ve tedavisidir (Saposnik ve ark., 2011). Kafa içi basıncı azaltmak amacıyla mannitol, asetozolamid gibi hipertonic ilaç tedavisi başlanmaktadır. Ayrıca başın 30° yükseltilmesi ve boşaltıcı lomber ponksiyon uygulaması, karbondioksit parsiyel basınçlarının 30-35 mmHg olacak şekilde hiperventilasyon yararlı olabilmektedir. Tüm tedavilere rağmen hastada hızlı bir nörolojik kayıp varsa dekompresif cerrahi gerekebilmektedir. Papil ödemi uzun süre devam eden SVT' li hastaların görme alanlarının değerlendirilmesi şant ameliyatının gerekliliğini değerlendirmek adına önemlidir (Kısabay ve ark., 2015).

Bu olgu sunumunda, 45 yaşındaki kadın hastanın Ramazan Ayında menstruasyon oluşumunu engellemek amacıyla oral kontraseptif kullanması sonucu ortaya çıkan SVT tablosu nedeniyle almış olduğu tedavi ve bakım incelenmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın verileri, hastanede kullanılan standart "Hemşire Veri Toplama Formu" ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler sonucu hastaya literatüre uygun hemşirelik bakımı uygulanmıştır.

OLGU SUNUMU

Olgumuz, 45 yaşında kadın hastadır. Hastanın migren tanısı bulunmaktadır. Hasta Ramazan Ayında menstruasyon oluşumunu engellemek amacıyla oral kontraseptif kullanmaya başlamıştır. Sağ baş kısmında şiddetli ağrı, mide bulantısı ve anlamsız konuşma bulguları ile dış merkeze başvurmuştur. Yapılan beyin MR' da ensefaliti düşündürülen alan olması üzerine hastaya bir doz Asiklovir 1 X 7500 mg verilmiştir. Nöbeti önlemek amacıyla ise Kepra yükleme dozu ardından 2 X 1000 mg idame doz yapılmıştır. Hastaya lomber ponksiyon yapılmış ve ancak sonucu değerlendirilemeyince Turgut Özal Tıp Merkezine sevki yapılmıştır. Yapıl MR ile hastanın bulgularının Serebral venöz tromboz (SVT) ile uyumlu olduğu görülmüştür. Hastaya yakın APTT takibi ile Heparin infüzyonu başlanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Fiziksel Muayene Sonuçları

- Hastanın vital bulguları stabil idi.
- Hastanın bilinç düzeyi açık, oryante idi.
- Hastanın motor ve duyu muayenesi normal idi.
- AÇİT takibi normal idi.
- Genel durumu iyi idi.
- Hasta R3 diyetle besleniyor idi.

18 gün yoğun bakımda takip edilen hastanın genel durumunun iyi olması üzerine nöroloji servisine devredilmiştir.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik Tanısı 1: Oral kontraseptif kullanımına ilişkin bilgi eksikliği

Beklenen Sonuçlar: Hastanın OKS kullanımının risklerini tanımlayabilmesi ve kendisine uygun bir aile planlaması yöntemi seçebilmesi.

Girişimler:

- İlaç kullanımının mutlaka hekim önerisi sonrası başlanması gerektiği vurgulanmalı,
- Oral kontraseptif ilaçların neden olabileceği komplikasyonlar tartışılmalı,
- Oral kontraseptif ilaçların hasta için uygunluk düzeyi tartışılmalı (Migreni bulunduğu ve yaşının 40' ın üzerinde olması nedeniyle OKS kullanımı için hastanın uygun olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.),
- Hastanın daha önce OKS dışında kullanmış olduğu aile planlaması yöntemleri sorgulanarak uygun aile planlaması yöntemini kullanması sağlanmalı,
- Hasta için uygun aile planlaması yöntemi seçimi aşamasına eşinin katılımı sağlanmalıdır (Eşlerin birlikte karar vermesi yöntemin devamlılığının sağlanması için önemlidir.).

Değerlendirme: Hastanın verdiği geri bildirimler ile OKS' nin kimler için uygun olduğunu anladığı gözlemlendi. Yapılan değerlendirmede RİA' nın hasta için uygun bir aile planlaması yöntemi olduğu tespit edildi. Hastanın aile planlaması yöntemi seçiminin taburculuk öncesi belirlenebilmesi için hastanın eşinin de katılımının sağlanacağı bir görüşme için tarih belirlendi.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hemşirelik Tanısı 2: Anksiyete

Tanı Kriterleri: Hastanın sağlığına kavuşamayacağına ilişkin endişe duyması.

Beklenen Sonuçlar: Hastanın rahatlamasının sağlanmasıdır.

Girişimler:

- Hasta anksiyetesinin nedenini açıklayabilmesi için cesaretlendirilmeli, kendisini rahat hissedebileceği bir ortam oluşturulmalı (Ünite hastaya tanıtılmalı, sağlık çalışanları kendilerini hastaya tanıtmalıdır.),
- Hastaya hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi verilmeli,
- Yapılan tetkikler ile ilgili bilgi verilmeli ve tetkik sonuçları hasta ile paylaşılmalı,
- Hastanın odak noktasının değiştirilebilmesi için keyifle yapmış olduğu bir aktiviteye yönlendirilmeli (kitap okumak, sohbet etmek, müzik dinlemek, televizyon izlemek vb.),
- Hastanın yakınları ile olabildiğince iletişim kurması sağlanmalıdır.

Değerlendirme: Hastanın anksiyetesinin azaldığı, üniteye daha rahat davrandığı gözlemlendi.

Hemşirelik Tanısı 3: Rol Performansında Etkisizlik

1234

Tanı Kriterleri: Hastanın çocuklarına bakım verememesinden dolayı kaygı duyması.

Beklenen Sonuçlar: Hastanın rol ve performansının desteklenerek kendisini yetersiz hissetmesinin önlenmesidir.

Girişimler:

- Hastanın kendisini yetersiz hissetmesinin nedenlerini paylaşması sağlanmalı,
- Hastanede bulunduğu sürede çocukları ile ilgilenen birisinin varlığı sorgulanmalı,
- Hastanın eşinin de görüşmelere dahil edilmesi ile hastanın hastanede bulunduğu süre içerisinde çocuklarının bakımının nasıl devam ettirileceği ile ilgili ortak karar vermeleri sağlanmalı,
- Eşin çocuklar ile ilgili hastaya günlük bilgi vermesi, telefon ile çocuklarla görüşme vb. yolları ile hastanın çocukları ile iletişimi sağlanmalı,
- Hastaya durum geçici olduğu ifade edilmeli,
- Eğer gerekir ise hastanın psikiyatrik destek alması sağlanmalıdır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Değerlendirme: Hastanın çocukları ile düzenli iletişim kurması sağlandı. Hastanın kaygısını azaldığı gözlemlendi.

Hemşirelik Tanısı 4: Bilinç düzeyinde bozulma riski

Tanı Kriterleri: Hastanın baş ağrısı şiddetinin ağrı skalası ile yapılan değerlendirmede 8 olduğunun belirlenmesi ve papil ödem.

Beklenen Sonuçlar: Hastanın baş ağrısının azaltılması/ortadan kaldırılması.

Girişimler:

- Hastanın baş ağrısı her gün değerlendirilmeli,
- Hastanın ağrısının giderilmesi için nonfarmakolojik yöntemler kullanılmalı (dikkati başka yöne çekmek, imajinasyon vb.),
- Glaskkow koma skalası kullanılarak hastanın bilinç düzeyi değerlendirilmeli,
- Yer, zaman ve kişi kavramının sorgulanması ile hastanın oryantasyonu değerlendirilmeli,
- Kafa içi basınç artışı belirtileri dikkatle gözlemlenmelidir (fışkırır tarzda kusma gibi),
- Hastanın kafa içi basıncı yüksekte durumlardan korunması sağlanmalı,
 - Baş 30⁰ yükseltilmeli,
 - Hastada konstipasyon oluşumunun önlenmesi sağlanmalı (Lifli yiyecekler ile beslenmesinin sağlanması, sindirimi kolay yiyecekleri tercih etmesi sağlanmalı, abdominal masaj ile defekasyon kolaylaştırılmalı, konstipasyon gerçekleşmiş ise valsalva manerasını kullanmaması gerektiği vurgulanmalı ve gayta yumuşatıcı ilaçların kullanımı için hekim ile iş birliği sağlanmalıdır.)
- Pupil refleksler her gün izlenmeli,
- Görme alanlarının muayenesi dikkatle yapılmalı,
- AÇİT takibi düzenli olarak yapılmalı, hastanın fazla sıvı tüketmesi önlenmeli,
- Hastanın stresli yaşam olaylarından uzak tutulması sağlanmalı,
- Hastanın sessiz, rahat bir ortamda dinlenmesi sağlanmalı,
- Hastanın order edilen medikal tedaviye uyumu kolaylaştırılmalıdır.

Değerlendirme: Hastanın baş ağrısı puanının 3' gerilediği ve papil ödemin azaldığı gözlemlendi. Hastada konstipasyonu oluşumu engellendi.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Hemşirelik Tanısı 5: Kanamaya Eğilim

Tanı Kriterleri: Hastanın antikoagülan tedavi alıyor olması.

Beklenen Sonuçlar: Kanama belirti ve bulgularının erken tespiti ve travmalara bağlı kanamanın önlenmesi.

Girişimler:

- Hastanın özellikle trombosit olmak üzere tam kan sayımı düzenli olarak izlenmeli,
- Hastanın vital bulguları kanama yönünden değerlendirilmeli (taşikardi, hipotansiyon),
- Hastanın travma ve yaralanmalardan korunması için gerekli önlemler alınmalı (yatak kenarlıklarının kaldırılması, hasta mobilize iken eşlik edilmesi vb.),
- Hastanın idrarı, gaytası, oral kavitesi ve burnu kanama bulguları yönünden izlenmeli,
- Hastanın diş temizliğinde yumuşak fırça kullanması söylenmeli,
- Hastanın konstipe olması önlenmeli (Diyette lifli yiyeceklerin konulması, sindirilmesi kolay yiyeceklerin tercih edilmesi, düzenli tuvalet alışkanlığının hastanede de oluşturulmaya sağlanması vb.)
- İnvaziv girişimlerden sonra bölgeye yeteri kadar bası uygulanmalı,
- Hastanın düşme riskine ilişkin bulguları (baş dönmesi, titreme, yorgunluk vb.) tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

1236

Değerlendirme: Hastada kanama belirti - bulguları gözlenmedi. Hastanın Trombosit düzeyinin 294.000 mm^3 olduğu görüldü.

Hemşirelik Tanısı 6: Enfeksiyona Eğilim

Tanı Kriterleri: Hastaya yapılan girişimler, hastane ortamı, lökosit sayısı: 13.100 mm^3 .

Beklenen Sonuçlar: Hastada enfeksiyon gelişiminin önlenmesi.

Girişimler:

- Hastaya hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi verilmeli,
- Hastanın enfeksiyonlardan korunması için iyi beslenmenin temel öğelerden olduğu hatırlanarak diyetisyen iş birliği ile diyet düzenlemesi yapılmalı ve hastanın almış olduğu besinler öğünlere göre kaydedilip değerlendirilmeli,
- Hastaya yapılan tüm girişimler aseptik tekniklere uygun yapılmalı,
- Hastanın hayati bulguları ve laboratuvar sonuçları enfeksiyon bulguları yönünden izlenmeli,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Zorunlu durumlar dışında invaziv girişimlerden kaçınılmalı,
- Hastanın sağlık durumunda meydana gelen iyileşmeler dikkatle izlenerek hastanın mümkün olan en kısa zamanda taburculuğunun gerçekleşmesi için hekim ile işbirliği yapılmalı,
- Hastanenin ortak havalandırma alanları rutin aralıklar ile izlenerek rapor tutulması sağlanmalı ve gereken önlemlerin alınması için yetkililer ile işbirliği yapılmalı,
- Hastanın ziyaretçilerinin ziyaret öncesi hazırlanmasına yardım edilmeli, gereken koruyucu ekipmanları giymeleri sağlanmalı,
- Güncel gelişmeler takip edilerek kanıt temelli uygulamalar ile nazokomiyal enfeksiyonlar önlenmeye çalışılmalı,
- Taburculuk öncesinde ailenin katılımının da sağlandığı bir toplantıda evde enfeksiyon belirti ve bulgularının izlemi ve korunma yolları ile ilgili eğitim verilmelidir.

Değerlendirme: Bakım ve tedavi aldığı süre içerisinde hastada enfeksiyon belirti ve bulguları izlenmedi (Biol, 2000; Durna, 2012).

KAYNAKLAR

Akgün, H., Öz, O., Taşdemir, S., Alay, S., Yücel, M., Akgün, V., ... & Demirkaya, Ş. (2014). Serebral Venöz Sinüs Trombozu; 17 Olgunun Analizi. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 102-6.

Amoozegar, F., Ronksley, P. E., Sauve, R., & Menon, B. K. (2015). Hormonal contraceptives and cerebral venous thrombosis risk: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 6, 7.

Bektaş, H., Vural, G., Temel, Ş., & Deniz, O. (2015). Serebral Sinüs Venöz Trombozlu Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 68 (3), 107-110.

Biol, L. (2000). Hemşirelik süreci. *Bozkaya Matbaacılık*. İzmir. 4. Baskı.

Coutinho, J., de Bruijn, S. F., Deveber, G., & Stam, J. (2011). Anticoagulation for cerebral venous sinus thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).

Durna, Z. (2012). İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi. *Nobel Tıp Kitapevleri*. İstanbul. 2. baskı

Kaya, D., & Yıldız, E. (2011). Venöz Sinüs Trombozu Tanısında MRG'de Gradient Eko Sekansının Önemi, 2, 57-60.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kısbay, A., Çakıroğlu, E., & Selçuki, D. (2015). Serebral Venöz Trombozlar: Bir Olgu Serisi ve Literatür Derlemesi. Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care edicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi, 6(2).

Kocatürk, Ö., Coşkun, Ö., Öcal, R., İnan, L. E., & Özkan, S. (2012). Serebral venöz trombozlu hastalarda risk faktörleri ve etyolojik sebeplerin ve tedavi özelliklerinin retrospektif incelenmesi,13,13-8.

Renowden, S. (2004). Cerebral venous sinus thrombosis. European radiology, 14(2), 215-226.

Saposnik, G., Barinagarrementeria, F., Brown Jr, R. D., Bushnell, C. D., Cucchiara, B., Cushman, M., ... & Tsai, F. Y. (2011). Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 42(4), 1158-1192.

Uluğ, E., Özhan, İ., Uluğ, V., Ganiüsmen, O., Binatlı, A. Ö., & Özdamar, N. (2008). Gebelik ve serebral venöz tromboz: Bir vaka sunumu. Türk Nöroşirürji Dergisi, 18, 56-61.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-221 PALYATİF BAKIM HASTALARININ AĞRI YÖNETİMİNDE
HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNEMİ

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN PAIN MANAGEMENT OF
PALLIATIVE CARE PATIENTS

Araş. Gör. Cafer ÖZDEMİR¹, Dr.Öğr.Üyesi Ebru KARAZEYBEK², Doç.Dr. Serap
PARLAR KILIÇ³, Doktora Öğrencisi. Nermin KILIÇ⁴

1. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya/ Türkiye

2. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya/ Türkiye

3. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

4. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş: Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı yaklaşımlardır. Kanser hastalarının %70'i hastalığın herhangi bir evresinde ağrı yaşadığı ve palyatif bakım alan hastaların da %90'ının ağrısının olduğu bilinmektedir. Buna rağmen ağrının %80-90 oranında yetersiz tedavi edildiği saptanmıştır.

Amaç: Bu derlemedeki amacımız; palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamak ve literatürü gözden geçirerek konuyla ilgili güncel bilgiler sunmaktır.

Yöntem: Taramalarda “google scholar, pubmed, EBSCO” veri tabanlarındaki “Ağrı”, “Ağrı Yönetimi”, “Palyatif Bakım” ve “Hemşirelik Bakımı” anahtar kelimeleri kullanılarak, güncel makalelerden faydalanılmıştır.

Bulgular: Ağrının hem değerlendirilmesinde, hem de kontrol edilmesinde belli başlı güçlükler yaşanmaktadır. Bu engeller; ağrının yeterince değerlendirilememesi, bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili yanlış inanışlar, hastaların semptomlarını gizlemeleri ve semptom kontrolüne önem verilmemesi olarak gösterilebilir.

Sonuç: Palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetiminin önemi ve buna yönelik neler yapılabileceği tartışılmıştır.

Öneriler: Palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetimine yönelik yeni bakım hedefleri oluşturulmalıdır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Kelimeler: “Ağrı”, “Ağrı Yönetimi”, “Palyatif Bakım” ve “Hemşirelik Bakımı”

Abstract

Introduction: Palliative care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families who encounter life-threatening diseases. It is experienced pain 70 % of cancer patients at any stage and 80-90 % of these patient is inadequate treated. It has been reported that 90 % of patients taking palliative care experience pain.

Objective: The aim of review is to emphasize the importance of pain management in end - stage cancer patients who need palliative care and to present current information related subject reviewing the literature

Method: In the surveys, it was used by current articles in the databases of “google scholar, pubmed, EBSCO” using the keywords "Pain", "Pain Management", " Palliative Care " and " Nursing Care ".

Results: There are difficulties in both assessing and controlling pain. These barriers can be shown as insufficient assessment of pain, lack of information, reservations about narcotic dependence, patients hiding their symptoms, and lack of attention to symptom control.

1240

Conclusion: The importance of pain management in end-stage cancer patients who need palliative care and what can be done for this purpose are discussed.

Suggestions: New care goals for pain management in end-stage cancer patients who need palliative care should be established.

Key words: "Pain", "Pain Management", " Palliative Care " and "

GİRİŞ

Palyatif bakım, özellikle son yıllarda önem kazanan, kronik hastalık nedeniyle tam olarak iyileşemeyen veya yaşam sonunda desteğe ihtiyacı olan hastalara yardım etmeyi amaçlayan bir bilim dalıdır (Gökçınar D ve Kahveci K., 2014; Şenel G, Oğuz G, Koçak N ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede “erken tanılama ve ayrıntılı bir değerlendirme ile ağrının ve diğer problemlerin saptanması, fiziksel, psikososyal ve manevi bakım gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

yaklaşımıdır” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2014; Şenel G, Oğuz G, Koçak N ve ark., 2016).

Palyatif bakım hastalarının çoğunluğunu kanser hastaları oluşturur ve kanser tedavisi alan hastaların neredeyse üçte birinde ağrı vardır (Zincircioğlu ve ark, 2016). Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Ağrı Komitesi kanser ağrısını evrensel bir sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır.

Kanser hastalarının %70’i hastalığın herhangi bir evresinde ağrı yaşadığı ve palyatif bakım alan hastaların da %90’ının ağrısının olduğu bilinmektedir. Kanserde ağrı prevalansının tanı anında %25, aktif tedavi devam ederken %33, ileri evrede %75 olduğu tahmin edilmektedir. Buna rağmen ağrının %80-90 oranında yetersiz tedavi edildiği ve yetersiz bakım aldığı saptanmıştır (Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. 2015; Aksu M., 2013; Gökçınar D, Kahveci K., 2014; Erlenwein J, Geyer A, Schlink J, Petzke F, Nauck F, Alt-Epping B., 2014; Şenel G, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kaya M, Kadioğulları N., 2016; Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü., 2013; APS, 2008).

Hastaların, ailelerinin ve sağlık çalışanlarının ölümü en iyi şekilde tanımlayan görüşlerini incelenmesinde, katılımcıların %81’inin en iyi ölümün ağrısız “acısız” ölüm olduğunu belirttikleri saptanmıştır (Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP ve ark., 2016; Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018). Benzer şekilde, hastanede yaşamını yitiren hastalar ve aileleri tarafından belirlenen yaşamın son döneminde bakımın en önemli unsurlarını belirlemek amacıyla yapılan sistematik derlemede, ağrı ve diğer semptomların yönetimini içeren uzman bakımı, yaşam sonu temel bakım alanlarından biri olarak tanımlanmıştır (Virdun C, Luckett T, Davidson PM ve ark., 2015; Virdun C, Luckett T, Lorenz K, ve ark., 2017; Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018).

Palyatif bakımın amaçları; hastaların yaşam kalitesinin en iyi hale getirmek, ailelerinin hayatı tehdit eden bu hastalık ile yüzleşmelerini sağlamak, rahatsızlık veren semptomların, özellikle hastalık ve çoğunlukla da kanserden kaynaklanan ağrının tedavisidir. Ayrıca; bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin artırılması ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Elçigil A., 2012; Kabalak AA, Öztürk H, Çağil H., 2013; Fadiloğlu Ç., 2015; Şenel G, Oğuz G, Koçak N ve ark. 2016).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

AMAÇ

Bu derlemedeki amacımız; palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamak ve literatürü gözden geçirerek konuyla ilgili güncel bilgiler sunmaktır.

YÖNTEM

Taramalarda “google scholar, pubmed, EBSCO” veri tabanlarındaki “Ağrı”, “Ağrı Yönetimi”, “Palyatif Bakım” ve “Hemşirelik Bakımı” anahtar kelimeleri kullanılarak, güncel makalelerden faydalanılmıştır.

BULGULAR

Palyatif bakımda bir sonuca ulaşamayacak tedavi, tetkik ve incelemelerden ziyade hastaya özgü ağrı, bulantı ve nefes darlığı gibi rahatsızlık veren şikayetlerin etkin olarak giderilmesi önceliklidir (Gökçınar D ve Kahveci K., 2014; Şenel G, Oğuz G, Koçak N ve ark., 2016). Bu şikayetlerden biri olan ağrı, kanser hastalarının en çok korktuğu, sık görülen ve “ölümün kendisinden daha korkunç” olarak tanımlanan bir durumdur (Şenel G, Oğuz G, Koçak N ve ark., 2016; Uysal N., Kutlutürkan S. 2016; Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS ve ark., 2016).

Yaşamın son evresinde ağrının görülme sıklığı çok yüksek düzeydedir. Yaşlı bakımevinde bakım alan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, ağrı prevalansının %60'a yakın olduğu belirlenmiştir (Hunnicut JN, Tjia J, Lapane KL. 2017; Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018).

Hayatını yeni kaybeden kişinin aile üyelerinden biri ve arkadaşları ile yapılan bir çalışmada, görüşme yapılan kişilerin %25,2'i hastanın yaşamın son döneminde ağrının yönetiminin karşılanamayan bir ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgu ve diğer birçok çalışmada, yaşamın son evresinde insanların ağrı yönetimine yönelik ihtiyaçlarının olduğu bildirilmektedir (Teno, Freedman, Kasper, Gozalo, & Mor, 2015; Ziegler, Mulvey, Blenkinsopp, Petty, ve Bennett, 2016; Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018).

Yaşamın son zamanlarında uygun ağrı yönetiminin önünde farklı şekilde engeller çıkmaktadır. Bu engeller; ağrının yeterince değerlendirilememesi, bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili yanlış inanışlar, hastaların semptomlarını gizlemeleri ve semptom kontrolüne önem verilmemesi olarak gösterilebilir. Ağrının hem değerlendirilmesinde, hem de kontrol edilmesinde ortaya çıkan bu engellerin varlığı ağrı kontrolünün etkisini azaltmaktadır (Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Ağrının hem değerlendirilmesinde hem de kontrol edilmesinde yaşanan güçlükler nedeniyle hastaların tıbbi tedavinin yanı sıra tamamlayıcı yöntemlere de sıklıkla başvurdukları bilinmektedir. Bunlar “Refleksoloji, Aromaterapi, Akupunktur, Akupresör, Müzik, Masaj, Terapötik dokunma, Gevşeme, Reiki, Doğal ürünler” dir. (Şenel G, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kaya M, Kadioğulları N., 2016; Başer M., 2016).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çoğu durumda, hastalığı ilerlemiş olan hastaların hissettikleri semptomları ve mevcut rahatsızlıkları uygun bakım ile önlenabilir veya rahatlatılabilir. Palyatif bakım semptomlarının tedavisi ve özellikle ağrının kontrolü, psikososyal bakımı da içerdiğinden interdisipliner ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda ağrı yönetiminin köşe taşları; iyi bir ağrı değerlendirmesi ve sıklıkla yapılan tekrar değerlendirmelerdir. Ağrının değerlendirilmesi ve bildirilmesi konularında da hemşirelere büyük görevler düşmektedir.

Amerikan Ağrı Yönetimi Hemşireleri Birliği (American Society for Pain Management Nursing) ile Hospis ve Palyatif Hemşireler Derneği (Hospice and Palliative Nurses Association: HPNA)’nin sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşlarına klinik bakım, eğitim, ulaşılabilirlik, araştırma gibi konularda önerileri bulunmaktadır. Bu öneriler;

1243

Klinik Bakım ile ilgili öneriler

- Palyatif bakım hastalarında uygulanan ağrı yönetiminin gelişmesinde rol alan sağlık çalışanlarının kanıta dayalı eğitimler verilmesi
- Bütün hastalarda ve özellikle yaşamının son evresinde konuşamayan hastalarda kapsamlı ve süregelen ağrı ve semptom yönetiminin önemini bilmesi
- Tüm sağlık çalışanlarının hasta isteklerinin desteklemesinde sorumluluk alması
- Kapsamlı bir değerlendirmeden elde edilen etkili, verimli ve güvenli ağrı yönetim planları ve sonuçları üzerinde durulması

Eğitim ile ilgili öneriler

- Temel sağlık değeri ve temel insan hakkı olan ağrı yönetimi konusunda eğitim verilmesi
- Tüm ağrıların tedaviye değer olduğunun kabul edilmesi
- Yaşamın son evresinde ağrı yönetiminin önündeki engellerin, ağrının zararlı etkilerinin ve uygun ağrı yönetiminin önemini anlaşılmasını sağlamak için halka eğitim verilmesi
- Ağrı ve acıyı hafifletmek için etik sorumluluğun dışına çıkmadan opioid krizine yönelik verilen ulusal yanıt olan eğitimin verilmeli

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ulaşılabilirlik ile ilgili öneriler

- Her hastanın en etkili farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilere ulaşabilmesi
- Belirtiler ortaya çıktığında, ağrı ve semptomların hafifletilmesi için ağrı ve palyatif bakım uzmanlarına ulaşılabilmesi
- Gerektiğinde bakımevine ulaşılabilmesi
- Sağlık hizmeti masraflarını ödeme engellerini azaltmak için uygun yöntem ve yasaların düzenlenmesi
- Madde kötüye kullanma riski olan durumlarda bağımlılık uzmanlarına yönlendirme yapılması ve koordine edilmesi

Araştırma ile ilgili öneriler

- Ağrı ve semptom yönetimine yönelik sürekli olarak araştırmalar yapılmasıdır (Coyne P, Mulvenon C, Paice J. 2018).

KAYNAKLAR

- Aksu M. Palyatif bakımda semptom yönetimi 2013; URL: https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Palyatif_Bakimda_Semptom_Yonetimi. Erişim tarihi: 2 Ekim 2019.
- American Pain Society (APS). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 6th ed. Glenview, IL: American Pain Society; 2008.
- Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS, Pamuk G, Can H. Vizüel Analog Skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Fam Pract Palliat Care. 2016; 1(1): 5-8.
- Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal 2013; 2(3): 256-260.
- Başer M. Tamamlayıcı terapilere ilişkin müfredat geliştirme. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı 2016; 44-48.
- Coyne P, Mulvenon C, Paice J. American society for pain management nursing and hospice and palliative nurses association position statement: Pain management at the end of life. Pain Management Nursing 2018; 19(1): 3-7.
- Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Derg 2012; 54: 329-334.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Erlenwein J, Geyer A, Schlink J, Petzke F, Nauck F, Alt-Epping B. Characteristics of a palliative care consultation service with a focus on pain in a German university hospital. *BMC Palliat Care*. 2014; 24: 13-45.
- Fadiloğlu Ç. Akciğer kanserli hastada palyatif bakım ve kanıta dayalı uygulamalar. In: *Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım*, Can G, Aydıner A (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. 2015: 1-20.
- Gökçınar D, Kahveci K. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. In: *Palyatif Bakım*, Gökçınar D, Kahveci K (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti 2014: 1-5.
- Hunnicutt JN, Tjia J, Lapane KL. Hospice use and pain management in elderly nursing home residents with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2017; 53(3): 561–570.
- Kabalak AA, Öztürk H, Çağil H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11(2): 56-70.
- Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2016; 24(4): 261–271.
- Şenel G, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kaya M, Kadioğulları N. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarında Ağrı Tedavisi Ve Opioid Kullanımı. *Agri* 2016; 28(4): 171–176. doi: 10.5505/agri.2016.07830.
- Teno JM, Freedman VA, Kasper JD, Gozalo P, Mor V. Is care for the dying improving in the United States? *Journal of Palliative Medicine* 2015; 18(8): 662– 666.
- Uysal N, Kutlutürkan S. Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016; 12(3): 103-109.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı* 2015; 27(2): 104-110.
- Virdun C, Lockett T, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-lif care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Medicine* 2015; 29(9): 774–796.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Viridun C, Luckett T, Lorenz K, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A metasynthesis identifying the elements of end-of-life care that patients and their families describe as being important. *Palliative Medicine* 2017; 31(7): 587–601.
- WHO Definition of Palliative Care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 2 Ekim 2019.
- Ziegler L, Mulvey M, Blenkinsopp A, Petty D, Bennett MI. Opioid prescribing for patients with cancer in the last year of life: A longitudinal population cohort study. *Pain* 2016; 157(11): 2445–2451.
- Zincircioğlu Ç, Şenoğlu N, Köken İ, Bozkurt PS. Pain and Management In Palliative Care Patients. *Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2016; 9(1): 38-49.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-224 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'INDA (KOAİ) PALYATİF VE YAŞAM SONU BAKIMI

PALYATIVE AND END-LIFE CARE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Mehmet Uçar¹, Rukuye Aylaz²

1Alparslan Üniversitesi, Varto Meslek Yüksekokulu, Muş/ Türkiye

2İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Hastaların çoğu için KOAİ'nin en son tedavisi semptomları rahatlatmak ya da yatıştırmaktır; semptomlar büyük ölçüde yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Bu olguda en önemli noktalar: Hasta-sağlık ekibi iletişimi ve prognoz tahmininde belirsiz kalınmasıdır. Bu derlemenin amacı KOAİ'li hastalar ve yaşam sonu bakımı hakkında bilgi vermektir.

1247

Yöntem: Konuyla alakalı veritabanlarından KOAİ, palyatif bakım, yaşam sonu bakım anahtar kelimeleri girilerek 2004-2019 yılları arasındaki makaleler incelenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Hastalar ve yakınları genellikle şiddetli KOAİ'nin ilerleyici ve terminal bir hastalık olduğunu anlayamazlar. Bakımın kalitesini etkileyebilen iki alan göze çarpar: Birincisi KOAİ'li hastalar için yaygın sorun olan endişe ve depresyonun rolü, ikincisi ise ileri bakım planlarının önemidir. Palyatif ve yaşam sonu bakımının gelişmesi için iletişim önemlidir.

Anahtar Kelimeler: KOAİ, palyatif bakım, yaşam sonu bakım, iletişim

Abstract

Background / aims: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the most important cause of morbidity and mortality worldwide. For most patients, the latest treatment of COPD is to relieve or soothe symptoms; symptoms greatly reduce the quality of life. The most important points in this case: Patient-health team communication and prognosis is uncertain. The aim of this review is to provide information about COPD patients and end-of-life care.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Method: In the relevant databases, the terms of COPD, palliative care, end of life care were entered and the articles between 2009-2019 were examined.

Conclusion and Recommendations: Patients and their relatives often do not understand that severe COPD is a progressive and terminal disease. There are two areas that can affect the quality of care: The first is the role of anxiety and depression, a common problem for patients with COPD, and the second is the importance of advanced care plans. Communication is important for the development of palliative and end-of-life care.

Keywords: COPD, palliative care, end-of-life care, communication

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2019).

Hastalığın en sık görülen semptomları nefes darlığı, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarmadır. Hastalığın tanısı için spirometri zorunludur. Kronik semptomları ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan yetişkinlerde spirometrik incelemede yerleşik hava akımı obstrüksiyonu saptanması tanıyı doğrular (Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. , 2012).

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre, KOAH yılda 2.9 milyon ölüme neden olmaktadır . Günümüzde tüm dünyada 3. ölüm nedeni haline gelen KOAH, tüm ölümlerin de %5.5'inden sorumludur. Türkiye'de solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir. 2018 yılında gerçekleşen toplam 421.164 ölümden 52.568'si solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir ve bu ölümlerin de büyük bölümü KOAH nedeniyledir (TÜİK, 2019).

Bu derlemenin amacı KOAH' lı hastalar ve yaşam sonu bakımı hakkında bilgi vermektir.

KOAH Gelişiminde Risk Faktörleri

Genetik faktörler

Organik ve inorganik mesleki toz ve kimyasallar

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ev içi hava kirliliği (özellikle kapalı alanda biyomas yakıtlarla ısınma ve yemek pişirme nedeniyle)

Dış ortam hava kirliliği

Akciğerlerin büyüme ve gelişmesinde sorunlar

Cinsiyet

Yaş

Solunum yolu enfeksiyonları

Sosyoekonomik düzey

Astım/bronşiyal hiperreaktivite

Kronik bronşit (Kılıç B, 2014).

Hastalık Gelişiminin Önlenmesi (Birincil Koruma)

Yapılan çalışmalar, toplum sağlığının %15'inin biyolojik ve genetik faktörlere, %10'unun fiziksel çevreye, %25'inin sağlık hizmetlerinin onarıcı çalışmalarına, ancak kalan %50'nin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlıkta eşitsizlik, solunum sistemi hastalıklarında, diğer sistem hastalıklarına göre daha yaygındır. En düşük sosyoekonomik grupların, en yüksek sosyoekonomik gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olduğu bildirilmiştir (Kılıç B, 2014).

Hükümetin sağlıkta eşitsizliği azaltmak için etkin bir program geliştirmesi ve uygulaması, hekimlerin hastalarına yaklaşımda onların sosyal ve ekonomik koşullarını göz önünde tutmaları, KOAH gelişimini önlemede ve etkin tedavisinde büyük önem taşımaktadır. Özellikle dumana, mineral ve biyolojik tozlara maruz kalınan birçok mesleğin KOAH gelişme riskini artırdığı bilinmektedir (McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR, 2012).

Nefes darlığı, kronik öksürük veya balgam çıkarma yakınması olan ve KOAH risk faktörlerine (tütün dumanı, mesleki organik, inorganik toz, duman ve kimyasallar, biyomas yakıt dumanı) maruziyet öyküsü olanlarda KOAH düşünülmeli ve tanı spirometri ile doğrulanmalıdır. KOAH tanı ve değerlendirmesinde spirometri gereklidir ve doğru şekilde yapılması son derece önemlidir. KOAH düşünülen hastada bronkodilatatör sonrası

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

FEV₁/FVC<%70 ise hasta KOAH olarak değerlendirilmelidir (Albert P, Agusti A, Edwards L, et al. 2012).

Erken Tanı Ve Hastalığın İlerlemesinin Önlenmesi (İkincil Koruma)

Dünya’da ve Türkiye’de KOAH’lı hastaların %70- 90’nına henüz tanı konulmamıştır. Genel populasyonda, KOAH gelişimi için risk faktörlerine maruz kalan, 40 yaş üstü ve semptomları bulunan yetişkinlerde aktif tarama çalışmalarının yapılması (spirometri ve anket), KOAH’lı hastaların erken dönemde saptanmasına katkıda bulunacaktır. Erken tanı için kamuoyu ve sağlık görevlileri arasında KOAH konusunda farkındalık yaratılması önemlidir. Tanı konulan vakalarda hastalığın ilerlemesini önlemek için; risk faktörlerine maruziyetin azaltılması/ kaldırılması, özellikle sigara içiminin bırakılması, günlük düzenli fiziksel aktivite, aşılama ve gerektiğinde semptomatik tedavi uygulanmalıdır (Jones RCM, Price D, Ryan D, et al.2014).

Hastalığın ilerlemesinin önlenmesinde, hastalığın sosyal belirleyicileri (hastanın yaşadığı koşullar, işi, ilişkileri, eğitimi, gelir durumu, nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımındaki engeller) dikkate alınmalıdır (THSK, 2014).

Koah’ın Tedavisi Ve Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi (Üçüncül Koruma)

1250

a. Risk Faktörlerinin Azaltılması

Sigara içiminin bırakılması, KOAH’ta hastalığın doğal gelişimini ve ilerlemesini durduran tek girişimdir. KOAH saptanan her hastaya düzenli günlük fiziksel aktivite önerisinde bulunulmalıdır. İnfluenza aşısı KOAH’lılarda hastaneye yatışı gerektiren alt solunum yolu enfeksiyonlarını ve ölümleri azaltabilmektedir. Polisakkarid pnömokok aşısı 65 yaş ve üzerindeki olgularda, aynı zamanda genç yaşta olmasına rağmen özellikle kardiyak hastalık gibi komorbid hastalığı olan olgularda önerilmektedir (Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al. 2008).

b. KOAH’ta İlaç Tedavisi

Etkili bir KOAH tedavisinde başlıca hedefler hastanın semptomlarının ve gelecekteki risklerinin azaltılmasıdır. Uygun bir ilaç tedavisi, KOAH’la ilgili semptomları, alevlenme sıklığı ve şiddetini azaltır, sağlık durumu ve egzersiz toleransını iyileştirir. Bronkodilatör ilaçlar KOAH’ta semptomatik tedavinin temelini oluştururlar.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Ağır ve çok ağır KOAH ve sık alevlenmeleri bulunan ve uzun etkili bronkodilatörlerle yeterince kontrol altına alınamayan hastalarda inhale kortikosteroidlerle uzun süreli tedavi tavsiye edilmektedir. Tek başına inhale ya da oral kortikosteroidle uzun süreli tedavi önerilmemektedir.

KOAH'ın prognozunu etkileyen, komorbid hastalıkların dikkatle incelenmesi; komorbid durumların varlığında KOAH ve komorbid hastalıkların tedavisinin birlikte uygulanması gereklidir (Jenkins CR, Jones PW, Calverley PM, et al. 2009).

c. KOAH'ta İlaç Dışı Tedaviler

Pulmoner Rehabilitasyon; KOAH ve diğer kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi hedefleyen, egzersiz eğitimi yaklaşımlarını içeren, kapsamlı bir uygulamadır. Pulmoner Rehabilitasyonun temel amaçları; semptomları azaltmak, fonksiyonel kapasiteyi ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Pulmoner Rehabilitasyon, alevlenme sayılarını, hastaneye başvuruları azaltmakta, mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (Miravittles M, Soler-Catalun~ a JJ, Calle M, et al. 2012).

d. KOAH'ta Alevlenmeler ve Tedavisi

KOAH alevlenmesi, hastanın solunum yolu semptomlarında günlük gözlemlenen normal değişikliğin ötesinde ve ilaç değişikliğine yol açan bir kötüleşme ile karakterize akut olay olarak tanımlanmıştır. Alevlenmeler hem lokal olarak akciğerlerde, hem de sistemik olarak birçok organda, özellikle kardiyovasküler sistemde olumsuz etkiler yaratır. Sonuç olarak akciğer fonksiyonlarında hızlı fonksiyonel kayıp, yaşam kalitesinde bozulma, hospitalizasyon riski, morbidite ve mortalite artışıyla birlikte dir. KOAH alevlenmelerinin tedavisinde; kısa etkili inhaler bronkodilatörler ve sistemik kortikosteroidler (tercihen oral) kullanılır (Celli BR, Vestbo J. 2011).

Türkiye'de KOAH

- Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018
- Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2017, 2018

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

	2017 ^(r)		2018	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Toplam	423 878	100,0	421 164	100,0
Dolaşım sistemi hastalıkları	167 267	39,5	161 920	38,4
İyi huylu ve kötü huylu tümörler (benign ve malign neoplazmlar)	81 886	19,3	83 163	19,7
Solunum sistemi hastalıkları	50 224	11,8	52 568	12,5
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	20 623	4,9	20 766	4,9
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	20 219	4,8	20 074	4,8
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	21 533	5,1	18 462	4,4
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)	62 126	14,7	64 211	15,2

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(r) İdari kayıtların güncellenmesi nedeniyle, 2017 yılına ait veri revize edilmiştir.

TÜİK verilerine göre, KOAH'ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. KOAH'ın, önde gelen hastalık yükü nedenleri içinde 8. sırada yer aldığı saptanmıştır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığından ölenlerin sayısı 2017 yılında 24822 iken, 2018 yılında 23879 kişi olmuştur. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında ise erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazladır (TÜİK, 2019).

1252

Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır (WHO, 2018). İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (hospice; son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise 1967 yılında İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından başlatılmış olup bu tarihten sonra sayıları hızla artmıştır. Hospis olarak adlandırılan bakım hizmetleri ise palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna çok az ay kala (altı aydan az), ev atmosferindeki birimlerde verilen bir hizmet olup, hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli hedef alır (Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. 2010).

Palyatif Bakım Ekibi

Doktor, diyetisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, terapist, din adamı, eczacı, gönüllüler, sivil toplum kuruluşları ve psikologtan oluşur (Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, et al. 2012).

KOAH'ta Evde Sağlık Hizmeti Sunumu

Kronik hastalıklarda evde sağlık hizmeti sunumu artık tüm dünyada kabul edilen ve giderek artan oranlarda kullanılan etkin bir tedavi yaklaşımıdır. Evde sağlık hizmeti sunumu hastane ortamında verilen tedavi ile karşılaştırıldığında özellikle uygun hastalar seçildiğinde hem tedavi hem de maliyet etkin bir yöntemdir. Kronik solunum yolu hastalıkları arasında KOAH evde sağlık hizmeti için en büyük hasta popülasyonunu oluşturmaktadır. Özellikle hafif orta şiddetteki KOAH alevlenmelerinde evde hastane uygulaması başarılı bir yöntem olarak kabul edilir. Ayrıca hastaneye yatırılan KOAH'lı hastalarda tedavinin evde sağlık hizmeti sunumu yoluyla devam ettirilmesi hastaların taburculuğunu hızlandırmaktadır. İleri evre ya da solunum yetmezliği gelişmiş KOAH'lı hastalara palyatif evde sağlık hizmeti sunumu önemli bir gereklilik olup, hastanın son dönem hayat kalitesini arttıran bir yaklaşımdır. KOAH'lı hastalara evde sağlık hizmeti sunumu solunum hemşirelerinden oluşan tecrübeli bir medikal ekip ile rahatlıkla verilebilir. Ülkemizde evde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili altyapı çalışmaları son yıllarda hız kazanmıştır, ancak halen uygulamada ciddi sorunlar yaşanmakta ve sınırlı sayıda hastaya ulaşılmaktadır (Kocabaş A, Atış S, Çöplü L et al. 2014).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı

Palyatif bakım evde, hastanede, bakım evinde veya palyatif bakım kurumlarında (Hospiz) sürdürülür. Ana ilke hastanın fiziksel aktivite, eğitim, beslenme, psikososyal destek ve tıbbi bakım girişimlerini içeren, yetersizlikleri azaltmayı ve hasta katılımını arttırmayı amaçlayan, oldukça geniş bir ekip tarafından yürütülen multidisipliner bir yaklaşımın kullanılmasıdır .

KOAH'ta Palyatif Bakımın Prensipleri

- Stres verici (ağrı vb.) semptomların giderilmesi
- Normal bir süreç olarak yaşam ve ölüme saygı duyma
- Ölümü ne hızlandırma ne de yavaşlatma

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

- Hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönünü bütünleştirme
- Ölüme kadar mümkün olduğunca gereksinimlerini karşılayarak katılması için destek sağlama
- Hastanın hastalığı ve ailenin matem sürecinde sorunlarla baş etmesine yardımcı olma
- İhtiyaçları belirleme ve gidermek için ekip yaklaşımını kullanma
- Yaşamın kaliteli olmasını sağlama ve hastalık sürecine olumlu katkıda bulunma (Bostancı K, Eberhart R, Herth FJF, 2011).

Palyatif bakım hemşireliğinin prensipleri

Değerli Olma, İlişki İçinde Olma, Güçlendirme, Onun Adına Yapma, Anlam Bulma, Bütünlüğü Koruma (Cruz J, Brooks D, Marques A, 2014).

KOAH' lı Hastalarda Palyatif Bakımın Öğeleri

Ağrı Yönetimi, Semptom Yönetimi, Sosyal, Psikososyal, Emosyonel Destek, Bakım Verenlerin Desteklenmesi (Black JM, Hawks JH, 2005).

KOAH' lı Hastalarda Yaşam Sonu Bakım

Hasta Perspektifi: Hastalar korku ve durumları hakkında daha fazla yönerge ve destek almak istediklerini belirtirler.

Sağlık Personellerinin Perspektifi: Hastaların yaşam sonu bakımını geliştirmede sağlık profesyonellerinin işlevlerine ilişkin; Curtis konuyu 3 fazda ele almıştır (O'Donnell, 2004).

Yaşam Sonu Bakım Hakkında Görüşme

1. Yaşam sonu bakımla ilgili görüşme öncesi hazırlık

Hasta ve / veya ailenin önceki bilgilerini incele

Hastanın tutumlarını ve reaksiyonlarını incele

Kendi hastalık bilgini gözden geçir: Prognoz ve tedavi

Kendi kişisel duygularını incele: tutumlar, önyargılar, yas tutma

Yer ve ortamı planla: sessiz, özel bir ortam

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Görüşmeye katılacak olan hasta ve aile üyeleriyle ileri düzeyde görüşmeye hazır ol (Hui D, Bruera E, 2015).

2. Yaşam Sonu Bakım Hakkında Görüşmeye Başlama

Ortamda bulunan herkese kendini tanıtır

Tehdit edici olmayan bir şekilde ses tonunu ayarla

Hasta veya ailenin ne anladığını saptır

Hasta ve ailenin ne kadar bilmek istediklerini saptır

Bazı hastaların yaşam sonu kararlarla ilgili görüşmek istemediklerinin farkında ol

Hasta için anlamlı olacak şekilde prognozu açıkça tartışır

Çok fazla ümit vererek cesaretlendirme

Çok fazla tıbbi detaylar vermekten kaçınır

Yaşamı destekleyen tedavilerin bakım vermek olmadığını açıkça belirtir

Hasta ve ailenin söylediklerini anladığınızı göstermek için söylediklerini tekrar edin.

Hasta ve ailesini duyguları hakkında konuşmaları için cesaretlendirin

Sessiz kalmalarını hoş görün (Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, et al. 2013).

3. Yaşam Sonu Bakım Hakkındaki Görüşmeyi Bitirme

Hastalık ve tedavisi konularında genel bir bilgi kazanılır

Tedavi hakkında önerilerde bulunun

Herhangi bir soru olup olmadığını sorun

Hasta ve ailesinin soruları için size nasıl ulaşacaklarını söyleyin ve bir izlem planı oluşturun (Hui D, Bruera E, 2015).

Ölüme Geçiş

Bu evre hasta, aile, sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler için zor bir süreçtir. Amaç; hasta ve yakınlarının bu geçiş sürecini travmatize olmadan atlatmaktır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Tanının Söylenmesi: Hastalık ileri aşamaya geldiği dönemde, fizyolojik gereksinimlerden çok psikolojik gereksinimler ön plana çıkar. Hasta için en önemli olanı tanısını bilip bilmemesi konusudur. Hastaya hastalığın söylenip söylenmemesi hala tartışma konusudur.

İnkâr Dönemi: Bireylerin ölümcül hastalık tanısını öğrendiklerinde verdikleri ilk tepki inkardır. İnkâr; altüst edici bir haberden sonra, hasta ve ailenin kendilerini toparlamaları ve baş etme mekanizmaları ve destek kaynaklarını devreye sokabilmeleri için zaman kazandırır.

Öfke Dönemi: Doğal olarak bu dönemde sorulacak soru “neden ben” olacaktır. Sağlık elemanları hastanın tepkisinin nedenini bilmeli ve bu tür tepkileri anlayışla karşılamalıdır.

Pazarlık Dönemi: İlk dönemde gerçekle yüzleşmekten kaçınan, ikinci dönemde insanlara ve Tanrı’ ya öfkelenen hasta, üçüncü dönemde kaçınılmaz sonu ertelemek için pazarlık yapmaya başlar (Hui D, Bruera E, 2015, Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, et al. 2012).

Depresyon Dönemi: Hastaya uygulanan tedaviler olumlu sonuç vermediğinde, hastanın sık ve uzun sürelerle hastanede yatması gerektiğinde, gittikçe durumu kötüleştiğinde, güçsüz ve zayıf düştüğünde artık inkâr, öfke ve pazarlık anlamsız hale gelir. Hasta ciddi boyutlarda kayıp ve depresyon yaşamaya başlar. **Kabullenme Dönemi:** Hastanın, kaçınılmaz sona hazırlanmak için yeterli zamanı olduysa ve daha önceki evreleri sağlıklı atlatabilmesi için uygun yardım aldıysa, kabullenme aşamasına ulaşacaktır. Kabullenme dönemindeki hasta artık huzurludur. Sanki ağrı yok olmuş, savaş bitmiştir. Sözel iletişimden çok sözsüz iletişimi tercih eder. Bu nedenle de ona huzur veren onu anlayan birinin yanında sessizce oturması, elini tutması, birlikteyiz mesajı vermesi hasta için yeterlidir (Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, et al. 2012).

1256

YÖNTEM

Konuyla alakalı veritabanlarından KOAH, palyatif bakım, yaşam sonu bakım anahtar kelimeleri girilerek 2004 - 2019 yılları arasındaki makaleler incelenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak; Palyatif bakım ekibinin son dönem hastaların yönetiminde önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Gelecekteki amacımız; palyatif bakımın kapsamını genişletmek, hasta ve aile gereksinimlerini ön plana alma amaçlı çalışmaların yapılması ve hasta yönetim protokollerinin saptanması olmalıdır.

KAYNAKLAR

Albert P, Agusti A, Edwards L, et al. Bronchodilator responsiveness as a phenotypic characteristic of established chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2012; 67:701-8.

Black JM, Hawks JH. *Medical–Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. 7th Edition, Elsevier Saunders St. Louis 2005; 487-500.

Bostancı K, Eberhart R, Herth FJF. Amfizem tedavisinde endoskopik akciğer hacim küçültme işleminin rolü. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 19:116-26.

Celli BR, Vestbo J. The EXACT-Pro: measuring exacerbations of COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 183:287-8.

Cruz J, Brooks D, Marques A. Home telemonitoring effectiveness in COPD: a systematic review. *Int J Clin Prac* 2014; 68:369-78.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2019*.

Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine*. 2015; 4(3):89-98.

Jenkins CR, Jones PW, Calverley PM, et al. Efficacy of salmeterol/fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study. *Respir Res* 2009;10:59.

Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003573.

Jones RCM, Price D, Ryan D, et al. Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort. *Lancet Respir Med*. Türk Toraks Deneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, 2014.

Kılıç B. Sağlıkta Eşitsizlikler, Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara 2014; s: 569-573

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L et al. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu 2014. Turkish Thoracic Journal, 2014; 2 : 15.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. (2012). A comparative risk assesment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 ;380:2224-60.

McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs 2012; 21:78-93.

Miravittles M, Soler-Catalun~ a JJ, Calle M, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC). Pharmacological treatment of stable COPD. Arch Bronconeumol 2012; 48:247-57.

O'Donnell. End of Life Care in COPD. Can Respir J. 2004; 11 (Suppl: B) 53B-59B

Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni 2019; Sayı: 30626.

Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical service on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. 2013; BMJ ;17:347:6070.

Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008; 359:1543-54

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010. Aug;363(8):733-742. 10.1056/NEJMoa1000678

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye'nin Hava Kirliliği ve İklim Değişikliği Sorunlarına Sağlık Açısından Yaklaşım 2014.

World Health Organization (WHO) Definition of Palliative Care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Erişim tarihi: 20.07.2019).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodriguez F, Roberts CM. European COPD Audit team.
European COPD Audit: design, organisation of work and methodology. Eur Respir J; 2013;
41:270-6

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-226 PALYATİF BAKIM VE DAHİLİ KLİNİKTE YATMAKTA OLAN YAŞLI HASTA YAKINLARININ BAKIM SÜRECİNDE DİNİ BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOUS COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN THE CARE PROCESS OF THE ELDERLY PATIENTS NEARED IN PALLIATIVE CARE AND INTERNAL CLINIC

Müjde Kerkez, Behice Erci

1. Uzman Hemşire, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye
2. Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Özet

Bu araştırma, palyatif bakım ve dahili klinikte yatmakta olan yaşlı hasta yakınlarının bakım sürecinde dini başa çıkma stratejileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı tasarım olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde dahili kliniklerde ve palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan yaşlı hastaların yakınları oluşturmuştur. Örneklemi, veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan, hastalık sürecinde hastayla uzun süre ilgilenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 69 bakım veren kişi oluşturmuştur. Çalışmaya katılan 69 bireye; Hasta yakını Bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmış olup, verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin dağılımında sayı, yüzdeler, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişki incelenmesinde Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bakım vericilerin, genellikle evli, hastaların kızları oldukları, bakım esnasında en çok fiziksel ihtiyaçları karşılarken zorlandıkları saptanmıştır. Bakım vericilerin yaşları ile dini başa çıkma stratejileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım vericilerin yaşları ile yaşam kalitesi ve alt boyutları ile anlamlı ilişkisi saptanmıştır ($p<0,001$). Bakım vericilerin yaşları arttıkça dini başa çıkma yöntemleri kullanmadıkları saptanmıştır ($p<0,005$).

Yaşlı hastaların daha iyi bakım alması açısından, ailede bakım verenlerin bakım verme yüklerinin ve yaşam kalitelerinin tanımlanması, dini yöntemleri hangi sıklıkta tercih ettiklerinin anlaşılması için bakım verenlere gerekli desteğin sağlanması önerilmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Anahtar Sözcükler: Palyatif Bakım, Yük, Bakım Verici, Yaşam Kalitesi

Abstract

This research was carried out as a descriptive-relational seeking design based on the level of relationship between religious coping strategies and lifestyle of care, palliative care and care of elderly patient inpatients.

The population of the study consisted of relatives of elderly patients hospitalized in internal clinics and palliative care unit of Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital. The sample consisted of 69 caregivers who were able to answer the questionnaire questions during the data collection, were physically and psychologically comfortable, cared for the patient for a long time during the illness process and accepted to participate in the study. 69 individuals participated in the study; Relative information form, World Health Organization Quality of Life Short Form and Religious Coping Styles Scale were applied and data were analyzed using SPSS 22.0 statistical package program. Number, percentage and standard deviation values were used in the distribution of the data. Correlation analysis was used to examine the relationship between scales.

Caregivers were generally married, the daughters of patients and were found to have difficulty in meeting the physical needs during care. There was no significant relationship between age of caregivers and religious coping strategies ($p > 0.05$). There was a significant relationship between age and quality of life and sub-dimensions of caregivers ($p < 0.001$). It was found that caregivers do not use religious coping methods with increasing age ($p < 0.005$). In order to provide better care for elderly patients, it is recommended that caregivers in the family should be provided with the necessary support to define caregiver burden and quality of life, and to understand how often they prefer religious methods.

Keywords: Palliative Care, Burden, Caregiver, Quality of Life

GİRİŞ

Yaşlılık, bireyin fiziksel gücünün azaldığı, tüketimin arttığı, iş kayıplarının yaşandığı, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, yeti yitiminin arttığı, dış çevreye uyumunun azaldığı, immün sistemin yetersizliğinden dolayı birçok hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı, genel olarak ‘organizmanın geri dönüşü olmayacak şekilde işlevlerinin bozulması’ olarak tanımlanmaktadır(1,2). Yaşlılık, hem sağlık sistemini hem de sosyal, ekonomik sistemleri ilgilendiren multidisipliner hizmeti gerektiren bir toplum sağlığı sorunudur.

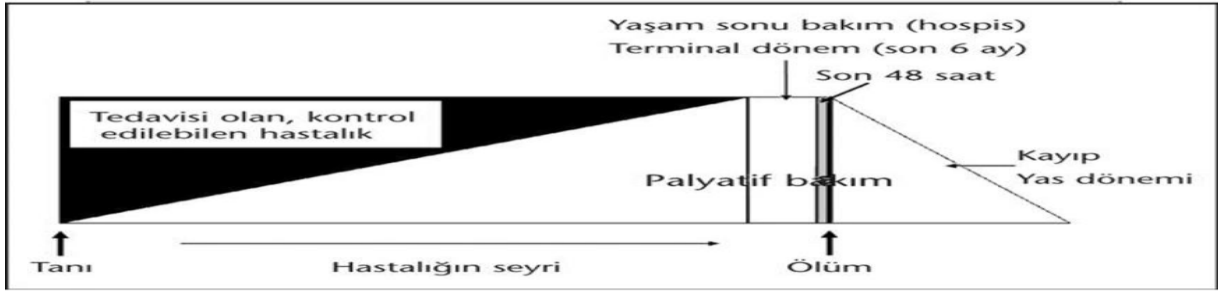
PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Gelişmiş toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında, yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık sorunu gelmektedir(3). Birçok ülke nüfus yaşlanması ile karşı karşıyadır. Günümüzde 65 yaş üstü birey popülasyonu dünya nüfusunun 8.5'ini oluşturmaktadır.'An Aging World: 2015' raporunun tahminlerine göre bu oranın 2050 yılında %17'ye sıçrayacağı ve yaşlı kişi sayısının 1.6 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. ABD' de yaşlı nüfusun gelecek 30 yılda ortalama iki kat artacağı ve 2050 yılında 48 milyondan 88 milyon kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir(3). TÜİK verilerine göre ülkemizde yaşlı popülasyonu 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişiye ulaşmıştır. %44.1'ini erkek, %55.9'unu kadınların oluşturduğu yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı da beş yıl içinde %8'den %8.8'e yükselmiştir. Tüm bu veriler doğrultusunda içinde bulunduğumuz yüzyılın özellikle ikinci yarısının Türkiye'de "yaşlı yüzyılı" olacağı düşünülmektedir (4).

Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, bağımlı yaşlı insan sayısının artmasına neden olmuştur. Yaşlıların birden fazla sağlık sorununun olması çoklu hizmet almasına neden olurken bakım vericilere olan ihtiyacı da arttırmaktadır(5). Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevgiyi artırma, kişisel gelişime katkı sağlama, yakın ilişkileri geliştirme, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında fiziksel, psikolojik, emosyonel (benlik saygısında azalma, depresyon vb.), sosyal (kendine zaman ayıramama, aktivitelerini kısıtlanması vb.) ve ekonomik (ek masrafların ortaya çıkması vb.) sorunlar gibi pek çok güçlüğü barındırmaktadır(6). Tüm bu olumsuzluklar bakım veren bireylerin genel olarak "iyi olma durumu" olarak tanımlanan yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir(7,8). Pek çok bakım verici bu süreçte, multifaktöriyel etkenlerle baş etmede, dini başa çıkma yöntemlerine de başvurmaktadır. İnsanlar sıkıntılı bir durum ya da olay karşısında, bu durum ve olaydan kurtulmak için inançlardan, dini pratiklerden ve insan ilişkilerinden istifade etmektedirler(9,10). Bundan dolayı sağlık hizmetleri kapsamında sunulan bakımın içerisine manevi yardım ve destek hizmetlerinin entegre edilmesi oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aile ve ailedeki bakım vericilerin gereksinimlerine değinilmesini palyatif bakımın primer amaçlarından birisi olarak vurgulamaktadır. Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, çok boyutlu uygun girişimleri planlayabilmesi, bu girişimleri rutin olarak uygulayabilmesi ve sonuçlarını değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir(11,12). Yapılan çalışmalarda, hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin artmasıyla birlikte, bakım

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

verenlerde enfeksiyon hastalıkları ve depresyon görülme sıklığında artış olduğu, anksiyete, stres, tükenmişlik ve davranış bozuklukları görüldüğü, sağlık algılarında olumsuz yönde değişikliklerin olduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmektedir(11,20,19). Palyatif bakım hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta ve ölüm sonrası yas sürecinde aileyi destekleyici bir bakımla sona ermektedir(15,16,17)(Şekil 1).



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci(15,16,17).

Bu araştırmanın amacı, palyatif bakım üniteleri ve dahili kilinikte yatmakta olan yaşlı hasta yakınlarının bakım sürecinde dini başa çıkma stratejileri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

MATERYAL VE METOD

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, palyatif bakım ve dahili kilinikte yatmakta olan yaşlı hasta yakınlarının bakım sürecinde dini başa çıkma stratejileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı tasarım olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde dahili kiliniklerde ve palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan yaşlı hastaların yakınları oluşturmuştur. Örneklemi, veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan, hastalık sürecinde hastayla uzun süre ilgilenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 69 bakım veren oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması

Hasta yakını Bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Hasta Yakını Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan bakım verici bilgi formunda bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlara ilişkin değerlendirme soruları yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu: Ölçek beşli likert tipi (1-5) değerlendirmeye sahip olup ölçekte yer alan 27. soru ulusal çevresel alan olarak ayrı ve 1. ve 2. sorular da bağımsız sorular olarak değerlendirilmektedir. Ölçek alt alan puanları arttıkça yaşam kalitesinin arttığı söylenebilmektedir(18).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, 2001 yılında Ekşi tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ekşi'nin (2001) çalışmasında Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,64, Olumsuz Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,63, ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,69 olarak belirlenmiştir.

Verilerin analizi sayı, yüzdeler, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişki incelenmesinde Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden çalışmayı sürdürmek için gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bakım veren bireylere araştırma ve amacı hakkında bilgi verilmiş olup, gönüllülük esasına dayalı olarak katılımları sağlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalamasının 45.42 ± 11.10 (25-70 yaş), %66.7' sinin kadın, %66.7' sinin evli, %71.0' inin çocuk sahibi olduğu, %40.6' sının ilköğretim mezunu, %59.4' ünün çalışmadığı, %52.2' sinin orta düzeyde gelire sahip olduğu, %95.7' sinin sosyal güvencesi olduğu ve %60.9' unun herhangi bir kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %26.1' inin hastanın kızı, %76.8' inin hastayla birlikte yaşadığı, %33.3' ünün bakım sürecinin 3-6 saati aldığı, %53.7' si en çok fizyolojik ihtiyaçları karşılarken zorlandığı, %47.8' inin hasta bakımındaki zorlukları yardım almadan çözmeye çalıştıkları, %59.4' ünün bakım sürecini dini bir yükümlülük olarak gördüğü, %62.3' ünün bakım sürecinde dini boyutta herhangi bir değişiklik yaşamadığı ve % 56.5' i bakım sürecinde psiko-sosyal açıdan desteğe ihtiyaç duymadıkları belirlenmiştir.

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1: Ölçekler ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ölçek Min-Max	Ölçek Ort±Sd
Dini Başa Çıkma Tarzları Toplam Puan	1.00-3.14	2.2±0.5
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları	1.00-4.00	2.8±0.7
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzları	1.00-2.71	1.6±0.5
Yaşam Kalitesi Toplam Puan	43.00-97.00	80.36±13.76
Bağımsız Alan Kalitesi	2.00-9.00	5.3±1.9
Fiziksel Alan Kalitesi	13.00-29.00	21.36±3.7
Psikolojik Alan Kalitesi	8.00-22.00	15.57±3.5
Sosyal Alan Kalitesi	3.00-15.00	8.1±2.8
Çevresel Alan Kalitesi	12.00-36.00	28.86±6.1

Dini başa çıkma tarzları toplam puan ortalamaları 2.2±0.5. olumlu dini başa çıkma tarzları 2.8±0.7. olumsuz dini başa çıkma tarzları 1.6±0.5 olarak belirlenmiştir. DSÖ yaşam kalitesi puan ortalamaları 80.36±13.76. bağımsız alan 5.3±1.9. fiziksel alan 21.36±3.7. psikolojik alan 15.57±3.5. sosyal alan 8.1±2.8. çevresel alan 28.86±6.1 olarak belirlenmiştir(Tablo 1).

Tablo 2: Ölçek ve Alt Boyutları İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutları	Yaş	
	r	p
Dini Başa Çıkma Tarzları Toplam ölçek	-.075	.542
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları	-.096	.433
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzları	-.002	.984
Yaşam Kalitesi Toplam Puan	-.493**	.000
Bağımsız Alan Kalitesi	-.553**	.000
Fiziksel Alan Kalitesi	-.392**	.001
Psikolojik Alan Kalitesi	-.423**	.000
Sosyal Alan Kalitesi	-.243**	.044
Çevresel Alan Kalitesi	-.328**	.006

* p<0.05 **p<0.01

Tablo 3: Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	Dini Başa Çıkma Tarzları		Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları		Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzları	
	r	p	r	p	r	p
Yaşam Kalitesi Puanı	-.210	.083	-.255*	.034	-.030	.810
Bağımsız Alan Puanı	-.026	.833	-.014	.908	-.029	.812
Sosyal Alan Puanı	-.331**	.005	-.239*	.048	-.287*	.017
Psikolojik Alan Puanı	.032	.796	.027	.827	.022	.860
Çevresel Alan Puanı	-.235	.052	-.331**	.005	.034	.779

* p<0.05 **p<0.01

TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, hastaların belirli yaşam alanlarında değişikliklere neden olmakla birlikte, ev ya da hastane ortamında bakımı sürdüren kişilere de farklı sorumluluk ve yük

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

getirmektedir. Kronik bir hastalığı ya da bir engeli olan yaşlı bireyle ilgilenmek, onun ihtiyaçlarını karşılamak, ona yardım etmek; ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları da beraberinde getirebilmektedir (12). Çalışmamızda bakım yükünü karşılayanların yarıdan fazlası (%66.7) kadın olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bu oran %51-%76 arasındadır(19.20.21.22). Türk toplumunda eskiden beri süregelen bir düşünce, yaşlılara ve hastalara ailede saygı duyulması gerektiği ve çocuklarının anne babalarına bakım yönünden minnet duyguları hissetmeleri yönünde olduğundan bakım vericilerin en fazla bireylerin çocukları olduğu düşünülmektedir. TÜİK (4) Türk aile yapısı araştırmasında, hane halkları içinde bakım verenlerin çoğunun, hastanın kızı olduğu belirtilmektedir. Bu sonuç toplumumuzda da kadından beklenen eş-anne bakım verici rollerinin benimsendiği ve bakım verici durumunda primer düzeyde olduklarını göstermektedir. Çalışmamızda bakım verici bireylerin yaşam kalitesi sosyal ve çevresel alan puanları düşük bulunmuştur(Tablo 5). Kalav (16) inmeli hastalara evde bakım veren bireylere yönelik yaptığı çalışmada bakım verici bireylerin yaşam kalitesi çevresel alan puanlarının düşük olduğunu saptamıştır. Wong ve ark.nın (23) bakım verenlere yönelik çalışmasında bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin psikolojik alanda düşük fiziksel alanda ise yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tel ve ark.nın (12) yaptığı çalışmada akciğer hastalığı olan bireylere evde bakım veren bireylerin fiziksel ve çevresel alan yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, toplumumuzda evdeki yaşlıya veya hastaya bakmanın ailevi bir görev olduğu bilinci nedeniyle bakım vericilerin genellikle sosyal izolasyon yaşamasından ve çevresel faktörlerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda bakım vericilerin yaşlarının artışı ile dini başa çıkma yöntemleri arasında bir ilişki saptanmamıştır(Tablo 4). Yapılan çalışmalarda, yaş ilerledikçe üstün bir varlığa inanmanın, bireyin varlığını ve hayatın nihai amacını anlamlandırmasında ve zorluklara karşı dayanmasında her zaman yol gösterici olduğu bildirilmektedir(14.23.24.25). Çalışmamızda yaş ilerledikçe bireylerin dine yönelik ilgilerinde herhangi bir artış olmadığı, dini etkinliklere daha çok zaman ayırmadıkları genç ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin dini başa çıkma yöntemlerinden daha çok yararlandıkları bildirilmektedir. Araştırma sonuçları arasındaki bu

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

farklılığın, çalışmanın yapıldığı toplumun kültürel özelliklerinden, sosyal ve ekonomik yapısından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım vericilerin; çoğunlukla orta yaş, evli ve hastanın kız çocuğu olduğu, bakım vericilerin büyük çoğunluğunun bakım sorumluluğunu tek başına yerine getirdiği ve bakım verdiği bireyin gereksinimini tam olarak karşılayamadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerinin yaşları arttıkça yaşam kalitesi puanları azalmaktadır. Bakım vericilerin, artan yaşa bağlı olmaksızın daha çok genç yetişkinlerde çoklu stresörlerle baş etmede olumlu din özelliklerini tercih ettikleri belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- İnfomal bakım vericilerin yaşadıkları güçlüklerin geçerli, güncel ölçme araçları kullanılarak somutlaştırılması ve gerekli hemşirelik girişimlerinin yapılması, danışmanlık hizmeti ve gelir dengelerini sağlama hususunda destek alması,
- Bakım verenlerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Bakım vericilerin dini ve manevi yönelim ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastaların talepleri doğrultusunda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması,
- Kadının aile içi sorumluluklarının azaltılması, çocuk bakımı, yaşlı, hasta bakımı gibi görevlerin aile üyeleri arasında paylaşılması, kadınların iş ve aile süreçlerindeki yükünün hafifletilmesi.
- Hemşireler tarafından palyatif bakım ve dahili kliniklerden taburcu olmuş hastaların bakımının ve bakım veren bireylerin bakım güçlüklerinin sorgulanması, evdeki bakıma ilişkin verilerin toplanması ve elde edilen veriler ışığında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, bakımdaki güçlükler ile baş edebilmeleri için desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bahar. G.. Bahar. A.. & Savaş. A. (2009). Yaşlılık Ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Cilt 4 Sayı 12.
2. Beğer. T.. & Yavuzer. H. Yaşlılık Ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012; 25(3). 1-4.
3. Koldaş. L. Yaşlılık Ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir? Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2017; 45(5):1-4.
4. TÜİK 2018. İstatiklerle Yaşlılık.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

5. Kalinkara. V.. & Kalaycı. I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu. Bakım Yükü Ve Tükenmişlik. 2017;10(2): 19-39.
6. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 3(1).
7. Kasuya. R. T.. Polgar-Bailey. M. P.. & Mph Robbyn Takeuchi. M. S. W. (2000). Caregiver Burden And Burnout A Guide For Primary Care Physicians. Postgraduate Medicine. 108(7). 119.
8. Duru Aşiret. G.. & Kapucu. S. (2013). Burden Of Caregivers Of Stroke Patients. Turkish Journal Of Neurology/Turk Noroloji Dergisi. 19(1).
9. Şahin Z.. Polat H. Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2): 1-4.
10. Pergament. K. I.. & Koenig. H. G. The Many Methods Of Religious Coping: Development And İnitial Validation Of The RCOPE. Journal Of Clinical Psychology. 2000; 56:519-543.
11. Selçuk. K. T.. & Avcı. D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Etkileyen Etmenler. Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 7(1):1-9.
12. Tel. H.. Demirkol. D.. Kara. S.. & Aydın. D. Koah'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesi. Türk Toraks Dergisi. 2012; 13:87-92.
13. Ustaalioğlu. O.. Acar. E.. & Çalışkan. M. The Predictive Factors For Perceived Social Support Among Cancer Patients And Caregiver Burden Of Their Family Caregivers İn Turkish Population. İnternational Journal Of Psychiatry Clin.Pract.. 2018; 22(1):63-69.
14. Durduran. Y.. Okka. B.. Şafak. Ş.. & Al.. E. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi: Kamu Hastanesine Başvuranlar Örneği. Genel Tıp Dergisi. 2018; 28(3):113-120.
15. Kabalak. A.. Öztürk. H.. & Çağıl. H. Yaşan Sonu Bakım Organizasyonu. Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013; 11(2):56-70.
16. Kalav. S.. & Yurtsever. S. İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2019; 1-4.
17. Dökmen. Z. Y. Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012.3(1) DOI:10.1501/sbeder_0000000038

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

18. WHOQOL-BREF Introduction. Administration. Scoring And Generic Version Of The Assessment. December. 1996.
19. Küçükgüçlü. Ö.. Esen. A.. & Yener. G. Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik Ve Güvenirliliği. Journal Of Neurological Sciences [Turkish]. 2009; 60-73.
20. Ateş. E.. & Bilgili. N. (2013). Omurilik Yaralanmalı Biireye Bakım Verenlerde Stresle Baş Etme Ve Sosyal Destek. Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi. 15(3); 1-12.
21. İnci F.. Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(4): 85-95.
22. Ayten. A.. & Sağır. Z. (2014). Dindarlık. Dinî Başa Çıkma Ve Depresyon İlişkisi: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 5-18.
23. Wong. D.. Lam. A. K.. & Al. E. Quality Of Life Of Caregivers With Relatives Suffering From Mental İllness İn Hong Kong: Roles Of Caregiver Characteristics. Caregiving Burdens. And Satisfaction With Psychiatric Services. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10(1):15.
24. Çelimli Ç. Tozlu Güldal. Ş. Manevi Yönelimli Danışmanlık İle Psikoterapi Yöntem Ve Teknikleri: Doğu Ve Batıdan Örnekler. Ekşi. H. Çınar. K. Editör. Manevi Yönelimli Psikoterapi Ve Psikolojik Danışma'da. 1. Baskı. İstanbul. Kaktüs Yayınları. 2016; 106-107.
25. Cırhinlioğlu F. Din Psikolojisi. 2. Baskı. İstanbul. Nobel Yayın Dağıtım. 2014.

S-227 KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTA GRUBUNDA İLAÇ UYUMU YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLİYOR MU?

DOES DRUG COMPLIANCE AFFECT QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE?

Fatma BOĞAN¹, Medet KORKMAZ²

1Gaziantep Üniversitesi, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Kronik kalp yetersizliği; akut alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Miyokartta meydana gelen yıkım geri dönüşümsüz olup, gelişen fonksiyon kaybı bir hayat boyu devam eder. Çalışmamız kalp yetersizliği olan hastaların tedaviye uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmamızın evrenini, Gaziantep ilinde yer alan iki Üniversite Hastanesinin Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Kliniğinde, Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Kronik Kalp Yetersizliği (KKY) nedeniyle tedavi gören hastalar, örneklemini ise kabul kriterlerini karşılayan 100 KKY hastası oluşturmuştur. Çalışma verilerinin elde edilmesinde; Hasta Tanıtım Formu, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanamamıştır. Medeni durum ve çalışma durumunun ilaç uyumu ve yaşam kalitesi anketi skorlarını etkilemediği görülmüştür. Erkek cinsiyetin yaşam kalitesi skorları kadınlara göre daha yüksek iken, ilaç uyumu ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. İlaç uyum ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında da ilişki bulunamamışken, eğitim düzeyinin düşük olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile ilaç uyum ölçeği skorları arasında ilişki bulunamamışken, obezlerin fiziksel alt boyutta yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi düşmekte iken, ilaç uyumu değişmemektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmanın sonunda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İleri düzey KKY hastalarının ilaç uyumlarının hastalar ile ilgilenen bakıcılarına bağımlı olduğu düşünülmektedir. İlaç uyumu ile ilgili olarak bu hastalar ile birinci dereceden sorumlu bireyleri kapsayan çalışmaların yapılması önerilir. Kalp yetersizliği olan kadın hastaların

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması ve ileri düzey kalp yetersizliği olan hastaların tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olması nedeniyle bu sorumluluğu üstlenmek üzere evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: İlaç Uyumu; Yaşam kalitesi, Kalp Yetersizliği

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütünün 1948 yılı sağlık tanımında “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramı kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerinde, hastalığın değil; bireyin, medikal, sosyal ve ruhsal olarak tedavisinin bir bütün olarak ele alınması gerekliliği doğmuştur (1). Yaşam kalitesi; klinik ve laboratuvar tetkikleri ile tespit edilemeyen, bireysel olarak yaşanan ve sübjektif olarak ifade edilen bir kavramdır. Bireyin fiziksel ve ruhsal durumu, öz bakım yeterliliği, toplum ve çevre ile ilişkilerinin tümü yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi dört ana başlık altında değerlendirilir, bunlar; ruhsal iyilik hali, fiziksel iyilik hali, sosyal ve maddi iyilik halleridir (2,3). Tedavi uyumsuzluğu; bireyin ilaç alımını unutması veya yanlış dozlarda alması, tedaviyi tam anlayamaması veya fiziksel kısıtlılıklara bağlı istemeden de olsa tedavi rejimine uyamaması olabileceği gibi, kendi isteği ile ilaçları reddetmesi şeklinde de gerçekleşebilmektedir. Bireyin tecrübesi ve sağlıkla ilgili kabullenmeleri, kronik hastalık sürecinde, istemli tedavi uyumsuzluğuna neden olabilmektedir (4).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı kalp yetersizliği olan hastaların tedavilerine olan uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM

Çalışma için Gaziantep ilinde yer alan SANKO Üniversitesi'nin Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 29 Eylül 2017 tarihinde 03 nolu karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Özel Sani Konukoğlu hastanelerinin koroner yoğun bakım ve kardiyoloji kliniklerinde Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Özel Sani Konukoğlu Hastanelerinin koroner yoğun bakım ve kardiyoloji kliniklerinde KKY tedavisi için yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı, evreni belli gruplarda örneklem belirleme formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bu analize göre, (evren=500) güvenilirliği %95 alınarak örneklem sayısı 100 olarak saptanmıştır. Araştırmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanan, Hasta tanıtım formu, “MacNew Kalp Hastalığına Özgü

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

Yaşam Kalitesi Anketi” ve " İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği” anket formları kullanılarak yüz-yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi, kalp hastalıklarına özgü bir yaşam kalitesi anketidir. İlk olarak miyokard infarktüsülü hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (5). Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Daşkapan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada değerlendirilmiştir, Cronbach alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır (6).

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKİSİÖ); hastaların ilaç kullanma konusunda sağlık inanç algılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ülkemizde Çiçek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Alt grupların Cronbach alfa değerlerinin ise; 0,80 ile 0,93 arasında olduğu hesaplanmıştır (7).

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Windows versiyon 25.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaşları 42-95 arasında değişmekte olup ortalama $68,15 \pm 10,96$ 'dır. Hastaların %56'sı erkek, %40'ı okuryazar değil, %90'ı evlidir. Hastaların %36'sı NYHA sınıf 2 ve sınıf 4 seviyesinde iken %28'i sınıf 3 düzeyindedir. Hastaların %90'ında eşlik eden bir kronik hastalık olduğu görülmektedir. Hastaların %46'sı kontrollerine her zaman düzenli bir şekilde gittiğini, %61'i ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını, %34'ü ilaçlara ek olarak başka bir yöntem kullandığını, yarısı bu yöntemin tuz kısıtlaması olduğunu ifade etmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı (%52) son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığını ifade etmiştir.

MACNEW total skor, fiziksel, sosyal ve emosyonel skorlarının erkeklerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,005$ & $0,002$). İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu ($p=0,014$), yarar algısı ($p=0,005$) ve öz etkililik ($p=0,002$) alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Evliler ile bekârların ölçek puan ortalamalarının benzer olduğu gözlenmiştir ($p > 0,05$). Ölçek puan ortalamalarının hastaların çalışma durumlarına göre dağılımlarının da benzer olduğu gözlenmiştir ($p > 0,05$).

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

MacNew Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ($p=0,008$) ve total ($p=0,028$) skorlarının hastaların BKİ gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$); bu farkın kaynağının obez grubu olduğu, bu grubun skorunun diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,028$).

MacNew total skor, fiziksel ve sosyal alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark olduğu (sırasıyla: ($p=0,041$, $p=0,019$, $p=0,025$)) farkın kaynağının her üç alt boyut için de düşük eğitim seviyeli grup olduğu, bu grubun skorlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. İKİSİÖ ölçeği total skorunun eğitim durumuna göre dağılımı ise anlamlı farklılık göstermemiştir ($p<0,05$).

Hastaların NYHA sınıfı arttıkça MacNew yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı ($p<0,05$). İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

MacNew Emosyonel alt boyut skorunun hastanede yatış sayısına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,046$). Hastanede yatış sayısına göre MacNew Emosyonel alt boyut skorunun dağılımları arasındaki farkın kaynağının son bir yıl içinde beş ve üzeri kez hastaneye yatan grup olduğu, bu grubun emosyonel alt boyut skorunun anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu ($p=0,043$). İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların hastaneye yatış sayısına göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

1273

TARTIŞMA

Birçok hastalıkta cinsiyet; hastalığın seyri, semptomların sıklığı, beklenen yaşam ömrü ve ilaç etkinliğinde belirleyici faktörler arasında sayılmaktadır. Çalışmamızda MacNew emosyonel, fiziksel, sosyal ve total skorların tümü erkeklerde anlamlı derecede daha yüksektir. Ülkemizde Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde erkeklerin yaşam kalite puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (8).

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeği skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak; İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu, yarar algısı ve öz etkililik alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken; duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve engel algısı skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Abegaz ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde antihipertansif

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

tedavi alan erkeklerin ilaç uyumunun kadınlara nazaran daha düşük olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (9). Bununla birlikte Dias ve arkadaşlarının Portekiz’de 254 iskemik kalp hastası ile yaptığı çalışmada; kadınların tedaviye olan inancı ve uyumunun erkeklerden daha iyi olduğu bulunmuştur (10). Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmaması; ilaç kullanımı ile semptomlar arasında ki fayda-zarar algısının her iki cinsiyet tarafından eşit algılandığını, ancak daha geniş çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Küçükberber ve arkadaşlarının, kalp yetersizliği dâhil olmak üzere çeşitli kalp hastalığı olan 325 hasta ile yaptığı çalışmada; evli olan hastaların yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (8). Wu ve arkadaşlarının 136 kalp yetersizliği hastası ile yaptığı çalışmada; evli olmayan hastaların, evli olanlara göre iki kat daha fazla ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur (11). Çalışmamızda puanların medeni duruma göre dağılımları arasında fark bulunamamıştır, bunun nedeninin vaka sayımızın az olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesi puanlarının hastaların aktif çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (8). Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının Avustralya’da kardiyovasküler hastalığı ve kardiyovasküler hastalık risk faktörü olan 2379 hasta ile yaptığı çalışmada; her hangi bir işte çalışmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (12). Çalışmamızda; diğer çalışmalardan farklı bir sonuç çıkmış olmasını; çalışan hastaların iş koşulları, ekonomik getirisi ve yaşamdan beklentilerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

İlaç uyumu puanlarının hastaların aktif çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Köseoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; ilaç uyumu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (13).

Yaşam kalitesi puanlarının eğitim durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyen hastaların, diğer eğitim düzeylerine (okur-yazar/ilk-orta öğrenim ve üniversite ve üzeri) göre yaşam kalite puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının çalışmasında benzer şekilde düşük eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (12). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında da buna benzer şekilde; eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin yaşam kalite puanlarının daha yüksek

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olduğu tespit edilmiştir (8). Yazdani ve arkadaşları, İran'da 109 hasta (75'i perkütan koroner girişim geçiren, 34'ü koroner Bypass operasyonu geçiren) ile yaptığı çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (14). Eğitim seviyesinin artışı ile hastalığın daha çabuk algılanması, önlemlerin ve önerilerin daha iyi kavranması ile ilişkili olarak yaşam kalitesinin arttığını düşünmekteyiz.

İKİSİÖ ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Köseoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da; hastaların eğitim düzeyi ile ilaç uyumları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (13). Eğitim düzeyi düşük olan insanların ilaç kullanımı sırasında çoğu zaman başkalarından yardım almaları nedeniyle eğitim düzeyinin ilaç uyumunu etkileyemediği düşünülebilir. Öte yandan çalışmamızda okur-yazar olmayan hastaların, sağlık motivasyonu, öz-etkililik ve yarar algısı puanlarının diğer eğitim düzeylerine nazaran daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık yukarıda bahsettiğimiz; başka bireylere bağımlı olma veya sağlık çalışanlarının bu kesime uygun hitap edememesi gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir.

Charalampakis ve arkadaşlarının İngiltere'de yaptığı çalışmada; hastaların BKİ düzeyleri azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (15). BKİ artışının birçok hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda yaşam kalitesi ile BKİ arasında total puanlarda fark olmamasına rağmen, fiziksel alt boyut puanlarında obez hastaların düşük skora sahip olması bu görüşleri desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların BKİ düzeyi ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Nagrebetsky ve arkadaşlarının Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı bir çalışmada ise; ilaç uyumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (16). Jeong ve arkadaşlarının Güney Kore de, antihipertansif tedavi alan hastalarla yaptığı çalışmada, normal BKİ (normal:<23 kg/m²) ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (17). Bireyin BKİ düzeyi üzerinde; yaşam tarzı, diyet alışkanlığı ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirleyici olduğunu düşünmekteyiz.

Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Afrand ve arkadaşlarının İran'da 190 koroner bypass hastası ile yaptığı çalışmada; hastaların NYHA sınıfı ile yaşam kaliteleri arasında fark bulunamamıştır (18). Ahmeti ve arkadaşlarının Kosova'da 118 kronik kalp yetersizliği hastası (62±10 yaş, 57 kadın, NYHA I-III) ile yaptığı çalışmada; katılımcılar Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) korunmuş ve EF'si düşmüş hastalar olarak iki grupta incelenmiştir. EF'si düşük hasta grubunun yaş ortalaması ve NYHA sınıfı

PALYATİF PALLIATIVE ULUSLARARASI INTERNATIONAL BAKIM CARE KONGRESİ CONGRES

ortalamaları daha yüksek olmasına karşın, iki grubun yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunamamıştır (19). Hastalık ilerledikçe semptomatik geçen sürenin artmasının yanında artan fiziksel ve ruhsal kısıtlılığın yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmekteyiz.

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeğinin skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında anlamlı fark saptanmadı. Störk ve arkadaşları Almanya’da 123.925 hastanın dosyalarını geriye dönük olarak değerlendirdiklerinde; hastaların NYHA sınıfları arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir (20). Hastalığın ilerlemesinin yalnızca çevresel, genetik veya metabolik nedenler ile değil hastaların tedaviye uyumları ile doğrudan ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda çıkan sonuçların bu düşüncemizi desteklememiş olmasının bir nedeni hastaların uzun süre takip edilmemiş olmasıdır. Diğer taraftan ilaç kullanımı ve uyumu hastalar ile ilgilenen yakınlar ve bakıcılardan etkilenmektedir. Bazen tüm sorumluluk bir başkasında olabilmektedir. Bu bakımdan ilaç uyumu ile ilgili olarak hastaların bakımlarından birinci derece sorumlu bireylerin sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada yaşam kalitesi ile uyum ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Yaşam kalitesi ölçek skorlarının tümü ve uyum ölçeğinin çoğu skoru erkeklerde daha yüksek iken uyum skorları cinsiyete, BKİ’ye, medeni duruma ve çalışma durumuna göre benzer dağılım gösterdi.

Hastaların eğitim durumları yükseldikçe skorlar anlamlı derecede yükselmektedir.

NYHA sınıfı arttıkça skorlar beklendiği üzere düşmektedir.

Kalp yetersizliği olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması,

Eğitim düzeyi düşük olan kalp yetersizlikli bireylere yönelik basitleştirilmiş eğitim programlarının düzenlenmesi,

İleri düzey kalp yetersizliği olan hastaların, tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olması nedeniyle uyum artırma stratejileri düşünülürken bu durumun dikkate alınması, bu sorumluluğu üstlenecek olan , evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması,

Eğitim düzeyi düşük olan hastalara, mümkün olduğu kadar basit ifadelerle tedavi ve hastalığın seyrinin anlatılması önerilir.

KAYNAKLAR

- 1) **Aydemir, Ö. (2006).** Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- birikim; 1(2): 9-13.
- 2) **Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N. ve Kuğuoğlu, S. (2013).** Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s.3-23). Adana: Nobel Kitabevi.
 - 3) **Eser, E. (2012).** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı, Z. (Haz.). Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 4 Mayıs 2012-İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri (s. 2-5).
 - 4) **Toh, C.T, Jackson, B., Gascard, D. J., Manning, A. ve Tuck, E.J. (2010).** Barriers to Medication Adherence in Chronic Heart Failure Patients During Home Visits, Journal of Pharmacy Practice and Research, Vol:40, No:1-27-30.
 - 5) **Lim, LL., Valenti, LA., Knapp, JC., Dobson, AJ., Plotnikoff, R., Higginbotham, N., Heller, RF. (1993).** A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. J Clin Epidemiol, 46(11):1249-1256.
 - 6) **Daskapan, A., Höfer, S., Oldridge, N., Alkan, N., Müderrisoğlu, H., Tüzün, E. (2008).** The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. J Eval Clin Practice, 14(2): 209-213.
 - 7) **Çiçek, Z. (2012).** Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz Ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. Doktora Lisans Tez, Erzurum.
 - 8) **Küçükberber, N., Özdilli, K., Yorulmaz, H. (2011).** Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease . Anadolu Kardiyol Derg; 11: 619-26
 - 9) **Abegaz,T.M., Shehab,A., Gebreyohannes,E.A., Bhagavathula, A.S., Elnour, A.A. (2017).** Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis.
 - 10) **Dias, A., Pereira, C., Monteiro, MJ., Santos, C. (2014).** Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. Aten Primaria. Nov;46 Suppl 5: 101-6.
 - 11) **Wu, JR., Lennie, TA., Chung, ML., Frazier, SK., Dekker, RL., Biddle, MJ. et al. (2012).** Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. Heart Lung.;41:107-14.
 - 12) **González-Chica, DA., Adams, R., Dal Grande, E., Avery, J., Hay, P., Stocks, N. (2017).** Lower educational level and unemployment increase the impact of cardiometabolic conditions on the quality of life: results of a population-based study in South Australia.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

- Qual Life Res. Jun;26(6):1521-1530.
- 13) **Köseoğlu, N., Enç, N. (2016).** Investigation of the Factors Preventing Medication Compliance in Individuals with Chronic Heart Failure. Turk J Card Nur.; 7(14): 162-168.
 - 14) **Yazdani-Bakhsh, R., Javanbakht, M., Sadeghi, M., Mashayekhi, A., Ghaderi, H., Rabiei, K. (2016).** Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. Yazdani-Bakhsh R, et al. ARYA Atheroscler.
 - 15) **Charalampakis, V., Seretis, C., Daskalakis, M., Fokoloros, C., Karim, A., Melissas, J. (2018).** The effect of laparoscopic sleeve gastrectomy on quality of life: A prospective cohort study with 5-years follow-up. Surg Obes Relat Dis. Jun 28. pii: S1550-7289(18)30341-1.
 - 16) **Nagrebetsky, A., Griffin, S., Kinmonth, AL., Sutton, S., Craven, A., Farmer, A. (2012).** Predictors of suboptimal glycaemic control in type 2 diabetes patients: the role of medication adherence and body mass index in the relationship between glycaemia and age. Diabetes Res Clin Pract. May; 96(2):119-28.
 - 17) **Jeong, H., Kim, H., Lee, K., Lee, JH., Ahn, HM., Shin, SA. and Kim, V. (2017).** Medical visits, antihypertensive prescriptions and medication adherence among newly diagnosed hypertensive patients in Korea. Environ Health Prev Med; 22: 10.
 - 18) **Afrand, M., Froozan-Nia, SK., Dehghani, H., Jalalian, M., Sarebanhassanabadi, M. (2014).** Effect of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery on Patients' Quality of Life. Cardiology Research.; 5(1): 30-37.
 - 19) **Ahmeti, A., Henein, MY., İbrahimi, P., Elezi, S., Haliti, E., Poniku, A. et al. (2017).** Quality of life questionnaire predicts poor exercise capacity only in HFpEF and not in HFrEF. BMC Cardiovascular Disorders; 17: 268.
 - 20) **Störk, S., Handrock, R., Jacob, J. et al. (2017).** Treatment of chronic heart failure in Germany: a retrospective database study. Clinical Research in Cardiology; 106 (11): 923-932. doi:10.1007/s00392-017-1138-6.

S-228 NURSING CARE OF AN INDIVIDUAL WITH DEMENTIA UNDER TREATMENT IN THE PALLIATIVE CARE UNIT IN LINE WITH THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL: A CASE REPORT**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN DEMANSLI BİR BİREYİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU****Seval Ağaçdiken Alkan¹, Cansev Bal¹, Zeynep Sağlam¹, Tuğba Kavalalı Erdoğan¹, Zeliha Koç¹**¹Ondokuz Mayıs University, Health Science Faculty, Samsun/ Türkiye**Abstract**

Dementia is not a name given to a single disease, it is a general name given to diseases characterized by impaired memory and similar mental abilities. Although dementia is not an absolute condition in all the aging individuals, disease-specific findings may arise due to several changes in all the diseases related to dementia. Individuals with dementia usually need long-term care and treatment in the later stages of the disease. The nursing care needed by the patient and his/her family is often met in long-term care centers and hospitals. Today, especially in palliative care units, the symptoms experienced by the individuals with dementia are managed effectively and quality care is provided. In this case report, a patient who was diagnosed with dementia and treated in a palliative care unit of a state hospital was evaluated in accordance with the Activities of Daily Living (ADL) Model and had nursing diagnosis according to NANDA-I. Upon the evaluation, appropriate nursing interventions were planned by determining the care needs of the individual for disruption in tissue integrity, risk of falling, ineffective airway patency, deterioration of oral mucous membrane, deterioration of urinary excretion and self-care deficit syndrome.

Key Words: Dementia, Activities of Daily Living Model, Palliative care**Özet**

Demans tek bir hastalığa verilen isim olmayıp, bellek ve benzeri zihinsel yeteneklerin bozukluğu ile karakterize hastalıklara verilen genel bir addır. Demans yaşlanan tüm bireylerde mutlak gelişen bir durum olmamakla birlikte, demansa ilişkin hastalıkların tümünde bir takım değişikliklere bağlı olarak hastalıklara özgü bulgular ortaya çıkabilmektedir. Demanslı bireyler genellikle hastalığın ilerleyen evrelerinde uzun süreli bakım ve tedaviye ihtiyaç duyabilmektedir. Hasta ve ailesinin ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımı, çoğu zaman uzun süreli bakım merkezlerinde ve hastanelerde karşılanmaktadır. Günümüzde özellikle palyatif bakım ünitelerinde demanslı bireylerin yaşadıkları

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

semptomlar etkin bir şekilde yönetilerek kaliteli bir bakım sunulmaktadır. Bu olgu sunumunda demans tanısı olarak bir devlet hastanesinin palyatif bakım ünitesinde tedavi gören bir hasta Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli (GYA) doğrultusunda değerlendirilmiş ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmıştır. Yapılan değerlendirme doğrultusunda bireyde doku bütünlüğünde bozulma, düşme riski, etkisiz hava yolu açıklığı, oral mukoz membranda bozulma, üriner boşaltımda bozulma ve özbakım eksikliğine yönelik bakım gereksinimleri belirlenerek uygun hemşirelik girişimleri planlanmıştır.

INTRODUCTION

Dementia is not a name given to a single disease, it is a general term given to diseases characterized by impaired memory and other cognitive abilities. In its 2012 "Dementia" report, the World Health Organization (WHO) describes dementia as a syndrome "in which there is disturbance of multiple higher cortical functions, including memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement". It is reported that there are currently 50 million individuals with dementia worldwide and 10 million new cases every year (WHO, 2019). In Turkey, it has been identified that there are 600 thousand individuals with dementia and the number of individuals diagnosed with dementia increased by 64.4% between 2002 and 2017 (TR Ministry of Health, Health Statistics Yearbook, 2017). Due to the rapid aging of the world population and in Turkey, there is a high increase in the number of cases with dementia. The most significant factor in the development of dementia is the loss of functionality of neurons with aging. Due to neuronal impairment, the individual primarily loses their cognitive abilities, and in the following period, due to impaired cognitive functions, dependence in activities of daily living and impairments in social and professional life occur.

Individuals with dementia usually need long-term care and treatment in the later stages of the disease. When an individual with dementia becomes fully dependent, it is necessary to provide a multi-faceted and effective care in which family and health system can cooperate. The nursing care needed by the patient and their family is often met in long-term care centers and/or hospitals. Today, especially in palliative care units, the symptoms experienced by the individuals with dementia are managed effectively and high quality care is provided. Palliative care includes alleviating the pain and other symptoms of individuals with chronic life-threatening diseases and their families, satisfying their mental and psychosocial needs, preventing and eliminating pain, and improving the quality of life in people approaching the end of their lives. In the study of Enginyurt, Dağaşan and Çankaya (2019), it was determined that 16.8% of the patients receiving care in the

palliative care service were individuals with dementia. In some studies examining the efficacy of palliative care in individuals with advanced dementia, it has been reported that palliative care provides effective symptom and pain management and lowers the cost of care in this process (Hughes, Jolley, Jordan, Sampson, 2007). Nurses play a pivotal role in achieving the expected patient results and increasing the quality of care in the palliative care process (Elçigil, 2012). Assessing the individual with dementia, for whom care is provided, and their families, identifying their needs and evaluating the results of intervention will increase the targeted quality of life, provide individualized care and meet the needs at the highest level in the palliative care process (Elçigil, 2012).

In this case report, an individual with dementia, who is treated and for whom care is provided in a palliative care unit of a public hospital, has been evaluated in accordance with the Assessment of Activities of Daily Living. Nursing diagnosis has been made according to NANDA-I, Taxonomy II and nursing process has been planned by using Nursing Interventions Classification (NIC) system (Bulechek et. al., 2017; Herdman, Kamitsuru, 2018).

AIMS

The aim is the planning of nursing process by determining the physical, psychosocial and spiritual needs of the individual with dementia.

CASE

CB is a 65-year-old male patient who is married, retired and a middle school graduate. He lives with his wife in an apartment in the town center. The individual, who has been unconscious for 6 years and has been diagnosed for advanced dementia, is fully dependent on others. The family applied to the county state hospital because of a bed wound in the coccyx region of the individual and was referred to the hospital in the city center in an ambulance. The patient has been receiving care and treatment for 5 days in the palliative center of the hospital where he had been referred to. When the medical history of the individual is examined, we could not find any histories of surgery or of any chronic disease other than dementia. It was stated that the patient had inguinal hernia but no surgery was required. As for family history regarding dementia, there is a history of the disease in the patient's mother, aunts and grandmother.

EVALUATION OF THE INDIVIDUAL WITH DEMENTIA ACCORDING TO ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL

1. Ensuring and Maintaining a Safe Environment: The individual is unconscious. The bed of the individual is of medium height, the borders are raised and the brakes are locked. The individual's

Itaki Fall Risk Scale score is 8 and it has been determined that his level of fall risk is high. C.B., whose Braden Pressure Wound Risk Diagnosis Scale score is 8, has a third-degree pressure wound in the coxis region, approximately 20 cm in diameter. In addition, the patient, who has severe contracture in the left arm and leg, has ulcerations, the largest of which is 3 cm diameter between the left toes.

NANDA-I Nursing Diagnosis: The Risk of Falls Associated with Physical Dependence

Domain 11: Security/Protection, Class 2: Physical Injury, Code: 00155

NIC Intervention:

Falling Prevention (Code: 6490) Domain: 4. Security, Class: Risk Management

Expected Patient Result: It is to take patient-specific precautions in cases where there is a risk of injury from falling.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Pressure Wound, Skin Integrity Deterioration, Physical Dependence and Advanced Age Related Impaired Tissue Integrity

Domain 11: Security/Protection, Class 2: Physical Injury, Code: 00044

NIC Intervention:

Pressure Wound Care (Code: 3520) Domain 2. Physiological: Complex, Class: Skin/Wound Management

Expected Patient Result: It is the healing of pressure wounds and other wounds.

2. Communication: Relatives stated that the patient had not spoken for 6 years. The Glasgow Coma Scale Score of the patient is 9/15. The patient is able to spontaneously open his eyes, give flexor answers to pain, and gives no verbal response.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Deterioration in Cognitive Functions Due to Dementia and Impaired Verbal Communication Due to Physical Dependence

Domain 5: Perceptual/Cognitive, Class 5: Communication, Code: 0051

NIC Intervention:

Strengthening Communication (Code: 4976) Domain: 3. Behavioral, Class: Strengthening Communication

Expected Patient Result: It is to facilitate the receiving and giving of verbal / non-verbal messages of individuals and their relatives.

3. Respiration: The patient's respiratory rate is 20 per min. Tracheostomy was performed 3.5 months ago because of recurrent pneumonia and not being able to eliminate secretions effectively. Secretions are often aspirated by relatives. The secretion is light yellow, transparent, odorless and

fluid. Pulmonary sounds were defined as coarse rales in the lower lobes. No evidence of cyanosis was observed and the spO₂ value was measured as 98%. The individual has no history of smoking.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Recurrent Respiratory Tract Infection and Ineffective Breathing Pattern Due to Change in Airway Gap

Domain 4: Activity/Rest, Class 4: Vascular/Pulmonary Responses, Code: 00032

NIC Intervention:

Airway Management (Code: 3140), Airway Aspiration (3160) Domain: 2. Physiological: Complex, Class: Respiratory Management

Expected Patient Result: Ensuring airway clearance and adequate gas exchange.

4. Nutrition: C.B. is fed 6X200mL by means of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) opened 5 years ago. Although no mucositis is observed in the oral mucous membrane, there is dryness. There is damage to the teeth due to the frequent clenching of the teeth. Oral care of C.B. is performed by relatives as 4X1. Body mass index of the patient is 16,6 kg/ ².

NANDA-I Nursing Diagnosis: Imbalanced Nutrition: Less than Body Requirements Due to Change in Nutrition Type, BMI <17 and Inactivity

Domain 2: Nutrition, Class 1: Eating, Code: 00002

NIC Intervention:

Nutrition Management (Code: 1100) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Nutrition Support

Expected Patient Result: It is the provision of daily food intake of the individual.

5. Excretion: Urinary drainage is provided by catheter. The individual has hematuria for 2 days. Defecation occurs once in two days. No tension is observed in the abdominal region of the individual. Intestinal sounds are 12/min.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Impaired Urinary Elimination Excretion Due To Hematuria And Providing Catheter Delivery

Domain 3: Excretion and Gas Exchange, Class 1. Urinary function, Code: 00016

NIC Intervention:

Management of Urinary Excretion (Code: 0590) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Elimination Management

Expected Patient Result: It is the maintenance of urinary excretion and removal of hematuria.

6. Personal Cleaning and Clothing: In the pre-hospital home period, the individual was given a full-body bath once a week by their relatives. After the hospitalization, bath was performed once by rubbing the patient's skin. The general appearance, pajamas and bed clothes of the individual are

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

clean and neat. Although no missing and decayed teeth were found, dryness was observed in the mouth. Hand and foot nails are clean and short. Dry skin was observed. The overall appearance of the patient is clean.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Risk for Impaired Oral Mucous Membrane Integrity Due to Dryness of Oral Mucous Membrane, Teeth Damage and Lack of Oral Hygiene

Domain 11: Security/Protection Class 2: Physical Injury Code: 00247

NIC Intervention:

Maintaining Oral Health (Code: 1710) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care

Expected Patient Result: To manage a moist and pink-colored mouth mucous membrane of the individual and to prevent the occurrence of oral mucositis.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Lack of Self-Care Due to Cognitive Impairment and Physical Dependence (Bathing, Dressing, Feeding, Excretion)

Domain 4: Activities / Rest Class 5: Self-Care Code: Bathing Self-Care Deficit 00108, Dressing Self-Care Deficit -00109, Feeding Self-Care Deficit-00102, Toileting self-care Deficit-00110

NIC Intervention:

Self Care Help: Bathing/Hygiene (Code: 1801) Domain: 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care

Self-Care Help: Nutrition (Code: 1803) Domain: 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care

Self-Care Help: Dressing/Self-Care (Code: 1802) Domain: 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care

Self-Care Help:Using the Toilet (Code: 1804) Domain: 1. Physiological: Basic, Class: Facilitating Self-Care

Expected Patient Result: To meet the daily needs of the individual regarding nutrition, personal hygiene and excretion.

7. Body Temperature Control: Average body temperature of the individual is 36.5⁰C. The individual's outfit is compatible with the environment.

8. Movement: The individual is given position in the bed by his relatives every 2 hours. The son of the patient stated that they placed the patient in the right lateral and supine positions due to the advanced contractures on the left side of the patient.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Changes in Cognitive Functions, Sensory Disorders and Impaired Physical Mobility Due to Contracture

Domain 4: Activity/Rest, Class 2: Activity/Exercise Code: 00085

NIC Intervention:

Energy Management (Code: 0180) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Activity and Exercise Management

Expected Patient Result: To ensure the optimal mobility of the individual and to maintain the posture.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Risk for Disuse Syndrome Due to Change in Consciousness, Sensory Disorder and Deterioration in Physical Mobility

Domain 4: Activity/Rest, Class 2: Activity/Exercise Code: 00040

NIC Intervention:

Energy Management (Code: 0180) Domain 1. Physiological: Basic, Class: Activity and Exercise Management

Expected Patient Result: To ensure the optimal mobility of the individual and to maintain the posture.

9. Work and Entertainment: C.B. is retired and he used to live in an apartment with his wife before his hospitalization. Before tracheostomy was opened, relatives were visiting C.B at home but visitors were restricted after tracheostomy. In the following period, with the loss of consciousness, the individual became fully dependent and he was hospitalized when pressure sores occurred.

10. Expression of sexuality: C.B. matches his sexual identity. Although there is no history of disease/discomfort related to reproductive organs, there is no active sex life due to the disease. In addition, since the diagnosis of dementia, the individual has experienced changes in family functions and roles.

NANDA-I Nursing Diagnosis: Interrupt Family Processes Due to Change in the Health Status of a Family Member Due to the Individual's Diagnosis of Dementia and Hospitalization

Domain 7: Role Relations, Class 2: Family Relations, Code: 00060

NIC Intervention:

Maintaining Family Processes (Code: 7130) Domain: 5. Family, Class: Lifelong Care

Improving Family Participation (in Care) (Code: 7110) Domain: 5. Family, Class: Lifelong Care

Supporting the Family (Code: 7140) Domain: 5. Family, Class: Lifelong Care

Expected Patient Result: To support the family processes by promoting participation of the family members in the care of the individual or by visiting him.

11. Sleep: Since 2013, the patient has been unconscious.

12. Death: Due to unconsciousness of the patient, the individual's thoughts about concept of death could not be evaluated. Family members, on the other hand, make good use of the time they share with the individual by being involved in the hospital care processes. But they have no clear statement regarding the concept of death .

DISCUSSION

In this study, the individual diagnosed with dementia was evaluated according to the Activities of Daily Living Model in the palliative care process, NANDA-I nursing diagnoses and NIC interventions suitable for each diagnosis were determined using the NANDA Taxonomy II classification system.

Palliative care includes a holistic approach involving psychosocial, spiritual and physical care. Although palliative care is a team service, the nurse plays an active role in the care of the individual and in the inclusion of the family in the care (Elçigil, 2012). In the palliative care process, the nurse should evaluate the needs of the patient and the family in order to plan their care and should organize them in accordance with the order of priority (Ferrell et. al., 2007). The Daily Life Activities Model is a highly useful nursing model in the palliative care process because it can be applied to healthy and/or sick individuals and it focuses on the protection and relief functions of nursing (Roper, Logan, Tierney, 1990).

Both in Turkey and in other countries, where the elderly population is rapidly increasing, one of the major patient groups that is cared for during the palliative care process is individuals with dementia. In a study, it was found that the prevalence of dementia was higher in 1184 patients who had been referred to palliative care service for 38 months. Dementia is a progressive disease group that starts with cognitive dysfunction and continues in the following periods with behavioral, functional, motor, autonomic and sleep problems, causing the individual to become completely dependent. Similar to the literature, in the individual evaluated for this study the risk of fall, impaired tissue integrity, impaired verbal communication, ineffective respiratory pattern, unbalanced nutrition, impaired urinary excretion, impaired oral mucosal membrane integrity, impaired physical mobility and disuse syndrome due to dementia were identified in the nursing diagnoses. The fact that individuals with dementia can only sustain their daily lives depending on another person causes

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

changes in the family processes (Kasar and Yıldırım, 2017). In this study, it was found that the family experienced deterioration in family processes due to the disease and palliative care process.

CONCLUSION

As a result, Activities of Daily Model is a guide for evaluating the needs of the individual in detail as it deals with 12 life activities. NANDA-I nursing diagnoses and the use of NIC interventions provide systematic and holistic organization of the individual's data and determine the priorities of care. A systematic approach to planning the care of individuals with dementia will support the improvement of quality of care . In addition, this approach is thought to contribute to saving time and palliative care nurse labor.

REFERENCES

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, Erişim tarihi: 23.08.2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017.
- Enginyurt Ö, Dağışan T, Çankaya S, Palyatif servisinde yatan hastaların hastalık prevalansı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi; 2019; 11(1):11-13.
- Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. BJ Psych Advances 2007;13(4):251-60.
- Elçigil A, Palyatif Bakım Hemşireliği, Gülhane Tıp Derg, 2012; 54: 329-334.
- Bulecek GM., Butcher HK., Dochterman JM., Wagner C. (Çeviri ed: Erdemir F., Kav S., Akman Yılmaz A.) Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC); 6st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2017
- Herdman TH., Kamitsuru S. (Çeviri ed: Acaroğlu R., Kaya H.) NANDA International Hemşirelik Tanıları: Tanımları& Sınıflandırma 2015-2017; İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2018.
- Ferrell B, Connor SR, Cordes A, Dahlin CM, Fine PG, Hutton N, et al. The national agenda for quality palliative care: the national consensus project and the national quality forum. J Pain Symptom Manage 2007; 33:737-744.
- Roper N, Logan WW, Tierney AJ (1990). The elements of nursing, Churchill Livinsstone, New York.
- Kasar KS, Yıldırım Y. İleri Demans hastalarında palyatif bakım. J Nurs Sci 2017;9(2):164-70.

ÖZET BİLDİRİLER

S-1 ENGELLİ ÇOCUKLARDA GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI

Emriye Hilal YAYAN¹, Yeliz SUNA DAĞ², Elanur VİCNELİOĞLU³

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

²Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma engelli çocukların genital hijyen davranışlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal Metod: Bu araştırma 01.09.2018 -01.03.2019 tarihleri arasında basit rastgele yöntemle belirlenen Malatya il merkezine bağlı bir rehabilitasyon merkezine başvuran çocukların ebeveynleri ile anket formu kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza alınan çocukların %51.7'sinin erkek, %48.3'ünün down sendromlu, %51'sinin engel durumunun mental yetmezlik ve %62.1'inin engellilik nedenin kalıtsal olduğu belirlenmiştir. Çocukların %89.7'sinin banyo, %51.7'sinin giyinme, %62.1'inin beslenme, %93.1'inin tuvalete gitme aktivitelerini başkalarına bağımlı bir şekilde yerine getirdikleri saptanmıştır. Ebeveynlerin %65.5 'i çocukların genital bölge temizliğini önden arkaya- arkadan öne doğru yaptıklarını, % 41.4'ü genital bölge temizliğinden sonra kurutmadıklarını, %58.6'sı çocukların üreme organında kaşıntı olduğunu, %31'inin çocukların sürekli ped değiştirecek kadar idrar kaçırmalarının olduğunu ve %69'unun genital hijyen hakkında hiç bilgi almadığı belirlenmiştir.

Sonuç: Engelli çocukların genital hijyen alışkanlıkları ile ilgili sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: engelli, çocuk, ebeveyn, genital hijyen

S-2 PEDIATRİ HEMŞİRELERİNİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞLARININ MERHAMET YORGUNLUKLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Yeliz SUNA DAĞ¹, Emriye Hilal YAYAN², Maksude YILDIRIM³

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

²Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

³Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

ÖZET

Amaç: Araştırmamız pediatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarına etkisinin incelemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal method: Bu çalışma 01.12.2018-01.05.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında ‘Hemşire Bilgi Formu’, ‘Merhamet Yorgunluğu Ölçeği’ ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’ kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hemşirelerin %93’ünün bayan, %70.2’sinin lisans mezunu, %78.9’unun evli olduğu ve %15.8’inin ölümcül hastalıkla (palyatif bakım) ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.01±6.95, meslekte çalışma yılı ortalamalarının 9.82±6.65, pediatri kliniklerinde çalışma yılı ortalamalarının 7.54±5.84 olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu toplam puanı ile spiritüel iyi oluş ölçeğinin toplam puanı ve spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutu olan doğayla uyum arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin pediatri kliniklerinde ve meslekte çalışma yılları ile spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutu olan anomi arasında da pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Pediatri hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının merhamet yorgunluklarını etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: hemşire, merhamet, spiritüel iyi oluş

S-3 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMU

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan ÇITLIK SARITAŞ¹, Büşra BULUT¹, Elif ÖZFİDAN¹

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ölmek üzere olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 275 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)” kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum), bağımsız gruplarda t testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %55.3'ünün kız, %35.6'sının dördüncü sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 21.61 ± 1.82 olduğu bulundu. Öğrencilerin %63.3'ü palyatif bakım ile ilgili bilgi sahibi olduklarını, %45.8'i bu bilgiyi okuldaki eğitim müfredatından edindiklerini, %74.2'si palyatif bakım deneyimlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin; yaklaşık yarısının (%51,6) palyatif bakım vermek istedikleri ve %71.6'sının palyatif bakımın gerekli olduğunu düşündüğü tespit edildi. Bu araştırmada, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 82.50 ± 9.58 (min-maks: 50-123) olarak bulundu. Öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; kabul edici yaklaşım (24.01 ± 4.02), ölümden kaçınma (17.48 ± 2.83), ölümü kabullenememe (14.86 ± 2.48), tarafsız kabullenme (13.79 ± 2.67) ve ölüm korkusu (12.35 ± 3.32) şeklindedir.

Sonuç: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu görüldü. Palyatif bakımın gerekliliğini düşünmelerine rağmen, palyatif bakım vermeyi isteme konusunda kararsız olan yada bakım vermek istemeyen öğrenciler azımsanmayacak orandadır. Palyatif bakımla ilgili ve ölüm kavramına yönelik olumlu tutumun artırılması adına eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: ölüme ilişkin tutum, ölmekte olan bireye bakım, palyatif bakım, hemşirelik öğrencileri

S-4 YANIĞI OLAN ÇOCUĞUN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ'NE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU SUNUMU

Yeliz SUNA DAĞ¹

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Malatya /Türkiye

ÖZET

Hemşirelik modellerinden biri olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda ele alarak kapsamlı bakım verilmesini sağlamaktadır. Bu çalışma yanığı olan çocuk ve ailesine yönelik hemşirelik bakımında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin kullanımını ve NANDA Hemşirelik Tanıları Sınıflandırma Sistemi'ne göre model kullanımını örneklemek amacı ile yapılmıştır.

%50'lik 2. derece süt yanığı olan (eller, parmaklar, bacaklar, gluteus, uyluklar) 4 yaşında bayan hastanın vücut sıcaklığı: 36.7 °C, nabız: 136 atım/dk, solunum: 28 nefes/dk ve saturasyon %98 ve ağrı puanı 4-5 olarak belirlenmiş olarak belirlenmiştir. Ajite olan hasta monitörize edildi, sıvı resusitasyonu yapıldı, pansuman ve debrütmanı yapıldı, Foley sonda takıldı, aldığı – çıkardığı takibine ve tetkik sonuçlarına göre idame mayi takıldı. Hastaya ara öğünlerle birlikte bol karbonhidrat ve protein içeren yanık diyeti uygulandı.

Olgu bakım verilen süre boyunca Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Kuramı'na göre değerlendirilmiş ve Ağrı, Doku Bütünlüğünde Bozulma, Anksiyete Riski, Enfeksiyon Riski, hemşirelik tanıları belirlenip bakımı yapılmıştır ve hasta taburcu olmadığından dolayı bakımına devam edilmektedir.

S-5 DİYABET VE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ BELİRLEYİCİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tansel Bekiroğlu Ergün¹, Mehtap Omaç Sönmez², Mine Akben³

¹Ebelik bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

² Halk Sağlığı Hemşireliği AB Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

³ Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği AB Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Özet: Kronik böbrek yetmezliği ve diyabet neden olduğu morbidite ve mortalitenin boyutları açısından tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunlarından. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklarda tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda hastaların yaşam kalitesinin belirleyicileri önem kazanmaktadır. Bu çalışma arttıgı diyabet ve kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmaya örneklem seçilmeden Eylül-Aralık 2009 tarihleri arasında dahiliye servisine KBY ve diyabet tanısı ile yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya 65 KBY ve 65 diyabet hastası dâhil edilmiştir. Hastaların %64.6' sı kadındır, 23.8' i 46-55 yaşları arasındadır. Hastaların %52.3' ü okuryazar değil, %82.3' ü vasıfsız işçi olarak çalıştığını bildirmiştir. Hastaların %78.5'i kuvvet gerektiren faaliyetlerde, %47.7'si orta zorlukta faaliyetlerde, %49.2' si çarşı Pazar torbalarını taşımada, %51.5' i merdiven çıkarken, %36.2' si eğilirken yere diz çökerken, %56.2' si bir kilometreden fazla yürüdüğünde, %36.2' si birkaç yüz metre yürüdüğünde oldukça kısıtlama yaşadığını bildirmiştir. Hastaların dörtte biri duygusal yaşadıkları problemlerin sosyal faaliyetlerini etkilediğini %32.3' ünün hafif düzeyde ağrı hissettiklerini ve ağrının işlerine engel olmadığını söyleyen hastalar %27.7' i oluşturmaktaydı. Hastaların emosyonel durumlarına bakınca epeyce hayat dolu hisseden hastalar %20.8, arada sırada sinirlilik durumu %33.1, hiçbir zaman sakin huzurlu hissetmedim diyenler %30 olarak belirlenmiştir. Araştırmada KBY hastalarının çoğunluğu fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yaşam kalitelerinin etkilendiğini belirtirken, Diyabet tanılı hastalarda emosyonel durum nedeniyle yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. Hastaların bedensel ve emosyonel durumlarını iyileştirmeye yönelik bakım faaliyetlerinin artırılması, Hastaların emosyonel durumlarını arttıracak faaliyetlerle katılmalarını desteklemek,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Motivasyonları yüksek hastalarla bir araya gelmelerini sağlamak yaşam kalitelerini yükselteceği gibi hastalıkla baş etme güçlerini de arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: *Diyabet, Kronik böbrek Yetmezliği, Yaşam Kalitesi*

Abstract:

Abstract: With regard to the extent of morbidity and mortality they cause, chronic kidney failure (CKF) and diabetes mellitus (DM) are one of the public health problems in our country as in the whole world. As well as in the entire world, it has been aimed to prove the treatment and care procedures in chronic diseases, to increase patients' quality of life, and to decrease the health costs in our country. In this respect, determinants of patients' quality of life gain importance. The present study was conducted so as to evaluate the determinants of quality of life in patients with CKF associated with increasing DM. The investigation is cross-sectional and definitive. As for sampling, patients diagnosed with CKF (n=65) and DM (n=65), hospitalized in internal diseases service and volunteered to participate in the study, were included in the study during September-December 2009. Of those patients, 64.6% were female and 23.8% of them were within the age range of 46-55. 52.3% and 82.3% of the patients declared that they are illiterate and unqualified workers, respectively. Patients reported that they experience considerable limitations regarding activities that necessitate power (78.5%), are moderately difficult (47.7%) and that relate to carrying bazaar bags (49.2%), ladder ascending (51.5%), bending and kneeling (36.2%) and walking more than a few hundred meters (36.2%) or 1 kilometer (56.2%). One fourth of the patients told that emotional problems they experience affect their social activities and 32.3% told that they feel mild pain. The ratio of the patients who indicated that pain does not frustrate their works, was 27.7%. In relation to emotional condition of patients, those who feel quite vivacious were 20.8%, occasional irritability occurred in 33.1% of them and 30% said that they never feel still and patient. In the study, most of the patients with CKF stated that their quality of life is influenced because of the physical insufficiency and it was determined that quality of life decreased due to emotional conditions in patients diagnosed with DM. Improving nursing activities regarding physical and emotional states of the patients, supporting the attendance to the activities that could ameliorate patients' emotional condition and promoting the gathering with highly motivated patients, will not only increase quality of life but also help patients to cope with the disease.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Chronic Kidney Failure, Quality of Life*

S-6 HEMORAJİK İNME TANISIYLA PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

Zeynep Sağlam¹, Cansev Bal¹, Zeliha Koç¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

İnme, beyinde damarsal nedenler dışında bir neden olmaksızın ani gelişen bölgesel veya kısmi işlev bozukluğudur. Dünyada kanser ve kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan inme, sakatlığa yol açan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. İnmeli bireylere verilen hemşirelik bakımı hem kalıcı hasarların önlenmesinde hem de birey ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım, inme gibi kritik hastalığı olan birey ve ailesini fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönden ele alan, yaşam kalitesini ve konforunu yükseltmeyi amaçlayan, hastalığın tanı aşamasından itibaren başlamak üzere yaşam sonu döneme kadar olan süreyi kapsayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Roper, Logan, Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, inmeli hasta birey/ailesine sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulmasını sağlar. Bu olgu sunumunda palyatif bakım ünitesinde hemorajik inme tanısı nedeniyle tedavi görmekte olan birey "Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli" doğrultusunda değerlendirilerek ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Palyatif bakım, Hemşirelik Bakımı, NANDA-I, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli

NURSING CARE OF INDIVIDUALS UNDER TREATMENT IN THE PALLIATIVE CARE UNIT WITH THE DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC STROKE IN LINE WITH THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL: CASE REPORT

ABSTRACT

Stroke is a regional or partial dysfunction in the brain developing suddenly without a cause other than vascular causes. Stroke, which ranks third among the causes of death after cancer and heart diseases in the world, ranks first among the diseases that cause disability. Nursing care given to people with stroke is of great importance both in the prevention of permanent damages and in improving the quality of life of the individual and his/her family. Palliative care is a multidisciplinary approach that deals with the individual with a critical disease such as stroke and his/her family from physical, psycho-social and spiritual aspects, aims at enhancing the quality and comfort of his/her life and covers the period from the diagnosis of the disease till the end of life. The Activities of Daily Living Model of Roper, Logan and Tierney provides the individual with stroke/his or her family with a systematic and holistic approach. In this case report, the individual who was being treated for hemorrhagic stroke in the palliative care unit was evaluated according to the "Activities of Daily Living Model" and had nursing diagnosis in accordance with NANDA-I.

1295

Keywords: Stroke, Palliative care, Nursing Care, NANDA-I, Activities of Daily Living Model

S-7 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE PALYATİF BAKIM

*SümeYra Mihrap İLTER **Özlem OVAYOLU

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü-

**Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dünyada ve ülkemizde artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, tedavi maliyetinin yüksek olması ve yoğun semptom yükü nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Bu doğrultuda kronik böbrek yetmezliğinin tüm evrelerinin getirdiği farklı semptomlar ile bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında palyatif bakımı “Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımı olarak tanımlamakta iken, 2002 yılında “yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı, fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım” olarak ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımında yapmış olduğu bu değişiklik KBY hastalarının kapsamlı değerlendirilmesi için palyatif bakımın önemini daha da arttırmıştır. KBY’de palyatif bakımın temel amacı; kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta ve aileye/bakım verenlere yardım ederek, etkin semptom yönetimi temelinde yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmaktır. Bu hasta grubunda palyatif bakım fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönleri içeren aktif, bütüncül bir bakım yaklaşımıdır. Hastada sıkıntıya neden olan ve yaşamdan zevk almasını önleyen; dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık anksiyete, depresyon, kas krampları, konstipasyon, deliryum gibi bulguların ve yalnızlık, izolasyon gibi durumların hafifletilmesine ve giderilmesine odaklanılır. Bireyin yaşadığı semptom yükünü en aza indirmek, acı çekmesini önlemek, kültürüne ve inancına saygı duyarak manevi iyi oluş hali sağlamak, etik ve yasal ilkeler doğrultusunda, ileriye yönelik bakım sağlamak temel hedefler arasındadır. Ayrıca kronik hastalıkların semptom yönetiminde benimsenen multidisipliner sağlık ekibi anlayışı, hasta ve aile işbirliği KBY’nin palyatif bakımında oldukça çok önemlidir. Bu nedenle palyatif bakımda tedavi, bakım ve semptom yönetimi için nefroloji ekibi kanıt temelli rehberler eşliğinde hareket etmelidir. Ayrıca palyatif bakım uygulamaları için tüm yaş ve hasta grupları ile ilgili bakım modellerinden yararlanılmalı, alan ile ilgili eğitim-öğretim veren kurumlar palyatif bakıma ilişkin müfredat değişiklikleri doğrultusunda sağlık profesyonellerine katkı sunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, kronik böbrek yetmezliği, hemşirelik

S-8 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MANEVİ BAKIM YETERLİLİKLERİ VE EMPATİ DÜZEYLERİ

Emine Erdem*, Merve EZEN**, Semiha DERTLİ***

*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kayseri

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Eskişehir

***İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

ÖZET

Giriş: Manevi bakım, hastanın gereksinimlerine göre hemşirenin vermesi gereken sezgisel, kişilerarası ve bütünleştirici uygulamaları içermektedir. Bunlar, hastaları manevi yönden değerlendirme, empati yapma ve terapötik iletişim tekniklerini kullanmayı gerektiren uygulamalardır. Bu nedenle, bütüncül bakımda önemli bir yere sahip olan empati ve manevi bakım yeterliliğinin birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı lisans son sınıf hemşirelik öğrencilerinin manevi bakım yeterlilikleri ve empati düzeylerinin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma 2018-2019 eğitim öğretim yılında bir üniversitenin lisans son sınıf hemşirelik öğrencileri (n=160) ile yapılmıştır. Etik kurul, kurum ve gönüllü oluru alınan çalışmada, veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Toronto Empati Ölçeği ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Student t, Kruskal Wallis varyans analizi ANOVA ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %61.9'unun kız, %80.6'sının çekirdek aileye sahip olduğu ve %48.1'inin iş bulma olanağı olduğu için hemşirelik mesleğini seçtiği belirlenmiştir. Kız öğrencilerin manevi bakım yeterlilik ve empati puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Öğrencilerin manevi bakım yeterlilik ve empati puan ortalamaları 100.33±16.97 ve 50.31±8.39 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin manevi bakım yeterlilik ve empati toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Sonuç: Çalışmada kız öğrencilerin manevi bakım yeterlilik ve empati puan ortalamalarının yüksek olduğu ve öğrencilerin manevi bakım yeterlilik ve empati puan ortalamaları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bütüncül bakımda önemli bir yere sahip olan empati ve manevi bakım yeterliliklerinin birlikte değerlendirilmesi ve hemşirelik eğitiminde bu kavramlara yer verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: empati, hemşirelik, manevi bakım.

S-9 PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN GÖNÜLSÜZ/ZORLA YATIŞI VE YASALAR

Nermin GÜRHAN¹ Didar KARAKAŞ² Elif ALTUN³

Psikiyatrik hastaların zorunlu yatış ile tedavi ettirilmesine yönelik olan gerekçe, aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmaları ve hastalıkları/tedaviyi kabul etme ya da reddetme yeterliliğinde olmamalarına dayandırılmaktadır. Tedaviyi/yatışı reddetme hakkı olarak baktığımız ve önemli dediğimiz tedaviyi reddetme hakları bu nedenlerle dikkate alınmamakta ve vekil onamıyla gönülsüz olarak tedavi amaçlı psikiyatri kliniğine yatırılmaktadırlar. İstemsiz olarak hastaların tedavi amaçlıda olsa kliniğe yatırılması hakları ve dokunulmazlıklarına yönelik bir müdahaleyi içermektedir. Bu durum ise sağlık çalışanlarının etik ikilem ve hukuki sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Ülkelerdeki sağlık politikaları, ruh sağlığı yasaları ve meslek etik kodları gibi düzenlemeler, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla hastaneye yatırılmaları ve tedavileri açısından sağlık çalışanlarının yaşadığı etik sorunların çözümünde yol gösterici olmaktadır. Gönülsüz zorla hastaneye yatırma ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Bu düzenlemeler temelde iki ana görüşe dayanmaktadır. Bu iki ana görüşte de hastada psikiyatrik bozukluk tanısı şart koşulmakta; ilk görüşte hastada tehlikeliliğin varlığına veya olasılığına, ikinci görüşte hastanın tedavi gereksinimine odaklanılmaktadır. Amerika, Avustralya, Almanya, Fransa, Belçika, İsrail ve Hollanda’ da ruh sağlığı yasasında psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/zorla hastaneye yatırılmasında tehlikelilik kriterine bakılmaktadır. İsveç, Norveç, Japonya, İsviçre, İngiltere, Hindistan, İtalya ve İspanya’ da ise psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz tedavi edilmesi için diğer ülkelerde kriter olan tehlikeliliğin zorunlu olmadığı belirtilmektedir. Danimarka, Portekiz, İrlanda, Yunanistan, Finlandiya’ da tedavi gereksinimi ve tehlikelilik kriterinin her ikisi de hastanın hastaneye yatırılması ve tedavi edilmesinde kriter olarak kullanılmaktadır. Yunanistan, İspanya, İtalya gibi Türkiye’ nin de psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla yatış ve tedavi edilmelerine yönelik yasal düzenlemelerin olmadığı az sayıdaki ülkelerdendir. Türkiye’ de yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde Türk Medeni Kanunu’ nun bazı maddelerinin (Madde10,13,14,432) bu konuya ilişkin genel bilgiler sunduğu belirtilmektedir. Türkiye’ de yasal düzenlemeler ve etik kodlarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla hastaneye yatırılması ve tedavilerinde, tehlikelilik riskine bakıldığı bildirilmiştir. Tehlikelilik unsurunun esas alınarak zorla hastaneye yatırılan hastanın toplumdan uzaklaştırılması DSÖ’ nün hastanın toplumla bütünleştirilmesi (uyumunun sağlanması) hedefiyle örtüşmemektedir. Ancak Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) başlıklı çalışmada zorunlu hastaneye yatışın Türkiye’deki durum açısından toplum temelli

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

sağlık sistemi oluşturmanın ve bunu sürekli kılmanın başlıca hedefleri arasında olduğu bildirilmiştir. Toplum temelli hizmet modeli olarak geliştirilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri psikiyatrik bozukluğu olan hastanın toplum ile uyumunun sağlanması, yeti yitiminin asgari seviyeye çekilmesi, hastanın işlevselliğinin artırılması, hastaneye yatışın önlenilmesi gibi amaç ve hedefler ile zorunlu yatışları önleyebileceği ya da azaltabileceği öngörülmektedir. Ayrıca bu eylem planında Türkiye’ de mevcut yasaların yeterli olmadığını ve sorunların çözümü için Ruh Sağlığı Yasası’ na duyulan ihtiyaç da belirtilmiştir. Türk psikiyatri derneği, Psikiyatri hemşireliği derneği, psikologlar ve diğer ruh sağlığı meslek gruplarının ortak oluşturduğu, TBMM’ ye sunulmuş olan bir yasa taslağı bulunmaktadır. Bu yasa taslağında psikiyatrik bozukluğu olan hastanın kendine veya başkalarına zarar verme riski olduğunda, kişinin ve toplumun güvenliğini sağlamak amacıyla risk halinin ortadan kalkması ya da önemli ölçüde azalmasına dek kişinin kendisinin ya da yasal vasisinin rızasının olup olmamasına bakılmaksızın mahkeme kararı ile yatırılması ve tedavi edilmesi ibaresi yer almaktadır. Bu taslak DSÖ’ nün toplum temelli ruh sağlığı politikası ile örtüşmektedir. Bu yasa ile ülkemizde zorunlu yatış uygulamasındaki belirsizliklerin giderileceği ve etik sorunları azaltacağı öngörülebilir.

INVOLUNTARY / COMPULSORY HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS AND LAWS

Nermin GÜRHAN¹ Didar KARAKAŞ² Elif ALTUN³

The rationale for treating psychiatric patients with compulsory hospitalization is based on their inability to give informed consent and their inability to accept or refuse illness / treatment. The right to refuse treatment, which we consider to be the right to refuse treatment / admission, is not taken into account for these reasons and they are reluctantly admitted to the psychiatric clinic for treatment with the consent of the attorney. Involuntary admission of patients to the clinic, albeit for therapeutic purposes, involves an interference with their rights and immunity. This situation may cause health professionals to have ethical dilemma and legal problems. Regulations in countries such as health policies, mental health laws and professional codes of ethics provide guidance in solving the ethical problems experienced by health workers in terms of compulsory hospitalization and treatment of patients with psychiatric disorders. Involuntary compulsory hospitalization may vary from country to country. These arrangements are mainly based on two main views. The diagnosis of psychiatric disorder is essential in these two main views; The first view focuses on the presence or likelihood of danger in the patient and the second view focuses on the patient's need for treatment. In the United States, Australia, Germany, France, Belgium, Israel and the Netherlands, the mental health law examines the criterion of danger in reluctant / compulsory hospitalization of patients with psychiatric disorders. In Sweden, Norway, Japan, Switzerland, the United Kingdom, India, Italy and Spain, it is stated that the danger which is the criterion in other countries is not mandatory for the involuntary treatment of patients with psychiatric disorders. In Denmark, Portugal, Ireland, Greece, Finland, both the need for treatment and the danger criteria are used as criteria for hospitalization and treatment of the patient. Turkey is one of the few countries such as Greece, Spain and Italy, where there are no regulations for the involuntary hospitalization and treatment of patients with psychiatric disorders. Turkey's legislation when assessing the Turkish Civil Code's some substances (Substance 10,13,14,432) is stated to provide general information on this topic. The treatment and compulsory hospitalized patients with psychiatric disorders have been reported as looking at the risk of dangerousness in Turkey's legal regulations and ethical codes. The removal of the compulsory hospitalized patient from the community on the basis of the element of danger does not coincide with the WHO's objective of integrating the patient with the community According to the study ,entitled, the National Mental Health Action Plan in Turkey (2011-2023), due to the situations in Turkey, involuntary hospitalization has been reported to be among the main

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

objectives of establishing and sustaining a community-based health system. Community Mental Health Centers, which are developed as a community-based service model, are expected to prevent or reduce compulsory hospitalization with goals and objectives such as ensuring patient compliance with society, minimizing disability, increasing functionality of the patient. In addition, in this action plan, it stated that the Mental Health Act is needed to solve the problems and inadequacies of existing laws in Turkey. There is a draft law submitted to the Turkish Grand National Assembly, which is formed by the Turkish Psychiatric Association, the Psychiatric Nursing Association, psychologists and other mental health professionals. In this draft law, it is stated that when a patient with a psychiatric disorder is at risk of harm to himself or to the society, will be admitted and treated by a court decision regardless of the person or his/her legal guardian's consent until the disappearance of the state of risk or significant reduction. This draft coincides with WHO's community-based mental health policy. With this law, it can be foreseen that the uncertainties in compulsory hospitalization in our country and problems will be reduced.

Key Words: Laws, compulsory hospitalization, psychiatric patient.

S-10 RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERLE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Erman Yıldız

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Bir psikiyatrik hastayla iletişim genellikle doğrusal olmayan, karmaşık ve değişken bir durum olabilir. Genel olarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerle hemşirelerin ilk teması, bir psikiyatri kliniğinde eğitim rotasyonları sırasında ortaya çıkar. Psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin psikiyatri hastalarıyla ilk iletişim deneyimleri, öğrencilerin psikiyatri hemşireliğini kariyer olarak düşünmeleri açısından kritik olabilir. Bu araştırmanın amacı, ruhsal hastalığı olan bireylerle psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin iletişim deneyimlerini belirlemektir. Araştırma nitel desende gerçekleştirildi. Araştırma, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören ve klinik pratiğini tamamlayan psikiyatri hemşiresi öğrencileri tarafından gerçekleştirildi. Araştırmada, veri doygunluğu kriterleri için maksimum çaba gösterilmiş ve 14 öğrenci ile veri doygunluğu sağlandı. Yarı yapılandırılmış görüşmeler araştırmacı tarafından yapıldı. Veriler, induktif bir yaklaşımla içerik analizi kullanılarak analiz edildi. Veri analizi sonucunda üç ana tema ve yedi kategori geliştirildi. Ana temalar şunlardı: (1) psikolojik engellerin neden olduğu kısıtlamalar; (2) kişisel engellerin neden olduğu kısıtlamalar; (3) etkili iletişim. Genel olarak, öğrenciler psikiyatrik klinik deneyimlerinin erken dönemlerinde psikolojik zorluklar yaşadılar ve otomatik düşünceler ve algılar nedeniyle deneyimli iletişim engelleri yaşadılar. Tüm öğrenciler, bireysel, sosyal ve kurumsal faktörler nedeniyle psikiyatri hastası ile iletişim kurmayı zor bulmuş, ancak bu engellerle etkin bir şekilde başa çıkmak için profesyonel rollerini uygulamaya çalışmışlardır. Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin birçok iletişim engeli ile karşılaştıkları görülmekle birlikte, etkili bir terapötik iletişim sağlamak için yaklaşımları uyguladıkları önemli bir gelişmedir. Sonuçlar, psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin klinik uygulamalarının geliştirilmesinde ilk adım olarak etkili hemşire-hasta iletişim becerilerinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Hemşire, Psikiyatri.

S-11 RESMİ OLMAYAN BAKIM VERENLERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

FİLİZ ERSÖĞÜTÇÜ¹, Maral KARGIN¹

¹Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

ÖZET

Evde bakımın en basit bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanmasıdır. Evde bakım, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesini kapsar. Evde bakımın; bakım alanın kendine değer verme duygusu çerçevesinde bir insan olarak ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak bireye ya da ailesine destek vermek, işlevselliğini arttırmak, olabildiğince gücünü muhafaza etmesine, bağımsız yaşamasına yardımcı olmak, tam iyilik halini sağlamaya çalışmak gibi amaçları vardır. Resmi (formal care) evde bakım farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri bakım hizmetini, resmi olmayan (informal care) evde bakım ise aile bireylerinin evde verdikleri bakım hizmetini kapsar. Bu bakım kişisel yakınlığı olan birine, karşılığında ücret almadan sağlanan yardım davranışıdır. Resmi olmayan (informal care) evde bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, fiziksel, maddi ve duygusal destek vermeyi kapsamaktadır. İnfomal bakım verenin yaptığı diğer yardım çeşitleri ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımını, tedavisini takip etme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.), ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşma olarak sayılabilir. Bakım verme güçlüğü, yakınlarına bakım vermenin bir sonucu olarak, duygusal veya fiziksel sağlık, sosyal yaşam ve ekonomik durumlarında bakım verenin algıladığı sıkıntı olarak tanımlanır.. Bakım veren kişilerin haftada 20 saat ve üzerinde bakım verdikleri, bakım verirken güçlükle yaşadıkları, bakım verici rolünü üstlendikten sonra 1/3' ünün fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları, bakım vericilerin bir bölümünü koruyucu sağlık davranışlarına daha az ağırlık verdikleri ve mortalite riskini arttırdıkları belirtilmektedir. Bakım veren kişinin karşılaştığı bu zorluklar sosyal, fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilendiği; stres yaşadıkları ve depresyona girdikleri belirtilmektedir. Ayrıca bakım verenin çok genç olması ya da kendisinin yaşlı olması, çalışıyor olması, ciddi bir hastalık ya da sakatlığının olması, birden fazla bağımlı aile üyesine bakıyor olması, bireyin bakım sorumluluğunu kabul etmekle toplumsal

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

rollerinin kısıtlandığını düşünmesi, bakımını üstlendiği bireyin ciddi bellek ve davranışsal sorunlarının olması halinde, bakım veren kişi ve aile üyelerinde kurum bakımına yönelme eğilimi artmaktadır. Aile ortamında hasta bakımı genellikle bireyin eşi ve çocukları üzerinde odaklanmakta, bakımdan birincil olarak eşler, kız çocukları, gelinler olarak kadınlar sorumlu tutulmaktadır. Kadının üstlendiği sorumluluklara bir de bakımı yükü eklendiğinde, kadınlar fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedirler. Kadınların yaşadığı güçlükler; genel olarak yüksek düzeyde stres, bitkinlik, maddi sıkıntının eklendiği tükenmişlik, izolasyon ve yalnızlıktır. Kadınlar, aynı zamanda iş ve ev ortamında dengeleri sağlamak için fiziksel ve ruhsal yönden stres altındadırlar. Özellikle hem çocuk hem de bakım sorumluluğu alan kadınlar için durum oldukça zordur. Ülkemizde evde bakım ve palyatif hizmetler yeterince gelişmediğinden bu önemli görevler yerine getirilirken hem bakım veren hem de bakımı alan aile bireyleri pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, bakım vericiler, bakım yükü

S-12 GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ VE EPİLEPSİ TANILI ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

Mürşide Zengin¹

¹ Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye

Özet

Spinal Musküler Atrofi (SMA) otozomal resesif geçiş gösteren, çocukluk çağında nispeten sık görülen kalıtsal hastalıklardan biridir. Spinal kord ön boynuz hücrelerindeki dejenerasyondan kaynaklanan motor fonksiyon kaybı ve kas atrofisi ile karakterizedir. Bu hastalığın klinik seyri değişkendir. SMA'nın sınıflandırması başlangıç yaşı, ölüm yaşı, hastanın sahip olduğu motor fonksiyonlara göre yapılır. Uluslararası SMA birliği klinik olarak SMA hastalarını dört gruba ayırmıştır. Bu çalışmada SMA+Epilepsi tanılı hastanın gereksinimlerinin Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" modeline göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda ele alarak bireylere kapsamlı bakım verilmesini ve bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Olgu 10 yaşında ve yatağa tamamen bağımlıdır. Hiçbir motor fonksiyonu yerine getiremeyen, sadece sulu gıdalarla beslenen olgunun üç yaşına kadar bilinen herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Olgunun üç yaşında yürüme şikayeti başlamış, dört yaşından itibaren motor fonksiyonlardaki kayıplar ile tamamen bağımlı duruma gelmiştir. Hemşirelik tanısı olarak olguya; Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik, Yutmada Bozulma, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Oral Müköz Membranlarda Bozulma, Sözel İletişimde Bozulma, Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık, Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla, Konstipasyon, Aspirasyon Riski, Travma Riski ve anneye yönelik; Sosyal İzolasyon, Ümitsizlik, Bilgi Eksikliği tanıları koyulmuş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Hemşirelik Bakımı, Spinal Musküler Atrofi, Epilepsi, Olgu Sunumu

S-13 TERMİNAL DÖNEMDEKİ KANSER HASTALARININ YAŞADIĞI SORUNLAR VE BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Yasemin ADIGÜZEL¹, Nesrin İLHAN¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul/ Türkiye

Nüfusun yaşlanması, özürllülük ve kronik hastalıkların dünyada ve ülkemizde giderek artması bunun yanı sıra teknolojinin ve tedavi seçeneklerinin artmasıyla hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Bu bağlamda ileri evre, prognozu belirli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen kanserli hasta popülasyonu oluşmuştur (1-2). Günümüzde kanser, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, tüm dünyada en sık görülen ikinci ölüm nedenidir (3). GLOBOCAN verilerine göre dünyada 2018 yılında 18,1 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkmıştır (4). 2040 yılında yeni vaka sayısının 29,5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (5). American Kanser Birliğinin tahminlerine göre 2019 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 1,762,450 yeni kanser vakası olacak ve 606,880 kişi kanser sebebiyle hayatını kaybedecektir (6). Ülkemizde ise TÜİK(2018) verilerine göre iyi ve kötü huylu tümörler ölüm nedenleri arasında 2.sırada, %19,7 oranla bulunmaktadır (7).

Tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı kanser vakalarında, hastanın sıkıntısını azaltıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır. Terminal dönem kanser hastasında en sık karşılaşılan yaşam sonu semptomlar; ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, halsizlik, dispne, asit, anksiyete, ajitasyon, deliryum ve konfüzyondur. Kanser hastalarının en sık bildirilen karşılanmayan ihtiyaçları; günlük yaşam aktiviteleri, psikolojik, bilgi, psikososyal ve fiziksel alanlardaki ihtiyaçlarıdır (8).

Kanser hastalık süreci, sadece hastanın kendisinde değil aynı zamanda ailede bakım verici olan kişilerin hayatlarında da değişiklikler meydana getirmektedir (9). Bakım, günlük temel ve enstrümental yaşam aktivitelerini (örneğin; duş alma, kıyafetlerini giyme, finans sağlama/yönetme, alışveriş yapma) ve medikal desteği (örneğin; ilaç yönetimi, hastane kontrollerini programlamak ve evde bakım-tedaviyi sağlamak/yönetmede karar verme) sağlamada yardım etmeyi içermektedir. Ayrıca bakım kadar önemli olan duygusal destek ve konforun sağlanması da bakım veren aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır (10-11). Bu görevler, bakım verenlerin normal rutinlerini bozabilir ve bir bütün olarak aile bakım verenleri üzerinde yük duygusu yaratabilir. Hastanın semptom yükü arttıkça, bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik yükünde bir artış yaşanmaktadır (12-13). Hem hasta bireyin hem bakım vericilerin yaşadıkları bu fiziksel semptomların ve psikososyal sorunların üstesinden gelmede evde sağlık ve bakım hizmetleri önemli bir yere sahiptir (14).

THE PROBLEMS OF CANCER PATIENTS IN TERMINAL PERIOD AND CARE REQUIREMENTS

Yasemin ADIGÜZEL¹, Nesrin İLHAN¹

¹Bezmialem Foundation University, Faculty of Health Sciences , Nursing Department,

The aging of the population, disability and chronic diseases are increasing in the world and in our country, as well as technology and treatment options increase the life expectancy of the patients. In this context, occur a population of cancer patients with advanced stage, this type of cancer prognosis is unclear and experiencing many intensive symptoms, especially pain (1-2). Today, cancer is an important public health problem and is the second most common cause of death worldwide (3). According to GLOBOCAN data, 18.1 million new cancer cases have emerged in the world in 2018 (4). In 2040, the number of new cases is estimated to be 29.5 million (5). The American Cancer Association estimates that in 2019 there will be 1.762.450 new cancer cases in the United States, and 606.880 people will die from cancer (6). According to TÜİK (2018) data, in our country, benign and malignant tumors are the second most common cause of death with a rate of 19.7% (7).

In cancer cases where curative approaches are not possible, therapeutic approaches are applied to reduce patient distress and improve quality of life. The most common end-of-life symptoms in terminal cancer patients; pain, loss of appetite, cachexia, weakness, dyspnea, acid, anxiety, agitation, delirium and confusion. The most frequently reported unmet needs of cancer patients are; daily life activities are psychological, information, psychosocial and physical needs (8).

The process of cancer disease causes changes not only in the patient herself/himself but also in the lives of the caregivers in the family (9). Providing care includes that daily basic and instrumental life activities (eg showering, wearing clothes, financing / managing, shopping) and medical support (eg drug management, scheduling hospital controls and decision-making / managing home care). Emotional support and comfort, which is as important as care, is also provided by family members who care (10-11). These tasks can disrupt the normal routines of caregivers and create a sense of burden on family caregivers as a whole. As the symptom burden of patient increases, the physical and psychological burden of caregivers increases (12-13). Home health and care services play an important role in overcoming these physical symptoms and psychosocial problems experienced by both patient and caregivers (14).

Key words: Cancer patient, terminal period, unmet needs, symptom burden, problems experienced by caregivers

S-14 YAŞLI BAKIMINDA ROBOT KULLANIMI

Duygu Çelik Seyitoğlu*, Gülsen Güneş*, Rukuye Aylaz**

*İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

ÖZET

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ve buna paralel olarak yaşlı bakımında işgücü talebi artmıştır ve artmaya devam edecektir. Bu talebi karşılamak için bilim dünyasının farklı arayışları vardır. Bakım ve sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamada, robot kullanımı bir alternatif çözüm olabilir. Bilim dünyasında bu konuyla ilgili çalışmalar ve geliştirilen modeller vardır. Geliştirilen robotlar fiziksel destek sağlayabilir, sağlık hizmet robotları olabilir. Bu çalışma, “yaşlı bakımı, robot” kelimeleri Google scholar, pubmed gibi çeşitli bilimsel makale tarama programlarında tarama yapılarak, elde edilen çalışmaların gözden geçirilmesi niteliğindedir. Tansiyon ve kan şekeri ölçmeyi başaran ve sağlığı izleyebilen robotlar kullanılmıştır. Sağlık hizmet sunumu noktasında yardımcı olabilecek bu modellerin en önemli özelliklerinden biri hayati sağlık parametrelerini izleyip çıktılarını hastaların doktorlarına iletmesidir. Bakımevinin çalışanları en çok “düşmeleri tespit etmek, yardım çağırmak” konusunda bir robotun yararlı olacağını düşünürken, bakımevinde kalanlar ise ağır şeyleri kaldırma konusunda yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Artan kronik hastalıklarda, koruyucu hekimliğin temellerinden biri olan erken tanı konulması, toplum taramalarının daha hızla yanıt vermesi için robotların ve yapay zekanın sağlık alanında çok daha fazla yer bulacağına inanılmaktadır.

Anahtar kelimeler: yaşlı bakımı, robotlar**Abstract:**

With the increase in the average life expectancy, the number of people in need of care and the demand for labor in elderly care have increased and will continue to increase. To meet this demand, the world of science has different quests. The use of robots can be an alternative solution to meet the needs of care and health care. There are studies and models developed in the world of science. Developed robots can provide physical support and health service robots. The aim of this study is to review the studies obtained by searching the words “elderly care, robot Google in various scientific article screening programs such as Google scholar and pubmed. Robots that monitor blood pressure and blood sugar and monitor health are used. One of the most important features of these models that can help in the provision of health services is monitoring vital health parameters and communicating their outputs to their doctors. The employees of the nursing home thought that a

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

robot would be most useful in tespit detecting falls, calling for help,, while those in the nursing home could help in lifting heavy things. In increasing chronic diseases, it is believed that robots and artificial intelligence will find much more room in the health field for early diagnosis, which is one of the foundations of preventive medicine, and for community screenings to respond more rapidly.

Keywords: elderly care, robots

S-15 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDEKİ YATAN HASTA PROFİLİ VE REHABİLİTASYON UYGULAMALARI

Büşra Candiri¹, Sibel Duman², Burcu Talu¹

¹Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Malatya, Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, Malatya, Türkiye

Giriş: Bu çalışmada, bir eğitim araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesindeki hasta profilinin belirlenmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ve rehabilitasyon alan hasta oranlarının tanımlanması amaçlandı.

Metod: Çalışmada, tek merkezli ve geriye dönük olarak Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım kliniğinde, 1 Ocak 2019 ve 11 Temmuz 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastaların elektronik dosya kayıtlarının incelenmesi ile veriler elde edildi. Hastalar; yaş, cinsiyet, yatış ve taburculuk tarihleri, asıl tanı ve yatışa neden olan tanılar, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının varlığı ve mortalite ile ilgili bilgileri alınarak değerlendirildi. Yatış süresi 1 gün ve daha az olan hastalar dahil edilmedi.

Bulgular: Çalışmada 45 erkek, 54 kadın olmak üzere toplam 99 hasta incelendi. 26-96 yaş aralığındaki hastaların ortalama yaşı 75 idi. Hastanede ortalama kalış süreleri 21.9 gündü. 9 hasta nakil ve 38 hasta exitus olmuştu. Hastaların primer hastalık tanılarında en çok malignite (%31.31, n=31) görülürken bunu serebrovasküler hastalıklar (%27.27, n=27), alzheimer (%10.10, n=10), kalp rahatsızlıkları (% 5.05, n=5), parkinson (%4.04, n=4), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (%3.03, n=3), diyabet ve amputasyon vakaları (%3.03, n=3) ve diğer rahatsızlıklar (%16.16, n=16) izledi. Yakınma nedenleri arasında 60 hastada beslenme bozukluğu görülmesi itibarıyla ilk sırada yer almakta 18 hastada ağrı, 16 hastada dekübit ülser, 14 hastada solunum problemleri, 12 hastada diğer problemler görülmekte olup bazı hastalarda bir kaç birliktelikte görülebilmekteydi. 25 hastanın eklem hareket açıklığı ve güçlendirme egzersizleri, yatak içi ve dışı mobilizasyon, postural drenaj, solunum egzersizleri, yutma terapisi gibi rehabilitasyon uygulamaları aldığı belirlendi. Rehabilitasyon alan hastaların mortalite oranı %28 olarak belirlendi.

Sonuç: Palyatif bakım ünitesinde rehabilitasyon alan hasta oranının sadece %25.25 olduğu görülmektedir. Oysa genel olarak serebrovasküler hastalıklar, alzheimer ve parkinson gibi nörolojik problemlere ve motor kayıplara neden olabilecek tanıların daha fazlalığıyla birlikte diğer hastalıklarda da terminal dönemde fiziksel bağımsızlık, ağrı yönetimi gibi konularda palyatif rehabilitasyon uygulamalarının daha aktif olması gerekmektedir. Fiziksel hareketsizliğin kanser, erken ölüm gibi durumları arttırdığı bilindiğinden; palyatif bakım ünitelerinde sadece ileri yaş ve

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

son evre rahatsızlıkların değil; akut, immobil durumdaki hastaların da rehabilitasyon uygulamalarından faydalanmasının daha hızlı iyileşme süreçlerine katkıda bulunacağını düşünmekteyiz. Palyatif rehabilitasyonun farklı hastalık gruplarındaki etkileri ile ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılmasının, konuda ki farkındalığı arttıracak görüşünderiz.

PATIENT PROFILE AND REHABILITATION APPLICATIONS IN PALLIATIVE CARE UNIT

Büşra Candiri¹, Sibel Duman², Burcu Talu¹

¹Department University Faculty of Health Sciences Physical Therapy and Rehabilitation Department, Malatya, Turkey

²Malatya Training and Research Hospital, Palliative Care Service, Malatya, Turkey

Logın: In this study, it was aimed to determine the patient profile in a palliative care unit of an educational research hospital and to define the rate of patients receiving rehabilitation and rehabilitation practices.

Method: In this study, data were obtained by examining the electronic file records of inpatients between January 1, 2019 and July 11, 2019 in a single center and retrospective palliative care clinic of Malatya Training and Research Hospital. Patients; age, sex, hospitalization and discharge dates, diagnosis and causes of hospitalization, presence of physical therapy and rehabilitation and mortality. Patients with a hospital stay of 1 day or less were excluded.

Results: A total of 99 patients (45 male, 54 female) were examined. The mean age of patients between the ages of 26-96 was 75 years. Mean hospital stay was 21.9 days. Nine patients had transplantation and 38 patients had exitus. Malignancy (31.31%, n = 31) was the most common diagnosis of the patients, whereas cerebrovascular diseases (27.27%, n = 27), Alzheimer's (10.10%, n = 10), heart diseases (5.05%, n = 5), Parkinson's disease (4.04%, n = 4), chronic obstructive pulmonary diseases (3.03%, n = 3), diabetes and amputation cases (3.03%, n = 3) and other disorders (16.16%, n = 16). The most common causes of complaints were malnutrition in 60 patients, pain in 18 patients, decubitus ulcer in 16 patients, respiratory problems in 14 patients, and other problems in 12 patients. It was determined that 25 patients received rehabilitation applications such as range of motion and strengthening exercises, mobilization in and out of bed, postural drainage, breathing exercises, swallowing therapy. The mortality rate of the patients receiving rehabilitation was 28%.

Conclusion: The rate of patients receiving rehabilitation in the palliative care unit is only 25.25%. However, in general, with more diagnoses that may cause neurological problems such as cerebrovascular diseases, Alzheimer's and parkinson's and motor losses, palliative rehabilitation practices should be more active in other diseases such as physical independence in terminal period and pain management. Because physical inactivity is known to increase conditions such as cancer, premature death; in palliative care units, not only of advanced age and end-stage disorders; We

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

think that the benefit of rehabilitation applications in patients with acute, immobility will contribute to faster healing processes. We believe that more comprehensive studies on the effects of palliative rehabilitation on different disease groups will increase awareness.

S-16 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN REHABİLİTASYON: İKİ OLGU SUNUMU

Büşra CANDİRİ¹, Furkan ARPACI², Burcu TALU¹

¹Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Malatya, Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi, Malatya, Türkiye

Amaç: Çalışmanın amacı, intraserebral hemoraji sonrası sağ hemipleji ve travmatik beyin hasarı sonrası yaygın serebral atrofi tetrapleji tanısı alan komplike iki olguda, palyatif bakım ünitesinde erken dönem fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarının etkisini değerlendirmektir.

Metod: Birinci olgumuz 15 yaşında erkekti. Geçirdiği ateşli silah yaralanması sonucu intraserebral hemoraji tablosuyla acil servise getirilen ve aynı gün cerrahiyle 4 hafta reanimasyon yatışından sonra palyatif bakım ünitesine yatışı yapılan hastanın ertesi gün rehabilitasyonuna başlandı. Hastanın genel profili değerlendirildikten sonra, motor değerlendirmesi rehabilitasyon öncesi ve sonrası Brunnstrom Motor Evreleme ile değerlendirildi. Ayrıca lokomotor seviye kaydedildi. Olguya 4 hafta boyunca günde 45 dk rehabilitasyon uygulandı.

İkinci olgumuz 54 yaşında kadındı. Travmatik beyin hasarı sonrası yoğun bakımdan palyatif bakım ünitesine alınan hastanın yaygın serebral atrofi tetrapleji tanısıyla yatışı yapıldı. Hastanın genel profili kaydedildikten sonra; spastisitesi değerlendirildi. Olguya 8 hafta boyunca günde 45 dk rehabilitasyon uygulandı.

Her iki olgu içinde rehabilitasyon programı kendi motor seviyelerine uygun olarak eklem hareket açıklığı egzersizleri, denge ve koordinasyon eğitimi, güçlendirme egzersizleri, yutma terapisi gibi uygulamaları içeriyordu.

Ayrıca çalışmamızda, hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek için Fonksiyonel Bağımsızlık İndeksi (FIM), mobilite düzeylerini belirlemek için Rivermead Mobilite İndeksi (RMI), mental düzeyin belirlenmesi için Standardize Mini Mental Test (MMSE) tedavi öncesi ve sonrası değerlendirildi ve depresyon düzeyini belirlemek için ise Beck Depresyon Skalası (BDS) kullanıldı.

Bulgular: Birinci olgumuzda primer olarak sağ hemipleji tablosu mevcuttu. Tamamen immobil olan hastada ayrıca yutma ve konuşma bozukluğu, dekübit ülserleri, solunum yetmezliği vardı. Hastanın sağ taraf motor değerlendirmesi; üst ekstremité brunstrom evre 2, el evre 2 ve alt ekstremité evre 1 iken rehabilitasyon sonrası sırasıyla evre 4a, 6, 4 olduğu belirlendi. Locomotor değerlendirmesinde sağ dirsek ve diz pasif fleksiyon ağırlı ve fleksiyon kontraktürü mevcuttu.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

İkinci olgumuzda ise tetrapleji tablosu mevcut olan hastanın, genel durumu orta, spontan solunum, kas gücü 1/5 düzeyinde, bilateral santral tip facial paralizi tutulumu ile sakral bölgede dekübit ülseri bulunmaktaydı ve gag refleksi alınamıyordu. Hastanın sağ dirsekte ve her iki ayak bileği eklemünde Modifiye Ashworth Skalasına göre 1 düzeyinde spastisitesi mevcutken tedavi sonrası spastisitenin 0 düzeyine gerilediği ölçüldü.

Ayrıca, birinci olgunun tedavi öncesi FIM, RMI ve MMSE puanları sırasıyla 18, 0, 6 iken; tedavi sonrası 76, 5, 25 bulundu. Hastanın tedavi sonrası BDS puanı 13 (hafif depresyon) idi. İkinci olgunun tedavi öncesi FIM, RMI ve MMSE puanları sırasıyla 18, 0, 1 iken; tedavi sonrası 70, 2, 22 bulundu. Hastanın tedavi sonrası BDS puanı 16 (hafif depresyon) idi.

Sonuç: Olguların tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri karşılaştırıldığında tedavi sonrasında hastaların fiziksel olarak mobilite ve günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız, yaşam kaliteleri ve sağlık profilleri daha yüksek depresyon durumları daha düşük bulundu. Sonuç olarak palyatif rehabilitasyon servisinde hastaların aldığı kapsamlı rehabilitasyon uygulamalarının hastaların bağımsızlığını etkin bir şekilde arttırdığı ve spastisite, kontraktür, ağrı gibi durumlarında anlamlı iyileşmeler sağlayarak ayaktan fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları için istenilen düzeye getirilmesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Genelde palyatif rehabilitasyon servisine yatan hastalar yoğun bakımdan gelen hastalar olmakta ve hastaların direk olarak fizik tedaviye başvurmaları hayati fonksiyonlarında hala ciddi problemler olduğundan zor olmaktadır. Palyatif rehabilitasyon ekibinin etkin bir parçası olan fizyoterapist ile hastalara uygulanan erken rehabilitasyonun; yoğun bakım sonrasında eklem kontraktürünü önleyip spastisiteyi azaltmak ve kas gücünü yeterli seviyeye arttırmakta etkin olduğu görüşünderiz.

EARLY REHABILITATION IN THE PALLIATIVE CARE UNIT: REPORT OF TWO CASES

Büşra CANDİRİ¹, Furkan ARPACI², Burcu TALU¹

¹Department University Faculty of Health Sciences Physical Therapy and Rehabilitation Department, Malatya, Turkey

²Malatya Training and Research Hospital, Department of Physical Therapy and Rehabilitation Unit, Malatya, Turkey

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effect of early physiotherapy and rehabilitation in the palliative care unit in two complicated cases of right hemiplegia after intracerebral hemorrhage and tetraplegia with diffuse cerebral atrophy after traumatic brain injury.

Method: Our first case was a 15-year-old male. The patient who was brought to the emergency department with intracerebral hemorrhage after a gunshot injury and reanimation after 4 weeks of surgery on the same day was admitted to the palliative care unit and rehabilitation was started the next day. After evaluating the general profile of the patient, motor evaluation was evaluated by Brunnstrom Motor Staging before and after rehabilitation. Also locomotor level was recorded. The patient underwent 45 minutes of rehabilitation per day for 4 weeks. Our second case was a 54-year-old female. The patient was admitted to the palliative care unit after traumatic brain injury and was hospitalized with the diagnosis of diffuse cerebral atrophy tetraplegia. After recording the general profile of the patient; spasticity was evaluated. 45 minutes of rehabilitation per day for 8 weeks. In both cases, the rehabilitation program included applications such as range of motion exercises, balance and coordination training, strengthening exercises, and swallowing therapy in accordance with their motor levels. In addition, Functional Independence Index (FIM), Rivermead Mobility Index (RMI) to determine mobility levels and Standardized Mini Mental Test (MMSE) to determine mental level were evaluated before and after treatment to determine the level of depression, and to determine the level of depression. Beck Depression Scale (BDS) was used.

Results: In the first case, right hemiplegia was present primarily. The patient was completely immobilized and had swallowing and speech disturbances, decubitus ulcers and respiratory failure. Right side motor evaluation of the patient; The upper extremity was brunstrom stage 2, hand stage 2 and lower limb stage 1, and after rehabilitation it was found to be stage 4a, 6, 4, respectively. Locomotor evaluation revealed passive flexion pain and flexion contracture of the right elbow and knee. In our second case, the patient had tetraplegia, and the general status was moderate, spontaneous respiration, muscle strength 1/5, bilateral central facial paralysis and sacral region

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

decubitus ulcer was not detected and gag reflex could not be taken. The patient had spasticity at the level of 1 according to the Modified Ashworth Scale on the right elbow and both ankle joints. In addition, the FIM, RMI and MMSE scores of the first case were 18, 0, 6, respectively; 76, 5, 25 after treatment. The patient's BDS score after treatment was 13 (mild depression). In the second case, FIM, RMI and MMSE scores were 18, 0, 1, respectively; After treatment, 70, 2, 22 were found. The patient's BDS score after treatment was 16 (mild depression).

Conclusion: When the pre- and post-treatment evaluations of the patients were compared, the patients were found to be more independent in terms of physical mobility and activities of daily living, higher quality of life and health profiles, and lower depression status. As a result, it was shown that the comprehensive rehabilitation applications that the patients received in the palliative rehabilitation service effectively increased the independence of the patients and contributed to the desired level for outpatient physiotherapy and rehabilitation applications by providing significant improvements in spasticity, contracture and pain. In general, patients admitted to the palliative rehabilitation service are patients coming from the intensive care unit, and it is difficult for patients to apply directly to physical therapy because there are still serious problems in their vital functions. Early rehabilitation with physiotherapist, an effective part of the palliative rehabilitation team; We think that it is effective in preventing joint contracture after intensive care and reducing spasticity and increasing muscle strength to an adequate level.

S-17 HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Ebru GÜL¹, Behice ERCİ¹, Elif KARAKURT¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım bilgilerinin belirlenmesinin mesleki uygulamada bütüncül bakımın sağlanmasında önemli olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma hemşirelik fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Anket Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, korelasyon, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U ve Oneway ANOVA kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin %65'inin kadın, %57.1'inin hemşireliği istemeden seçtiği, %94.1'inin manevi bakımı gerekli gördüğü, %68.2'sinin eğitimlerinde manevi bakım verme konusunda desteklenmediğini düşündüğü saptanmıştır. Öğrencilerin MMBDÖ puan ortalamasının cinsiyete, sınıfa, mesleği isteyerek seçme ve manevi bakımın gerekliliğine inanma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç ve Öneriler: Sonuçta MMBDÖ değişkenini cinsiyetin, sınıfın, mesleği isteyerek seçme ve manevi bakımın gerekliliğine inanma durumlarının etkilediği bulunmuştur. Hemşirelik eğitiminde manevi bakıma kapsamlı yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Maneviyat, Manevi Bakım

S- 18 İLK PANKREAS NAKLİ DENEYİMİMİZ

Feyza Koca¹, Arife Simsek², Gülden Kömürkara¹, Turgut Pişkin²

Turgut Özal Tıp Merkezi, Karaciğer Nakil Enstitüsü, Malatya

Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi AD, Karaciğer Nakil Enstitüsü, Malatya

Amaç: Pankreas nakli diyabet hastalarında, özellikle Tip I diyabette, normoglisemiyi sağlamak üzere yapılmaktadır. Cerrahi ve immüsupresif tedaviye ait komplikasyonlar göz önüne alındığında pankreas naklinin yarar oranının en yüksek olduğu grup diyabete bağlı kronik böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek nakli gereken hastalardan oluşmaktadır. Pankreas naklinin kendine özel preop hazırlık, perop ve postop bakım, taburculuk sonrası takip aşamaları bulunmaktadır. Bu çalışmada Malatya da ilk kez gerçekleştirilen pankreas nakli deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında kadın hastanın 19 yıldır Tip I diyabet tanısı mevcut olup, diyabete bağlı retinopati, nöropati ve nefropati komplikasyonlarıyla takip edilmekte idi. Hastaya 13.12.2016 tarihinde canlı donörden (babasından) böbrek nakli uygulandı. Böbrek fonksiyonları sorunsuz izlenen hastanın hiperglisemi ve/veya derin hipoglisemi atakları olmakta idi. 26.04.2019 tarihinde pankreas nakli gerçekleştirildi. Hedeflenen normoglisemi düzeyine postop ulaşıldı. Postop ilk 24 saat ekstübe halde yoğun bakım ünitesinde monitorize edilen hastanın servis takiplerinde saatlik kan şekeri takibi ve idrar takibi yapıldı. Nakil sonrası sistit ve cerrahi alan enfeksiyonu dışında herhangi bir sorun saptanmadı. Hasta postop 59. gün taburcu edildi.

Sonuç: Pankreas nakli kardiyorespiratuar sistem takibi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, laboratuvar değerlerinin yakın monitorizasyonu, immüsupresif tedavi protokolünün uygulanması ve psikolojik destek sağlanması açısından multidisipliner ekip çalışması gerektirmektedir.

S-19 ÖĞRETMENLERİN OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Emriye Hilal YAYAN¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, Kübra AKCAN², Aybüke Kübra SÖNMEZ³

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya /Türkiye

²Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

³Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya /Türkiye

Özet

Amaç; Araştırmamız öğretmenlerin okul sağlığı hemşireliği hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal method: Bu araştırma 01.08.2018-01.02.2019 tarihleri arasında basit rastgele yöntemle belirlenen Malatya il merkezine bağlı 10 tane okulda çalışan 200 öğretmenle yapılmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan öğretmenlerin%53'ünün erkek, %90,5'nin lisans mezunu, %69,5'inin hizmet yılının 10 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin %81'nin okul sağlığı hemşireliği hakkında bilgiye sahip olmadıkları %92,5 'inin okullarda okul sağlığı hemşirelerine gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir. Öğretmenlerin %76,5'inin okul sağlığı hemşirelerinin sağlık takibi yapmaları gerektiğini ancak %63,5 'inin hemşirelerin aşı uygulamaları ve %73'ünün öğrencilerin ruh sağlığı takiplerinin yapmamaları gerektiğini belirtmiştir.

Sonuç: Araştırmamıza katılan öğretmenlerin okul sağlığı hemşireliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: öğretmen, hemşire, okul sağlığı

S-20 ÖĞRETMENLERİN ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİ HAKKINDA BELİRTİ VE RİSK TANILAMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Yeliz SUNA DAĞ¹, Emriye Hilal YAYAN¹, Aybüke Kübra SÖNMEZ², Kübra AKCAN³

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya /Türkiye

²Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya /Türkiye

³Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali hakkında belirti ve risk tanılama düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal metod: Bu araştırma 01.10.2018-01.04.2019 tarihleri arasında basit rastgele yöntemle belirlenen Malatya il merkezine bağlı 10 tane okulda çalışan 200 öğretmenle yapılmıştır. Verilerin toplanmasında ‘Öğretmen Bilgi Formu’ ve ‘Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek’ kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan öğretmenlerin%53’ünün erkek, %90,5’nin lisans mezunu, %69,5’inin hizmet yılının 10 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan öğretmenlerin hizmet yılları ile ölçeğin alt boyutu olan ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri ve ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu ancak cinsiyet, eğitim düzeyi, çalıştıkları kurumun ve branşlarının ölçek puanlarını etkilemediği belirlenmiştir. Öğretmenlerin ölçekten aldıkları puanlar incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının 3.45±.30 olduğu, en yüksek puanın istismarın çocuk üzerindeki davranışsal özellikleri 3.76±.55 en düşük puanın ise ihmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri 3.05±.43 alt boyutunda olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasında yeterli bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: öğretmen, çocuk, istismar, ihmal

S- 21 YENİDOĞAN HAKLARI KAPSAMINDA YENİDOĞANDA PALYATİF BAKIM

Semiha DERTLİ*, Emine ERDEM**

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, MALATYA

**Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

Yenidoğan dönemi bir çocuğun yaşamı boyunca en hassas ve savunmasız olduğu, en fazla risk altında bulunduğu dönemdir. Bilim ve teknoloji ile birlikte tıptaki son gelişmeler, çeşitli sağlık sorunları ile dünyaya gelen yenidoğanların hayatta kalma olasılığını artırmıştır. Ciddi sağlık sorunları ile doğan ve yaşamı sınırlayan kompleks sağlık sorunlarıyla mücadele etmek zorunda kalanyenidoğanlar, palyatif bakıma gereksinim duymaktadırlar.

Yenidoğanın palyatif bakımı, “kritik ve yaşamı tehdit edici duruma sahip bebek ve ailesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel/manevi acısını önleme ve gidermeyi amaçlayan bir ekip yaklaşımı”dır. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ), yenidoğanın durumu, gereksinim duyduğu ekipmanlar, evde bakım desteği eksikliği ve palyatif bakım merkezlerinin sınırlı olması gibi nedenlerle palyatif bakım verilen kliniklerdir. YYBÜ’lerinde verilen palyatif bakım ile yenidoğanların konforunu sağlamak, yaşam kalitesini yükseltmek için, hemşireler yenidoğanın ağrı/acısını dindirme, yaşamsal fonksiyonlarını koruma, stresini azaltma, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlama, aile üyelerine destek olma, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımlarda bulunma gibi bir çok uygulamayı gerçekleştirmektedirler.

Palyatif bakım sürecinde olan bir yenidoğanın ailesinin de bakım ve desteğe gereksinimi vardır. Bu süreçte, aileler etkili iletişim, bilgi alma, empati, duyarlılık, hoşgörü, zaman, bebeğiyle anılar oluşturma fırsatı ve desteğe gereksinim duymaktadır. Bebeğe tanı konulması ile başlayan kayıp ve yas süreci, bebeğin ölümü ile artar. Ailelerin bu süreçteki gereksinimleri değerlendirilmeli, yas bakımı planlanmalı ve ailelere gerekli destek sağlanmalıdır.

Her yenidoğan yaşam hakkına sahiptir. Yenidoğan palyatif bakımı, yenidoğanın temel hakları kapsamında yenidoğanın rahat ve konforunu sağlama, ağrı/acıyı azaltma, yaşam ve ölüm kalitelerini iyileştirme, kısa yaşamında onurlu ve saygın bir yaşam ve ölüm deneyimi sağlamayı hedefleyen bir sağlık hizmetidir.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, yenidoğan hakları, yenidoğan hemşireliği.

S-22 YENİDOĞAN HEMŞİRELERİNİN AİLE MERKEZLİ BAKIM VERME ANLAYIŞLARI İLE PALYATİF BAKIM TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Semiha DERTLİ*, Emine ERDEM**, Ulviye GÜNAY*, Merve EZEN***

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, MALATYA

**Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

***Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ESKİŞEHİR

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, aile merkezli bakım(AMB) kapsamında palyatif bakım verilerek yenidoğanın ağrı/acısını dindirme, ailenin yenidoğan ile vakit geçirerek ölüm ve yas sürecine hazırlanması sağlanabilir. Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı, yenidoğan hemşirelerinin aile merkezli bakım(AMB) verme anlayışları ile palyatif bakım(PB) tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir ilde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler (n=74) ile yapılmıştır. Etik kurul, kurum ve gönüllü oluru alınan çalışmada, veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Aile Merkezli Bakım Anketi (AMBA) ve Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği(YPBTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Student t, Kruskal Wallis varyans analizi, ANOVA ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, meslekte ve yenidoğan kliniğinde çalışma yılı ortalamaları sırasıyla 32.59±5.43, 9.32±6.29 ve 5.86±4.36 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %89.2'i kadın, %79.7'si lisans mezunu, %54.1'inin AMB ve %74.3'ünün palyatif bakım ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, AMBA ve YPBTÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla 56.87±6.67 ve 80.54±10.54 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin AMBA işbirliği-YPBTÖ kaynaklar alt boyutları, AMBA destek-YPBTÖ klinik arasındaki ilişki alt boyutları ve AMBA-YPBTÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç-Öneriler: Çalışmada, yenidoğan hemşirelerin AMBA-YPBTÖ puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hem lisans eğitimi, hem de hizmet içi eğitimlerinde güncel ve etkin şekilde AMB ve PB konularına yer verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: aile merkezli bakım, palyatif bakım, yenidoğan hemşireliği.

S-23 2018 YILINDA BEYİN METASTAZI NEDENİYLE PALYATİF TÜM BEYİN İŞİNLAMASI YAPILMIŞ OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Öztun Temelli¹, Hülya Gülbaş¹, Fatma Aysun Eraslan¹

¹*Inönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye*

ÖZET

Giriş ve Amaç: Beyin metastazı en sık kranial kitlelerdir. Kanser hastalarının %20-40 arasında beyin metastazı gelişebilmektedir. Tedavisinde cerrahi, stereotaktik radyoterapi, tüm beyin radyoterapisi gibi seçenekler mevcuttur.

Yöntem: 2018 yılında kliniğimize beyin metastazı nedeniyle başvurmuş olan 73 hastanın retrospektif olarak verileri incelendi. İnceleme için hasta dosyaları ve hastane otomasyon sistemi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastalarımızın ortanca yaşı 58 (31-79) idi. 38 erkek, 35 kadın hasta; 41 hasta akciğer kanseri, 17 hasta meme kanseri, 5 hasta kolorektal kanserler ve 11 hastada ise diğer (RCC, Malign melanom, Prostat, Mide, Jinekolojik tümörler) primer kanserler mevcuttur. Hastalarımızın 1 yıllık sağkalımı %23.5, ortalama sağkalım 7.7 ± 0.778 ay bulunmuştur. Akciğer kanserinde 1 yıllık sağkalımı %26.7 ortalama sağkalım 8.4 ± 1.057 ay bulunmuştur. Meme kanserinde ise ortalama sağkalım 6.9 ± 1.3 ay bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Sonuçlarımız literatürle uyumlu olup Tüm beyin radyoterapisi toksisitesi oldukça az, güvenli bir yöntemdir. Gerek hastanın sağkalımına katkıda bulunmakta hem de semptomlarda palyasyon sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beyin metastazı, radyoterapi, sağkalım

S-24 YENİDOĞANDA BRADİAL PLEKSUS YARALANMASI: OLGU SUNUMU

Sedef Seval MEMİŞ

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Uzm. Hem.

OLGU: 4günlük, kız

ŞİKAYET: Sağ kolu hareket ettirememe

ÖYKÜ: DAB ve LGA olan bebek, sağ kolda bradial pleksus(klumpke?) ve takipne ile yatışı yapılmıştır. Antibiyotik, IV mayi ve O2 tedavisi başlanmıştır. Hipoglisemi olunca UVK takılıp, %12.5 dextroz mayi başlanıp, KŞ takibi yapılmıştır. Çocuk nöroloji ve FTR' ye konsülte edilmiştir. EKO yapılmış, ASD, sol VH vardı. Tansiyon değerleri yüksek seyretmiştir. Üre, Kr ve Tit, renal USG ve doppler normaldir. İleri tetkik için TÖTM ye sevk edildi.

Perinatal brakial pleksus paralizisi (PBPP) doğumla birlikte kolda flask paralizi ve pasif eklem hareket açıklılığı (EHA)'nın aktiften daha geniş olduğu bir klinik tablodur. Genellikle doğum sırasında servikal ve birinci torasik sinir köklerinin hepsinde veya bir kısmında olan gerilme ya da kopma sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

Özellikle iri doğan bebeklerde daha sık görülür. Zor ve uzamış doğum, doğumda yardımcı aletlerin(forceps, vakum gibi) kullanılması, 4000 gr üzerinde doğum ağırlığı, omuz gelişi, annede yapısal darlık, makat gelişi, annenin 20 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük olması, Maternal diyabet varlığı, evde doğum yapılması gibi nedenler bu yaralanmalar için risk faktörleridir PBPP'de prognoz lezyonun ciddiyetine bağlıdır. Genellikle brakial pleksus zedelenmesi zamanla geriler fakat bir kısmında kalıcı sinir hasarı gelişebilir. Tam spontan iyileşme oranları literatürde oldukça değişken olup, %12 ile %80'lere varan oranlar bildirilmiştir

Tedavi: Doğumdan hemen sonra teşhis konulabilen vakalarda kolu, sinirde ve çevre dokularda oluşan ödem ve olası kanama nedeniyle 1-2 hafta dinlendirmek gerekir. Eğer klavikula kemiğinde bir kırık ve zedelenme söz konusu ise dikkat edilmelidir. İlk 2 hafta sinir üzerine gerilimi önlemek amacıyla kol sarkık vaziyette tutulmamalı, kol hafif yanda ve dirsek hafif bükük tutulmalıdır. Bu dönemde cihaz önerilmemektedir. Eski yıllarda bu dönemde kol 90 derece yanda ve dışa dönük tam tespit yapılırdı. Son literatür çalışmaları, sıkı ve katı bir tespitin omuz ve kol eklemlerinde sertlikler ve omuz çıkıklarına yol açabileceğini vurgulamaktadır. 2 haftadan sonra geniş bir fizyoterapi değerlendirmesinden sonra egzersiz uygulamalarına başlanmalıdır.

Egzersizlerin amacı,

Kasların zayıflaması ve uzun süreli hareketsizliğe bağlı kaslarda oluşacak bozuklukların önlenmesi,

Eklem açıklığının devamının sağlanması ve sertliklerin önlenmesi,

Bebeğin motor gelişim geriliklerinin önlenmesi,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Kol ve elin fonksiyonel kullanımının sağlanması,

Omuz çıkıkları ve kas yaralanmasını önleyecek pozisyonlarının sağlanmasıdır.

Hemşirelik bakımı: Hasta üniteye yattığı süre içinde sağ kolu sarkık vaziyette tutulmadı ve kol hafif yanda ve dirsek hafif bükük tutulup hafif gevşek bandaj yapıldı.

Pozisyonlamasına dikkat edilip, sırt üstü yatış bu devrede tercih edilmiştir. Yatış sırasında kol yukarıda bahsettiğim şekilde hafif yanda, dirsek biraz bükük tutulmuştur.

Bebek kucağa alınırken, kıyafet değişimi yapılırken ve yıkanması sırasında kolun sarkması önlenmiştir. Bu pozisyon omuz ve kol altına konulacak ince ve küçük bir yastık ve bebeğin zıbınının kolunun göğüs üzerine tespiti ile sağlanabilir. Bebeğin kıyafetlerinin giyiminde etkilenen kolu önce giydirilir, buna karşın sonra çıkarılır. Kol evi dar, sıkı, giyimi zor kıyafetlerden kaçınılmıştır.

S-25 ÇOCUKLARDA AĞRI VE STRESİ AZALTMA YÖNTEMİ; ATRAVMATİK BAKIMEngin TURAN¹, Mense TURAN¹, Kadriye DEMİR²,¹ SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzm. Hemşire² Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Arş. Gör.**ÖZET**

Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemelere rağmen hastalıkları önlemek, teşhis ve tedavi etmek için yapılan girişimlerin çoğu travmatik ve acı vericidir. Bu travma ve acı verici girişimler özellikle çocuklarda korku, anksiyete ve stresi artırmaktadır. Çocuğa zarar vermeden, ailesiyle beraber en iyi bakımı almasını sağlamak için, atravmatik bakım gereklidir. Atravmatik bakım; sağlık bakım sistemlerinde, tedavi veya sağlığı geliştirme davranışları sırasında sağlık personeli tarafından uygulanan müdahaleler yoluyla çocukların ve ailelerinin yaşadığı fiziksel ve psikolojik stresi azaltan ya da yok eden geliştirilmiş bir terapötik bakım felsefesidir. Atravmatik bakımın temel amacı öncelikle zarar vermemedir. Bunun yanında çocukların ailelerinden ayrılmasını en aza indirmek veya önlemek, duygusal yönden desteklemek, bedensel yaralanmayı ve ağrıyı en aza indirmek veya önlemek amaçlanır. Bu makalede hemşirelerin atravmatik bakıma yönelik bilgi birikimlerini geliştirmeleri amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: atravmatik bakım, hemşire, çocuk

S- 26 PALYATİF DÖNEMDEKİ BİREYE BAKIM VERME SÜRECİNDE AKTİVİTE PERFORMANSI, KATILIM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Güleser GÜNEY ¹, Gözde ÖNAL ²

¹ Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Ergoterapi Bölümü, Düzce/Türkiye

² Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, İstanbul/Türkiye

Giriş: Yaşamın son evresinde bulunan bireye bakım verme rolüne sahip olmak bireylerin yaşantılarını birçok yönden etkileyebilmektedir. Bakımveren bireyler tükenmişlik, çaresizlik gibi farklı emosyonel tehditlerle günlük yaşamlarında limitasyonlar yaşayabilmektedir.

Amaç: Çalışmamız bakımveren bireylerin bakım verme sürecinde günlük yaşam aktiviteleri(GYA) ve enstrumental günlük yaşam aktivitelerine (YGYA) katılımındaki etkilenimleri ve aktivite katılımlarını etkileyebilecek bireysel faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: 40 bakımveren birey (48,20±10,61; 32 kadın,8 erkek) çalışmamıza katılmıştır. Bireylerin aktivite performansları, limitlendiğini düşündükleri ve önemli gördükleri aktiviteler yarı yapılandırılmış görüşmeler ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) testiyle detaylıca incelenmiştir. Bireylerin aktivite performanslarını etkileyebilecek ağrı, tükenmişlik, anksiyete, iyilik hali faktörleri görsel analog skala (VAS), bakım verme yükü ölçeği (BYÖ), Beck Anksiyete Anketi ve Bakımveren İyilik Hali Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Aktivite katılımı ve diğer faktörler arasındaki ilişki SPSS 23.0 programında Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Bireyler sırasıyla en fazla çocuklarıyla vakit geçirme, öz bakım aktiviteleri, rekreasyonel aktiviteler ev işleriyle ilgilenmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir(KAPÖ performans:3.35±1.65). Ağrı yaygın görülmekte olup bel ve boyun ağrıları en sık karşılaşılanlardır. Bireylerin aktivite performansı ve iyilik hali($r=,878$), yaşam aktiviteleri($r=,708$), aktivite tatmini($r=,916$) arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken ağrı şiddeti ($r=,692$) ve anksiyete skoru arasında($r=-,480$) negatif yönlü kuvvetli korelasyon bulunmuştur($p<0,05$).

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızda bireylerin iyilik halleri ve aktivite katılımlarının etkilendiği görülmüştür. Bireylerin bakım verme sürecinde destek ihtiyaçlarının karşılanması, rol dengelerinin sağlanabilmesi için ergoterapi ve psikososyal rehabilitasyon desteği almalarının uygun olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, bakımveren, aktivite performansı

INVESTIGATION OF ACTIVITY PERFORMANCE, PARTICIPATION AND RELATED FACTORS IN THE PERIOD OF CARING FOR PERSON IN PALLIATIVE TERM

Introduction: Having role of caring for individual in last stage of life can affect lives of caregiver in many ways. Caregivers may experience limitations with different emotional threats such as exhaustion, desperation in daily lives.

Aim: The aim of study's to examine the individual factors may affect the effects of participation in daily living and instrumental activities in the caregiving process of caregivers.

Method: Forty caregivers(48,20±10,61;32 female, 8 male) participated in study. Activity performance of individuals, activities they thought to be limited and regarded as significant were examined with semistructured interviews and Canadian Occupational Performance Measurement(COPM).Pain, exhaustion, anxiety, wellbeing factors may affect activity performance of individuals're evaluated with Visual Analog Scale(VAS), Caregiver Burden Scale, Beck Anxiety Questionnaire and Caregiver Wellness Scale. The relationship between activity participation and others was analyzed by Pearson Correlation Analysis in SPSS 23.0.

Results: Individuals reported spending most of time with their children, selfcare activities, recreational activities, having difficulty in dealing with housework(COPM performance:3.35±1.65). Pain's common, backache-neck pain are the most common. Between individuals' activity performance and wellbeing($r=,878$), living activities($r=,708$), satisfaction($r=,916$) were found positive correlation, between pain intensity and anxiety score($r=-,480$) were found negative correlation($p<0,05$).

Conclusion and Discussion: In study, it's observed individuals' wellbeing and activity participation're affected.We think it may be appropriate for individuals to have occupational therapy and psychosocial rehabilitation support to meet their support needs in caregiving process and to ensure role balance.

Keywords: Palliative care, caregiver, activity performance

S- 27 PEDIATRİ YOĞUN BAKIM SERVİSİNDE TEDAVİ GÖREN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Leyla ZENGİN AYDIN¹, Engin TURAN², Mensure TURAN²

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

²SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Uzm. Hemşire

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, pediatri yoğun bakım servisinde tedavi gören çocukların ebeveynlerinin memnuniyet düzeyleri belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışma, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Klinikleri pediatri yoğun bakım ünitesinde 10-28 Mayıs 2019 tarihleri arasında kesitsel, tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden 47 ebeveyn ile tamamlandı. Veriler, kişisel bilgi formu, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde yüzdeler, minimum, maksimum, standart sapma, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis Testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebeveynlerin, %63,8'inin 25-34 yaş üstü olduğu, %93,6'sının kadın olduğu, %51,1'inin okuryazar olmadığı, %93,6'sının çalışmadığı, %63,8'inin gelirinin giderinden az olduğu, %74,5'inin şehir merkezinde oturduğu, %63,8'inin yeşil kartlı olduğu belirlendi. Çocukların, %40,4'ünün 0-12 ay arasında olduğu, %51,1'inin kız çocuğu olduğu, %76,6'sının 3-7 gün arasında hastanede kaldıkları, %72,5'inin solunum sistemi hastalıkları olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puan ortalamasının 83,03±12,91 olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyet ve çalışma durumu ile memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence, yerleşim yeri ile memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptandı. Çocukların hastalığı ile memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), yaş, cinsiyet, yatış süresi ile memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada, ebeveynlerin ve çocuklarının sosyo-demografik bazı özelliklerinin memnuniyet düzeyini etkilediği belirlendi. Sağlık bakımında kalitenin artırılması için hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve beklentilere yönelik planlamanın yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, Bakım, Memnuniyet

S-28 ÇOCUKLARDA PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINA GENEL BİR BAKIŞ¹Mensure TURAN, ¹Engin TURAN¹ SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzm. Hemşire

Son yıllarda tıp ve teknolojiadaki gelişmeler doğumda beklenen yaşam süresini uzatırken beraberinde kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklardan muzdarip bebek ve çocukların hızla artmasına neden olmaktadır. Bu durum palyatif bakıma olan gereksinimi arttırmıştır. Palyatif bakım; fiziksel, psikososyal ya da manevi olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili problemlerle karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin erken tanı ve tedavi süreci ile acılarını minimum düzeye indirgeyip, yaşam kalitelerini artırma çabasıdır. Palyatif bakım, hastaya tanı konulmasıyla başlar, yaşamı boyunca devam eder ve ölümden sonra ailesinin yas sürecinin desteklenmesiyle sona erer. Palyatif bakım, ölümü normal bir süreç gibi kabul eder, yaşamı destekleyerek acıların hafifletilmesini ve semptomların kontrolünü sağlar. Etkili palyatif bakım hasta ve aileye odaklı, toplumdaki kaynakların kullanımını sağlayan bir multi disiplinler yaklaşımı içerir. Çocuklarda palyatif bakım uygulamaları, ağrı yönetimi, gastrointestinal sisteme yönelik müdahaleler, solunum problemlerinin yönetimi, kanama kontrolü, cilt ve doku bütünlüğünün sağlanması, anksiyete ve depresyon yönetimi, çocuk ve ailesinin desteklenmesi ve spirüel bakımı ve aile üyelerinin yas sürecinin yönetimini kapsar. Ülkemizdeki palyatif bakım uygulamaları 2010 yılından itibaren artarak, evde bakım hizmetleri, aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde kurulan palyatif bakım birimlerinde verilmektedir. Bu makaledeki amaç çocuklarda semptomlara yönelik palyatif bakım uygulamalarını açıklamaktır.

Anahtar kelimeler: çocuk, palyatif bakım, hemşire

S-29 KANSERİN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ İLE İLGİLİ 2010-2019 YILLARI ARASI YAPILAN BİLİMSEL YAYIMLARIN SİSTEMATİK İNCELENMESİ

Ayşegül Bilge¹, Cennet Seda Özçelik²,

¹ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir

ÖZET

Kanser bireyde kronik bir hastalıktan çok korku, çaresizlik, umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, pişmanlıklar, terk edilme duygusu ve ölüm korkusunu çağırır.

Bu derleme bildiride; kanserin hastaya, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma olan ruhsal etkilerini, 2010-2019 yılları arasında yapılmış olan ulusal ve uluslararası bilimsel yayımlardan araştırmak, bunlara dikkat çekmek ve bu konudaki gereksinimleri sistematik olarak incelemek amaçlanmıştır. Google akademi arama motorundan “kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık” anahtar kelimeleriyle araştırma yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; 2010-2019 yılları arası literatür taraması yapıldığında; 118 yayıma ulaşılmıştır. Bulgular, hemşireler, doktorlar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları tarafından yapılan araştırmalara sahip olduğumuzu gösteriyor. Yapılan araştırmaların hasta yakınlarının bakım yüklerine ve yaşam kalitesine kanserin neden olduğu umutsuzluk, stres, anksiyete üzerine odaklandığı, yüklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde uygulama yapılmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak yaşadıkları güçlüklerle baş etmeye çalışan bakım vericinin mevcut sağlık hizmetinde gereksinimlerinin karşılanmadığı ve literatürde yeterince araştırma konusu olmadığı görülmektedir. Araştırmaların bu yönde artırılması ve uygulamaya katkı sağlaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kanser, ruh sağlığı, ruhsal hastalık.

SYSTEMATIC REVIEW OF SCIENTIFIC PUBLICATIONS MADE BETWEEN 2010-2019 ABOUT THE EFFECT OF CANCER ON MENTAL HEALTH

Abstract

Cancer evokes fear, helplessness, hopelessness, unbearable pain, regret, abandonment and fear of death rather than a chronic illness.

In this review prepestation; the aim of the study is to investigate the psychological effects of cancer on patients, patient relatives, health care workers and society from national and international scientific publications made between 2010-2019, to draw attention to these and to systematically examine the requirements in this regard. Search made with "cancer, mental health, mental illness" keywords. From google academy search engine were researched with "cancer, mental health, mental illness" keywords.

According to the research findings; when the literature review is made between 2010-2019; 118 publications have been reached. The findings show that we have researches which made by nurses, doctors, psychologists, social workers and clergy. It was seen that the researches focused on the care burdens and quality of life of the patients' relatives, on hopelessness, stress and anxiety caused by cancer, and no application was made to reduce burdens and improve the quality of life.

As a result, it is seen that the needs of the caregiver who are trying to cope with their difficulties are not met in the current health service and there is not enough research subject in the literature. It is recommended that researches should be increased in this direction and contribute to the implementation.

Keywords: cancer, mental health, mental illness.

S-30 PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTALARINDA EGZERSİZ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: Literatür Değerlendirme Çalışması

Sevil OKAN*, Fatih OKAN**, Medine KOÇ***

*Uzm. Dr. Tokat Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

**Öğr. Gör. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği AD*** Dr. Öğr. Üyesi Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD

Fiziksel aktivite birçok akut ve kronik hastalığın önlenmesi ve tedavisinde başvurulan önemli bir sağlık davranışı olarak bilinmesine rağmen, kanser hastalarında fiziksel aktiviteye ilişkin araştırmalar major kronik hastalıkların gerisinde kalmıştır. Günümüzde multimodal tedavilerin geliştirilmesi ile birlikte hastaların hayatta kalma sürelerindeki artış, dikkati bu hastaların yaşam kalitesi sorunlarına yöneltmiştir. Günümüzde kanserli hastaya, hastalığın ve tedavilerin belirlediği sınırlar içerisinde maksimum fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki fonksiyonların kazandırılması şeklinde tanımlanan kanser rehabilitasyonu kavramı geçmiş yıllara oranla daha önemli hale gelmiştir. Sayısı gittikçe artan geniş çaplı randomize kontrollü çalışmalar, egzersizin kanserli hastalarda en sık bildirilen semptom olan yorgunluk başta olmak üzere yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık, aerobik kapasite ve kuvvet üzerine olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Hastalık seyrinin farklı evrelerinde yapılabilen egzersiz reçetelemesinin hem kanser tedavisi sürecinde hem de tedavi sonrasında olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Egzersiz rehberine göre; kök hücre nakli yapılan hematolojik kanser hastalarında ve stomalı kanser hastalarında (herniasyondan kaçınmak için) düşük dirençli egzersiz; meme, prostat, kolon, jinekolojik ve hematolojik maligniteli hastalarda ise haftada 150 dk orta şiddetli veya 75 dk yüksek şiddetli aerobik egzersizin yanı sıra haftada 2 kez orta şiddetli kuvvetlendirme egzersizi önerilmektedir. Egzersiz planı ev programı, gözetimli, grup egzersizi, hastane içi veya hastane dışı şeklinde yapılabilir fakat bunların içerisinde ev programı şeklinde verilen egzersize uyumun daha az olduğu belirtilmiştir. Programa uyumun en fazla görüldüğü egzersiz modeli ise gözetimli egzersiz olarak rapor edilmiştir. Sonuç olarak egzersizin tedavi öncesi, tedavi süreci ve sonrasında; tüm kanser tiplerinde ve kanserle ilişkili çeşitli bozukluklarda yararlı etkileri bulunmaktadır. Egzersiz kanser tedavisinin yan etkileri üzerine de olumlu etki yaparak kanser tedavisine toleransı da arttırabilir. Çizilen limitler çerçevesinde egzersiz, kanser hastaları için oldukça önemlidir ve palyatif bakım üniteleri ile fiziksel tıp ve rehabilitasyon ünitelerinin ortak çalışmaları kanser

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

hastalarının yaşamına ışık tutacaktır. Ülkemizde kanser hasalarında uygun egzersiz programlarının oluşturulması ve programa uyumun artırılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Egzersiz, Fizik Tedavi

S-31 PALYATİF BAKIM İHTİYAÇ MI, ÜST DÜZEY SAĞLIK HİZMETİ Mİ?

Nagihan Yıldız Çelttek*, Ufuk Ünlü*, Elif Erdoğan Ceylan*

*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kanser, günümüzde sıkça karşılaştığımız ve multidisipliner olarak bazen de çok uzun süreler takip ve tedavilere gerek duyulan ölümcül bir hastalıktır. Palyatif bakım ise kanser gibi ölümcül hastalığı olan hastaların ve yakınlarının hayat kalitesini arttırmak için ortaya çıkan bir tanımdır. Bu süreçte hastaların ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhi problemlerini erken tanımak ve çözümlenmek diğer bir çok disiplin tarafından gözden kaçabilen bir konu olmaktadır. Bizde bu çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak bu konuda verdiğimiz emekleri paylaşmak istedik.

MATERYAL-METOD: 2015-2019 yılları arasında palyatif bakım ünitesi olarak ayaktan veya yatarak muayene ve tedavi ettiğimiz hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: İlk olarak 2010 yılında ihtiyacın dikkat çekmesi ile gönüllülük esasına bağlı kalınarak hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve öğrencilerden oluşan bir palyatif bakım çalışma grubu oluşturulmuştur. Yurtiçi ve yurtdışında alınan eğitimlerle ekip daha donanımlı hale getirilmiştir. 2014 yılında bir hayırsever tarafından inşa edilen binada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi kurulmuştur. Bu sayede poliklinik ve konsültasyon hizmeti verilmeye başlanmıştır. 2016 yılında 12 yatak kapasitesi ile tescil edilen palyatif bakım servisimizde hizmet verilmeye başlanmıştır. 2015-2019 yılları arasında toplam 3744 hastaya poliklinik hizmeti, 463 hastaya ise yataklı servis hizmeti vermiş bulunmaktayız. Bunun yanında toplumda palyatif bakım farkındalığını arttırmak adına kermes, sanat faaliyetleri ve seminerler düzenleyerek şehrimizde bu konuya dikkat çekmeye çalışmaktayız.

SONUÇ: Özellikle kanser gibi ölümcül bir hastalığa yakalanan hastalar mevcut ızdıraplarını dindirmek adına diğer birçok disiplin tarafından kabul edilmemektedir. Bu konuda çaresiz kalan hastalar defalarca acil servise başvurmakta ve geçici çözümlerle evlerine gitmektedirler. Bu süreçte oldukça yıpranan hasta ve hasta yakınlarının sürecin sonuna kadar yanında olabilmek adına palyatif bakım çok önem arz etmektedir. Bizlerde bunun bilinciyle Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak elimizden geleni yapmaktayız ve yapmaya da devam edeceğiz.

S-32 PSİKİYATRİ HASTALARINDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERAbdurrezzak GÜLTEKİN¹, Aysel ÖZDEMİR¹¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye**Özet**

İnsanoğlu var olduğundan beri tamamlayıcı tedavileri kullanmaktadır. Özellikle yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelerle birlikte tamamlayıcı tedavilerin öneminde artış olmuştur. Genel olarak tüm alanlarda geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler uygulanabilir olsa da psikiyatri hastalarının da azımsanmayacak düzeyde başvurduğu açık olarak bilinmektedir. Psikiyatri hemşireliğinde psikiyatri hastaların tedavileri için sık kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden bir kısmını terapötik masaj, reiki, yoga, hipnoz, müzik terapi, aromaterapi ve mindfulness oluşturmaktadır. Günümüz bilim ve teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesine rağmen, alternatif ve tamamlayıcı terapilerin popülaritesi de git gide artmaktadır. Bu da bize göstermektedir ki gelecek yıllarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin önemi daha da artacak gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, psikiyatri hastaları geleneksel tedaviler, tamamlayıcı tedaviler

S-33 MULTİPL TRAVMALI HASTADA BESLENME DURUMUNUN DÜZENLENMESİ: OLGU SUNUMU

Esra Fidan¹, Burcu Çavdar², Emre Adıgüzel³

¹Konya Numune Hastanesi, Nütrisyon Birimi

²Tokat Devlet Hastanesi, Diyet Polikliniği

³Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Giriş: Travma kaza sonucu gelişen ve özellikle gelişmiş ülkelerde gençler arasında mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenlerinden biridir. Multipl travmadan söz edebilmek için travmanın, baş-boyun, göğüs, karın ve ekstremiteler olarak kabaca dört bölüme ayrılan insan vücudunda en az iki bölgeyi etkilemesi gerekir. İstisna olarak birden fazla büyük uzun kemik kırığı oluşması hali de multipl travma olarak kabul edilir. Multipl travmanın hastanedeki tedavi bileşenlerinden olan nütrisyonel yaklaşımın travmanın prognozu açısından önem arz ettiği bilinmektedir.

Olgu: 12.11.2017 tarihinde motorlu araç kazası sonucu acil servise getirilen 22 yaşındaki erkek hasta humerus shaft kırığı, tibia shaft kırığı, radius shaft kırığı, toraks ve bel kırıkları, kaburga kırığı ve pnömotoraks tanılarıyla 3. basamak yoğun bakım ünitesine aktarılmıştır. 27.11.2017 tarihinde hasta ventilatöre bağımlı ve nazogastrik (NG) sonda takılmış halde iken nutrisyon konsültasyonu ile hastanın beslenme durumunun düzenlenmesi istenmiştir. İlk değerlendirmede hastanın vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümlerinin sırasıyla 63 kg, 175 cm olduğu; kol çevresi ölçümünün ise 27 cm olduğu belirlenmiştir. Hastanın alması gereken enerji ve protein düzeyleri sırasıyla 2000 kcal/gün ve 1.7 g/kg/gün olarak belirlenmiş ve beslenmesine başlanmıştır (Jevity HiCal 1200 ml/gün + (2*1) Abound şase; 40 ml/20 saat). 12.12.2017 tarihinde hastanın koksik kısmında 1. derece dekübit ülseri oluşumu belirlenmiş. Fizik tedavisine de devam edilen hastanın zaman zaman homeostatik dengeyi kaybetmesi nedeniyle beslenmenin uygulanamaması kas kaybını giderek artırmıştır. Hastanın koksik kısmında bulunan dekübit ülseri 3. dereceye dönüşmüştür. 18.12.2017 tarihinde hastanın kol çevresi ölçümünün 25 cm olduğu ve kas kaybının olduğu belirlenmiştir. Nütrisyonel destek tedavisine multifaktöriyel besin takviyesi yapılmıştır (Glutamin, arjinin ve hisdroksimetil bütirat - Abound 3*1). 18.01.2018 tarihinde hastaya gastrostomi açılmış ve trakeostomi tüpü takılmıştır. Hastanın kol çevresi 20 cm olarak ölçülmüştür. Günlük alması gereken enerji ve protein gereksinimi 2370 kcal/gün enerji ve 2.4 g/kg/gün protein olarak yeniden düzenlenmiştir (Jevity HiCal 1400 ml/gün + (3*1) Abound şase; 70 ml/20 saat). Hasta 11.04.2018 tarihinde palyatif bakım servisine nakledilmiştir. Beslenmesi 'Jevity HiCal 1680 ml/gün + (3*1) Abound şase' şeklinde yeniden düzenlenmiştir. 28.06.2018 tarihinde oral destek tedavisi almaya

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

başlayan hasta 2. ay sonunda 1000 ml/gün oral alım hedefini yakalamıştır (Jevity HiCal 500 ml/gün + (2*1) Abound şase + Fortimel Compact Fibre (3*1) + Bol protein R2). 01.10.2018 tarihinde ise hastanın kol çevresi 24 cm olarak ölçülmüştür. Hasta yavaş yavaş oryante olmaya ve R3 besin almaya başlamış, dekübit ülserleri tamamen kapanmıştır. Beslenme durumu iyileşen hastanın genel durumu stabil olduğu için ailesinin talebi doğrultusunda 12.01.2019 tarihinde hastaneden trakeostomi ve gastrostomisiyle birlikte taburcu edilmiştir. Taburculuk esnasında hastanın vücut ağırlığının 60 kg olduğu belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Nutrisyon tedavisi multipl travmalı hastalarda yoğun bakım prognozunu belirleyen önemli bir bileşendir. Takip edilen bu olguda, en önemli uzun dönem yoğun bakım komplikasyonlarından biri olan dekübit ülserinin iyileşmesinde ve kas kütlesi ile vücut ağırlığının korunmasında nutrisyonel müdahalenin doğrudan etkili olduğu görülmektedir. Multipl travmalı hastaların yoğun bakım tedavilerinin ilk gününden itibaren hekim ve diyetisyenin afiliye çalışması ile nutrisyonel tedavinin düzenlenmesi travmaya bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesi bakımından önemli ve gereklidir.

Anahtar kelimeler: Multipl travma, beslenme durumu, nutrisyon tedavisi.

S- 34 ANTIBACTERIAL EFFECTS OF HONEY AND HYPERTONIC SALINEKESICI Sevgi¹, DEMIRCI Mehmet²¹University of Health Sciences, Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Department of Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey²University of Beykent, Faculty of Medicine, Department of Microbiology, Istanbul, Turkey**ABSTRACT**

Background: Honey is a super-saturated sugar solution with 82.4% carbohydrate. Honey is commonly used for wound dressing and it is the oldest wound dressing material known to humankind. Hypertonic saline (HS) solution is also reported to inhibit bacterial growth with hypertonic environment. In this study, the antibacterial activities of honey and HS solutions used in wound treatment were tried to be revealed comparatively with mupirocin, an antibacterial agent.

Methods: *S. aureus* ATCC 29213, *P. aeruginosa* ATCC 27853 and *E. coli* ATCC 25922 origins were plated on liquid Müller Hinton broth (Oxoid, UK) and Group C (Control): 1 mL sterile physiological saline solution, Group H (Honey): 1 mL honey, Group M (Mupirocine): 1 mL mupirocine and Group HS (Hypertonic saline): 1 mL of 3% isotonic solutions' in-vitro effect to these bacteria after 24 hours of 37°C incubation was investigated.

Results: The reproduction inhibitory effect of *S. aureus* was significantly higher in Group B, Group M, Group HS than Group C ($p<0.01$) (**Group H=Group M=Group HS>Group C**). The reproduction inhibitory effect of *P. aeruginosa* was significantly higher in Group B and Group HS than Group M and Group C ($p<0.01$) (**Group H= Group HS> Group M= Group C**). The reproduction inhibitory effect of *E. coli* was significantly higher in Group HS and Group B than Group C and M ($p<0.01$) (**Group HS> Group H>Group M= Group C**). Table 2 shows the comparison of bacterial amounts at the beginning and 24th hour according to different groups of substances applied.

Conclusion: Decubitus ulcers, which are frequently encountered in palliative care and intensive care units, cause increase the workload of health workers, long hospitalization and high treatment costs. Wound infections also adversely affect wound healing, increasing hospitalization time and morbidity treatment costs. In the light of the results obtained in our study, considering the strong antibacterial effects of HS solution and honey; a significant reduction in hospitalization time, morbidity and treatment costs can be achieved through its use in wound care in palliative care and intensive care units.

Key Words: antibacterial effects; honey; hypertonic saline

S- 35 İLERİ SAĞLIK DİREKTİFLERİ

Hatice Pekince¹

¹Öğr. Gör. Dr. Fırat Üniversitesi, Kovancılar MYO

Özet

Günümüzde özellikle yaşlanan toplumla birlikte, kronik hastalıkların varlığı, yaşamın ilerleyen dönemlerinde başkasına bağımlı ve yük olma düşüncesiyle birlikte ileri sağlık direktifleri gündeme gelmektedir.

Bireyin karar verme yetisinin kaybolduğu durumlarda veya iletişim kurulamadığı durumlarda (terminal dönem, deliryum, psikoz, koma, vb.) sağlık bakım ve tıbbi kararlarının ne yönde olması gerektiğini kişinin bilinç durumu açık ve sağlıklı iken belirtildiği yazılı belgelere **ileri sağlık direktifleri** denir.

Birleşmiş milletlerde 1991 yılından, Hollanda da ise 2002 yılından beri yürürlükte olan sağlık direktifleri bireyin gelecekteki sağlık durumuna müdahale etmesine olanak sağlamaktadır. Özellikle Kardiyopulmoner Resusitasyona son verilip verilmemesi, antibiyotik (ağır tıbbi ilaçlar) kullanıp kullanmayacağı, dehidratasyon ve beslenme gibi konularda kişinin böyle bir durumla karşılaşılması durumunda nasıl müdahale edilmesi konusunda önceden alınan yazılı izindir. Bu yazılı izin sayesinde hem sağlık çalışanlarının işleri kolaylaşmakta hem de aile üyelerinin son görevlerini yapma durumu doğmaktadır.

Fakat ülkemizde ileri sağlık direktifleriyle ilgili yasal düzenlemeler ve girişimler bulunmamaktadır. Çünkü Türkiye’de öncelik otonominin varlığıdır yani bireyin kendi sağlığıyla ilgili kararlarda bilincinin açık olması esastır. Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) 25. Maddesi’nde “Hasta tedaviyi reddetme ya da durdurulmasını isteme hakkına sahiptir.” maddesi yer almaktadır fakat hasta yazılı beyanda bulunmuş olsa dahi Kardiyopulmoner Resusitasyonda ve diğer sağlığı tehdit eden durumlarda müdahale zorunludur. Bu madde bilinç açık ayaktan ya da yataktan tedavi alan kişileri kapsamaktadır. Ülkemizde sağlık dışında ileri direktifler özellikle vasiyet tarzında mal paylaşımı odaklıdır.

Sonuç olarak; ülkemiz hala ataerkil bir toplum olduğu için yaşlıya saygı, ölüm anında yanında olma geleneği, mümkün olduğunca yaşlıyı yaşatma- başta tutma bilinci hala devam etmektedir. Bu yüzden ileri direktifler sağlık alanında şimdilik yer bulması zor görülmektedir.

Anahtar kelimeler: İleri Sağlık Direktifleri, Türkiye, Yaşlılık.

Abstract

Today, especially with the aging society, the existence of chronic diseases, the dependence of others on the later stages of life and the idea of being burdened with advanced health directives come to the agenda.

In cases where the individual's decision-making ability is lost or when communication cannot be established (terminal period, delirium, psychosis, coma, etc.), written documents specifying the direction of health care and medical decisions when the person's state of consciousness is clear and healthy are called advanced health directives.

The health directives in the United Nations since 1991 and in the Netherlands since 2002 allow the individual to intervene in the future health status. In particular, written permission is given beforehand to determine whether to stop cardiopulmonary resuscitation, whether or not to use antibiotics (heavy medicinal drugs), and how to intervene if such a situation is encountered. Thanks to this written permission, both the healthcare workers' work is facilitated and the family members do their last duties.

However, there are no legal regulations and initiatives related to advanced health directives in our country. This is because the presence of autonomy in Turkey's priority is essential to have clear awareness that individuals in decisions relating to their health. Article 25 of the Turkish Penal Code (TPC) states that “The patient has the right to refuse treatment or to request a cessation of treatment fakat, but even if the patient has made a written statement, intervention is mandatory in Cardiopulmonary Resuscitation and other health-threatening situations. This item includes persons receiving outpatient or outpatient treatment. In our country, apart from health, advanced directives are focused on sharing goods in the style of testament.

As a result; As our country is still a patriarchal society, the tradition of respect for the elderly, the tradition of being there at the time of death, keeping the elderly alive as much as possible is still continuing. Therefore, advanced directives are hard to find a place in the field of health for the time being.

Keywords: Advanced Health Care Directives, Turkey, old age.

S-36 ÇOCUKLARIN STRESLE BAŞ ETME VE EGZERSİZLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Hilal YILDIRIM*

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Malatya

Amaç: Bu araştırma çocukların stresle baş etme ve egzersizle ilgili görüşlerinin niteliksel olarak belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

Yöntem: Araştırmada nitel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Çalışma 2018 yılında, Malatya Milli eğitim Müdürlüğüne bağlı Halil İbrahim İlkokulundaki 3.sınıf 15 (6'sı erkek) öğrenci ile gerçekleştirildi, üç odak grubu oluşturdu. Odak grup görüşmeleri sırasında öğrencilere yöneltilen sorular, geç yatıp kalktıklarında karşılıklarına çıkabilecek sorunların neler olduğu, onları hangi olayların üzdüğü, bazı sorunlar için nasıl çözüm yolları buldukları, rahatlamak için neler yaptıkları, egzersizle ilgilenme durumu, egzersiz yapınca kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili sorular yöneltildi. Verilerin toplanması her bir görüşme için yaklaşık 25 dk sürdü, cevaplar araştırmacı tarafından kaydedildi.

Bulgular: Veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır. Öğrencilerin çoğu düzenli olmanın önemli olduğunu, düzensiz olmanın hem fiziksel hemde psikolojik sıkıntıları beraberinde getireceğini, birilerinin onlara ne yapması gerektiğini sürekli hatırlatması onları üzdüğünü, ortalama bir saat kadar günlük spor yaptıklarını, güçlü, kuvvetli ve rahat olmak için spor yapmaları gerektiğini belirttiler. Verilerin analizi sonucunda beş ana tema belirlenmiştir: Bilinçlilik, sorumluluk, İletişim, Beklenti ve Sağlığı geliştirme

Sonuç: Öğrencilerin günlük yapması gereken davranışlarından kaynaklı eksikliklerde psiko-sosyal sorunlar yaşayabileceklerinin farkında oldukları ve stresle baş etmek için bazı çözüm yolları bulabildikleri, günlük egzersiz yapmanın faydası konusunda çoğunun hem fikir oldukları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Stres, Baş etme, Egzersiz

S-37 YAŞLI BİREYLERİN YAŞLANMA SÜRECİNE KATKI SAĞLAYACAK BAZI FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Hilal YILDIRIM*

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Malatya.

Amaç: Bu araştırma yaşlı bireylerin yaşlanma sürecine katkı sağlayacak bazı faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütüldü.

Yöntem: Araştırma Şubat - Haziran 2019 tarihlerinde Malatya Mücelli Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini bu merkeze başvuran 65 yaş üstü bireyler oluşturdu. Bireyler olasılıksız örnekleme yöntemine göre o tarihlerde başvuran ve araştırmayı kabul eden kişilerden seçildi, 119 birey ile araştırma tamamlandı. Araştırmada araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve yaşlanma süreci ile ilgili sorular kullanıldı. Bireylerin bu formda ki soruları kendileri okuyup cevaplandırması yoluyla her bir veri yaklaşık 20dk toplandı. İstatistiksel analizinde sayı, yüzde IBM SPSS 22 paketinde kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 77.33 ± 6.97 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin % 55.5'i erkek, %66.4'ü evli, %61.3'ü okuma yazma bilmiyor, %53.8'inin yaşam sevinci var, %84.0'ı her gün fiziksel hareket yapmadığı, %62,2'si gününü uğraşacak bir şeylerle geçirmedeği, %68.9'u zihnini canlı tutmak için aktiviteler yaptığı, %69.7'si toplu faaliyetlere katılmadığı, %89.1'i ailesinden destek almadığı, %58.0'i yaşlanmaktan korkmadığı, %78.2'si beslenmesine gerekli önemi vermediği, %84.0'ü yaşlı olarak kendini görmediği, %66.4'ü endişe verici bir şeyler olduğunda boş verebileceği saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'nin Malatya ilinde yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşlanmak adına etkisiz, pasif girişimlerde buldukları fakat yaşlanmayı normal bir sürecin parçası olarak gördükleri söylenebilir. Yaşlıların sağlıklarını korumak ve geliştirmek bu sürece katkıda bulunmak için birinci basamak koruyucu hizmet veren sağlık profesyonellerinin aktif yaşlanmayı destekleyecek uygulamalarda bulunması ve yaşlılara hizmet sunan sağlıklı yaşam merkezlerinin oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşlanma, Sağlık

S-38 PSİKİYATRİ HASTALARININ MANEVİ İYİLİK DÜZEYLERİ İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Abdurrezzak Gültekin¹, Funda Kavak Budak¹

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Giriş: Manevi yönden iyi hissetmek ruhsal hastalıklarda tedavinin etkinliğini ve hastaların tedaviye uyumlarını arttırmak için yeni bir yöntem olarak kullanılabilir. Hastanın dini ya da değer verdiği manevi güçler hastanın tedaviye olan bağlılığını arttırmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 2500 yetişkin psikiyatri hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizi ile 410 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Araştırma Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında psikiyatri kliniğindeki hastalarla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Manevi İyilik Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Varyans Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Psikiyatri hastalarının manevi iyilik toplam puan ortalamasının 26.88 ± 9.97 , % 50.7'sinin tedaviye uyumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada psikiyatri hastaların manevi iyilik ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç: Araştırmada hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı bulunmuştur. Psikiyatri hemşirelerinin hastaların tedaviye uyumlarını arttırabilmek için hasta bakımına maneviyatı dahil etmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Manevi İyilik, Psikiyatri, Tedaviye Uyum

S-39 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: Palyatif bakımda hasta hakları

Şahizer ERAYDIN*

*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları AB Dalı

Bu derlemede palyatif bakım hastalarının ölüm sürecinde hasta hakları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yaşamı tehdit eden tüm hastalıkların–kanser, nörolojik, kalp, böbrek veya solunum yolu hastalıkları- hem birey hem de aile için fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal sağlık açısından etkileri vardır. Palyatif hemşireliğinin rolü bu alanların her birindeki ihtiyaçları belirlemek ve uygun müdahaleleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmektir. Palyatif bakım hemşireliği yaşam kalitesini iyileştirmeyi ve onurlu bir ölümü mümkün kılmayı amaçlamaktadır.

Hak, hukuken korunmaya değer bulunan çıkar veya gereksinimler olarak tanımlanabilir. Hasta hakları kavramı, özünde hizmet verenle hizmet alan arasındaki buyurgan ilişkinin giderek eşit ilişkiye değiştiği insan odaklı paradigma değişikliğinin sağlık alanına yansımaları olarak ele alınmaktadır. Ölüm kaçınılmaz hale geldiğinde tedavinin amacı değişir, ancak temel etik ilkeler değişmez ve etkilenmez. Ölüm sürecinde bakım, diğer tüm hastaların tedavisi ile aynı etik ilkelere dayanmalıdır.

Palyatif bakımda hemşireler hasta savunuculuğu rolü ile etik ilkelere bağlı olarak hareket eder ve hasta haklarını sağlarlar. Hasta hakları özetle; hizmetten yararlanma, tıbbi gereklere uygun tedavi görme, hekim seçme, saygı, eşitlik ve özenle hizmet alma, bilgilendirilme, aydınlatılmış onam, mahremiyet, refakatçi ve ziyaretçi bulundurma, şikayet etme, reşit olmayanların hakları gibi sıralanabilir. Palyatif hastaların bakımı, hastayla, yakınları ve diğer sağlık profesyonelleriyle sürekli iletişim kurmayı gerektirir. Ölmekte olan hastaya bir insan olarak saygı göstermek, o hasta için bütüncül bakım sunmanın gereğidir. Palyatif hastanın özerkliğine saygı göstermek, hastanın bilgilendirilmiş onam hakkını kabul etmek anlamına gelir. Hastanın özerkliğine saygı duymak doğruyu söylemek, güven vermek, hasta ve yakınlarını anlamak anlamına gelir. Palyatif hastaların fiziksel acı çekmeme, acılarını ifade etme özenle hizmet alma hakkı vardır. Palyatif hastaların bilgilerinin saklanması, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanması hakkı vardır. Palyatif bakım alan hastaların yaşam kalitesinin desteklenmesi, huzurlu ve onurlu bir ölüm hakkı vardır.

Hemşireler ve tüm palyatif bakım profesyonelleri hastaların haklarını bilerek, bakım sunmalıdır. Hasta haklarını etik ilkelere dayalı olarak korumak ve sürdürmek hemşirelerin savunucu rolü içinde yerini almaktadır.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, etik, hasta hakları,

**S-40 İLERLEMİŞ DEMANS HASTALARINA YÖNELİK GERÇEKLEŞTİRİLEN
PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINDA HOLİSTİK YAKLAŞIMLAR**Adeviye Aydın¹, Maral Kargın²¹Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Sinop/Türkiye²Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Elazığ/Türkiye**ÖZET**

Demans, dünya çapında prevalansı giderek artan, nörodejeneratif, yaşamı sınırlayan kompleks bir hastalıktır. Demansın ilerleyen aşamalarında ise hastaların başkalarına bağımlılığı artması ve bir dizi semptomun da eşlik etmesinden dolayı hastalar giderek artan düzeyde bakıma ihtiyaç duymaktadır. Demans hastalarında gelişen bu semptomlar bireyin bedenini, zihnini ve ruhunu etkilemektedir. Demans hastalarında palyatif bakımın bütüncül, birey merkezli ve sürekli olması gerektiği vurgulanmaktadır. Demansa yönelik palyatif bakımın iki yönü bulunmaktadır. İlki temel palyatif bakım yaklaşımı diğeri ise karmaşık sorunları olan hastalar için kapsamlı palyatif bakım uygulamalarıdır. İlerlemiş demans hastalarının bakımına bütüncül bir yaklaşımı dahil etmek, fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal, spiritüel sıkıntılara yol açan karşılanmayan ihtiyaçların ele alınmasına ve yaşam sonunda kaliteli bakımı teşvik etmede uygun müdahaleler gerçekleştirilmesine katkı sağlar. Demans hastalarının bakımını gerçekleştiren hasta yakını sağlık profesyonelleri ile birlikte yaşam sonu bakımı için bir plan oluşturmalı ve ağrı ile deliryum da dahil olmak üzere semptomları yönetmeye hazır olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İlerlemiş demans, demans hastaları, palyatif bakım, holizm, holistik yaklaşım

HOLISTIC APPROACHES IN PALLIATIVE CARE PRACTICES FOR ADVANCED DEMENTIA PATIENTS

ABSTRACT

Dementia is a complex, neurodegenerative, life-limiting disease with a growing prevalence worldwide. In the later stages of dementia, patients are increasingly in need of care because of increased dependence on others and accompanied by a range of symptoms. These symptoms, which develop in dementia patients, affect the individual's body, mind and spirit. Dementia patients can benefit from palliative care in the last stage of life. It is emphasized that palliative care in dementia patients should be holistic, person-centered and continuous. There are two aspects of palliative care for dementia. The first one is the basic palliative care approach and the other is comprehensive palliative care for patients with complex problems. Incorporating a holistic approach to the care of patients with advanced dementia ensures that the unmet needs that lead to physical, emotional, spiritual, social, spiritual distress are addressed and contribute to appropriate interventions in promoting quality care at the end of life. A plan for end-of-life care should be drawn up with caregivers and healthcare professionals who care for dementia patients and be prepared to manage symptoms, including pain and delirium.

Key Words: Advanced dementia, dementia patients, palliative care, holism, holistic approach.

S-41 PEDIATRİK PALYATİF BAKIMDA TERAPÖTİK OYUN

Semiha DERTLİ*, Elif GÜLER*, Emine ERDEM**

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, MALATYA

**Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

Yaşamı tehdit eden sorunların erken dönemde belirlenmesi ve tedavi edilmesi ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım olan palyatif bakım(PB), tanı konulması ile başlayan ve yaşamın son anına kadar devam eden bir süreçtir. Son yıllarda özellikle konjenital anomaliler, preterm doğumlar ve kanserli çocukların sayısındaki artış, uygulanan yoğun tedaviler ve bu tedavilere bağlı gelişen sorunlar pediatrik palyatif bakıma olan gereksinimi arttırmıştır.

Palyatif bakımda, ağrı ve stres verici semptomların giderilmesi, çocuğun rahat ve konforunu sağlama, psikososyal ve spiritüel yönden desteklenmesi, yaşamsal fonksiyonlarını koruma, yaşam kalitesini iyileştirme, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlama ve yaşamın içinde aktif tutma, aile üyelerine destek olma, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımlarda bulunma hedeflenir.

Çocuğun temel aktivitesi ve uğraşısı olan oyun, çocuğun duygu, düşünce ve etkilenimlerini anlatan bir yoldur. Çocuğu anlamak, değerlendirmek, uygun bakımı sağlamak için iletişim, iş birliği, güven, hoş vakit geçirme aracı olarak terapötik oyun etkili bir yöntem olarak PB'da kullanılabilir. Terapötik oyun; hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltmak, çocuğun tedavi veya işlemlere ilişkin duygularını ve yanlış anlamalarını değerlendirmek, stres yaratan olay öncesi-sırası ve sonrasında çocuğun olumlu baş etme yöntemleri geliştirmesi için kullanılan bir oyun tekniğidir. Hemşireler palyatif bakım alan çocuğun gereksinimlerini, duygu ve düşüncelerini terapötik oyun yardımıyla öğrenebilir ve bakım verebilir. Terapötik oyun, çocuk ve ebeveynlerin anksiyete, korku ve stres düzeyini azaltmaya, özellikle çocuğun dikkatini dağıtarak ağrı/acısını hafifletmeye yardımcı olabilir.

Tüm çocukların oyuna gereksinimi vardır. Hem çocuğun gereksinimlerini karşılamak, hem de çocuğun dünyasını, deneyimlerini ve duygularını anlamak için PB'da terapötik oyun kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, pediatri hemşireliği, terapötik oyun.

S-42 PEDIATRİK PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN SAVUNUCULUK ROLÜ

Semiha DERTLİ*, Elif GÜLER*

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, MALATYA

Pediyatrik palyatif bakım, çocuğun hastalığının aşamasına ya da diğer tedavi gereksinimlerine bakılmaksızın fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi unsurları kapsayan etkin, bütüncül multidisipliner bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, çocuk ve ailenin yaşam kalitesinin artırılması ve destek odaklı olup, acı veren semptomların yönetimini, süreci nitelikli geçirme ve süreç hakkında karar vermenin sağlanmasını, ölüm ve yas esnasındaki bakımı içerir.

Pediyatri hemşiresinin palyatif bakımda çeşitli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlardan biri de insan ve hasta haklarından köken alan savunuculuk rolüdür. Çocuklar biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yetişkinden farklıdır. Bunun yanında hak ihlallerine uğrama bakımından da yetişkinlere göre savunmasızdır. Bu temel farklılıklar nedeniyle çocuk hemşireliğinde ortaya çıkan etik sorunlar, pediyatri hemşireliğinde savunuculuğu daha önemli kılmaktadır.

Palyatif bakım alan çocuklar, uzun süreli hospitalizasyon, yoğun tedavi süreci, ağrı/acı veren işlemler nedeni ile hak ihlallerine ve etik ihlallere daha sık maruz kalmaktadır. Bu kapsamda pediyatri hemşiresi; çocuğun haklarını savunma, çocuk ve ailesine hasta ve çocuk hakları hakkında bilgi verme, ailenin ve çocuğun haklarını kavramasını sağlama, sağlık sistemi içinde çocuk haklarının yeri ve kullanımı konularında bilgilendirmelidir. Çocuk haklarının ihlal edildiği durumlarda çocuğun haklarını savunma, çocuğu ve aileyi bakım ve tedavi hakkında bilgilendirme, çocuk ve ailenin mahremiyetini koruma, onların duygularını anlayarak empati kurma, geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak bakım yaklaşımlarını gerçekleştirerek savunucu rolünün uygulamadır.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, pediyatri hemşireliği, savunuculuk rolü.

S -43 PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM¹Fatma KARASU, ²Filiz POLAT¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimler Fakültesi, Kilis / Türkiye²Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman / Türkiye**ÖZET**

Palyatif bakım, hayatı tehdit edici hastalıklar ile ilgili problemlere karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Bu bağlamda palyatif bakım, hastalık ve tedavi nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Palyatif bakım bir sağlık hakkıdır. Bireylerin özel ihtiyaçlarına ve tercihlerine önem veren, birey merkezli ve entegre sağlık hizmetleri tarafından sunulan kapsamlı bir bakım alanıdır. Palyatif bakım alan hastalar fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşarlar. Bu sorunların belirlene bilmesi ve çözüle bilmesi için hasta, aile ve sağlık personeli arasında etkin bir iletişim olması gerekir. Etkin bir iletişim kurularak hastanın içinde bulunduğu duruma uyumu, yaşam kalitesinin artırılması ve iyi ölüm şansını artırır. Aile ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim, hastanın gizlilik ve ailenin mahremiyetine saygı gösterecek şekilde olmalıdır. Sağlıklı bir iletişim ile hasta yakını ve sağlık ekibi hastaya iyi bir bakım verebilir. Bu kaliteli iletişim ailenin ölümünden sonra kayıp ve yas sürecinde olumlu etkilediği bilinmektedir.

1351

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, iletişim, sağlık profesyonelleri.

COMMUNICATION IN PALLYATIVE CARE

ABSTRACT

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and families who face problems related to life-threatening diseases. In this context, palliative care aims to eliminate the problems caused by disease and treatment and to improve the quality of life of patients and their relatives. Palliative care is a right to health. It is a comprehensive care area offered by individual-centered and integrated health services, which gives importance to the specific needs and preferences of individuals. Patients receiving palliative care experience physical, psychological, psychological and social problems. In order for these problems to be identified and solved, there must be an effective communication between the patient, family and health personnel. By establishing an effective communication, the patient's adaptation to the current situation increases the quality of life and increases the chance of death. Communication between family and health professionals should be in a manner that respects the privacy of the patient and the privacy of the family. With a healthy communication, the patient's relative and the health care team can give a good care to the patient. It is known that quality communication affects the loss and mourning process after the death of the family.

Key Words: Palliative care, communication, health professionals.

S- 44 PALYATİF BAKIMDA CİNSEL SAĞLIK¹Fatma KARASU, ²Filiz POLAT¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimler Fakültesi, Kilis / Türkiye²Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman / Türkiye**Özet**

Fiziksel, sosyal, emosyonel ve manevi yönleri içeren palyatif bakım hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Cinsel sağlık, birçok hasta için yaşamın önemli bir parçası olmasına rağmen, klinik uygulamalarda göz ardı edilmektedir. Cinsel sağlık, palyatif bakımda önemli bir yere sahiptir. Cinsel aktiviteye katılma ihtiyacı ya da kabiliyeti hastalığın son aşamasında zayıflayabilir, ancak dokunma ve yakınlık bireyin emosyonel doyum sağlama ihtiyacını artırabilir. Bireyler arasında yaşamın son aylarında sevgi dolu ve samimi bir dokunuş yokluğundan muzdarip olabilirler. Yaşamın sonuna yaklaşıldığında, bireylerin cinsel sorunlardan sıklıkla konuşulmadığı bilinir. Palyatif bakım ekibi mevcut problemleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Palyatif bakımda cinselliğin çoğu zaman sağlık bakım profesyonelleri tarafından önemli olmadığı düşünülür. Cinselliğe ilişkin tabuları ya da yargıları hastalarla cinsellik hakkında konuşmayı zorlaştırabilmektedir. Hastaların cinsel sağlığının ve cinselliğe ilişkin sorunların değerlendirilmesi sağlık bakım profesyonellerin rolü ve holistik bakımın bir parçasıdır. Bu derleme, palyatif bakımda cinsel sağlığı önemini ve sağlık bakım profesyonellerinin önündeki engellerin tartışılması amaçlanmıştır.

1353

Anahtar Kelime: Palyatif bakım, cinsel sağlık, hasta.

SEXUAL HEALTH IN PALLIATIVE CARE

Abstract

Palliative care, which includes physical, social, emotional and spiritual aspects, aims to improve the quality of life of the patient and his family. Although sexual health is an important part of life for many patients, it is overlooked in clinical practice. Sexual health has an important place in palliative care. The need or ability to participate in sexual activity may weaken in the final stage of the disease, but touch and closeness may increase the individual's need to provide emotional satisfaction. They may suffer from the absence of a loving and sincere touch in the last months of life among individuals. Approaching the end of life, it is known that individuals are not often talked about sexual problems. The palliative care team should address current problems in a holistic approach. Sexuality in palliative care is often considered not to be important by health care professionals. Taboos or judgments about sexuality may make it difficult to talk to patients about sexuality. The assessment of patients' sexual health and sexuality issues is part of the role of health care professionals and holistic care. This review aims to discuss the importance of sexual health in palliative care and the barriers to health care professionals.

Key Words: Palliative care, sexual health, patient.

S-45 PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN MANEVİ DESTEK ALGISI¹Zeliha Cengiz, ²Dilek OLMAZ, ³Mensure TURAN,¹Malatya İnönü Üniversitesi, Dr. Öğr. Üyesi²Tunceli Devlet Hastanesi, Uzm. Hemşire³Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzm. Hemşire**ÖZET**

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım hastalarında manevi yaklaşım, bütüncül bakım kavramı doğrultusunda hemşireliğin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu araştırma palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin palyatif bakım hastalarının manevi bakım ihtiyacı konusundaki algılarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı türde olan bu araştırma 2019 yılında, Tunceli Devlet Hastanesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yürütüldü. Bu araştırmanın evrenini, sözü edilen hastanelerin palyatif bakım verilen birimlerinde görev yapan tüm hemşireler oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 51 hemşireden veri alındı. Veriler, "Hemşire Bilgi Formu", ve "Manevi Bakım Algısı Ölçeği" ile toplandı. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, Kruskal-Wallis Varyans, Mann-Whitney U, Regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %66.7'si lisans ve lisansüstü mezunu, %86.3'ü kadın, %51'i 1-5 yıl süre ile palyatif kliniğinde çalışmakta, %80'i 5 yıl üzeri hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin manevi bakım algısı puan ortalaması 64.22±9.25 olarak bulundu. Hemşirelerin manevi bakım algısı puan ortalamaları ile günlük bakım verdiği hasta sayısı arasında negatif yönde bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, meslekte çalışma süresi ve palyatif bakım ünitesinde çalışma süresi gibi özellikleri ile manevi bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda manevi bakım algısının hasta bakım süresi ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlendi ($R=.281$ $R^2=.079$ $p<0.05$).

Sonuç: Bu araştırmada palyatif bakım veren hemşirelerin manevi bakım algısı yüksek bulundu. Araştırma sonucunda hasta bakım süresinin manevi bakım algısının yordayıcısı olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Palyatif Bakım, Maneviyat, Maneviyat Algısı

S-46 TÜRKİYE DE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ***ELİF ŞEYMA GÜNEŞ*****İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu**

Bu derleme, Türkiye’de sağlıkta sunulan palyatif bakım hizmeti ile ilgili bilgi almak için yazılmıştır. Beklenen yaşam süresinin uzaması, nüfusun yaşlanması, kanser ve diğer bulaşıcı Palyatif Bakım hasta ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeye ulaşmasını sağlamaktır. Ölmekte olan hastalar için hasta merkezli ve multidisipliner bir metottur. Aynı zaman da ucuzdur. Pek çok gelişmiş ülkede palyatif bakım modelleri görülebilirilmeyen hastalıkların görülme sıklığının artması nedeniyle palyatif bakım ihtiyacı dünya genelinde artmaktadır. Palyatif Bakım hasta ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeye ulaşmasını sağlamaktır. Ölmekte olan hastalar için hasta merkezli ve multidisipliner bir metottur. Aynı zaman da ucuzdur. Pek çok gelişmiş ülkede palyatif bakım modelleri görülebilir. Ülkemizde ise 2010 yılında palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için Sağlık Bakanlığı çalışmalar yapmıştır. 2010 yılı başı itibari ile büyük bir bölümü üniversite hastaneleri içinde yer alan 10 adet palyatif merkezi mevcuttur. Türkiye’de palyatif bakım kavram olarak “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır. Türkiye’de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek “hospis” kavramına ilk yakın kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan “Kanser Bakımevi”, 1993- 1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Palyatif bakım amaçlı ikinci “hospis” girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu internet sayfasından alınan 2016 yılı verilerine göre 68 ilde toplam 1898 yataklı 168 adet palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Günümüzde palyatif bakım merkezlerin sayıca artışı hasta ve/veya hasta yakını açısından büyük önem taşımakta olup, Sağlık Bakanlığınca bu merkezler gerek kurumsallaşma gerekse sağlık personelin eğitimi açısından destek görmektedir. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin günümüze kadar ihmal edilmesinin nedenleri arasında; aile yapısı kültürü, insan gücünde yaşanan sorunlar, eğitimde yer almaması, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve gerek sağlık çalışanları, gerekse hastalar arasında yeterli farkındalığın olmaması sayılabilir.

Anahtar sözcükler: palyatif bakım, palyatif bakım modelleri, hasta merkezli, multidisipliner

S- 47 YAŞAM SONU DÖNEMDE GÖZ ARDI EDİLEN İKİ KAVRAM: PALYATİF BAKIM VE PALYATİF BAKIM ÜNİTELERİ

Aysel Özdemir*, Abdurrezzak Gültekin*

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Palyatif bakım; ilerleyici ve tedavisi olmayan hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım organizasyonudur. Bu derlemenin amacı; palyatif bakım ve palyatif bakım üniteleri hakkında bilgi vermektir.

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların ve bakım verenlerin desteklenmesiyle birlikte acılarının hafifletilmesini de amaçlar. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak kabul edilir. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler artırılır ve hastanın kaybindan sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesini sağlar. Eskiden palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken, günümüzde palyatif bakım ilkelerinin, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen tüm hastalarda; olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği kabul edilmektedir. Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şöyle listelemiştir: Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS),İleri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin), Tedaviye yanıtız kanserler, HIV/AIDS, Çocuklarda genetik hastalıklar.

Palyatif Bakım Tarihiçesi İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis hizmeti ise 1967 yılında İngiltere'de bir hemşire tarafından kurulmuştur. 1980 ortalarına kadar palyatif bakım kavramı hospis bakımının yerine kullanılmıştır. 2002 yılında ise DSÖ palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlamıştır. Palyatif Bakım Hemşiresi Palyatif bakım hemşiresinin bir hastaya olan yaklaşımları şöyle olmalıdır: Hastanın tedavisine ilişkin gerekli bilgilendirmeleri yaparak tedavinin sürdürülmesini sağlamak, Hasta ve yakınları ve diğer ekip üyeleri ile etkili iletişimi ve koordinasyonu sağlamak, Gerektiğinde hasta ve yakınlarına danışmanlık yapmak, Hastaya gereksiz işlemlerin yapılmasını önleyerek, hasta savunuculuğu rolünü üstlenmek, Ayrıca bakımın sorumluluğunu üstlenerek hasta ve yakınlarına ve diğer ekip üyelerine liderlik yapabilmektir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Palyatif Bakım Üniteleri Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Temel amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Ağrı, yaşam kalitesini; anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı ise hastalığın seyrini etkileyen en önemli semptomlar olup, tedavileri öncelikli olarak planlanmalıdır. Hasta servisleri ve yoğun bakımlar palyatif bakım gerektiren hastalarda semptom yönetimi açısından yeterli olmayabilir. Palyatif hasta bakım üniteleri oluşturulması, etkili palyatif bakım hizmetinin sunulmasına olanak sağlayacak, kaynak kullanımını ve hastane masraflarını azaltacaktır. Türkiye’de gerçek anlamda palyatif bakım merkezi bulunmamaktadır, olan merkezler destek tedavisi vermektedirler ve birçoğu ağrı merkezi şeklinde kanser hastalarına hizmet vermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Palyatif bakım ülkemizde sadece kanser hastaları için bakım veren birkaç merkez dışında yeterince üzerinde durulmamış bir konudur. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar geniş bir çeşitlilik gösterir ve her yaş grubundan hastayı kapsar. Palyatif bakım gerektiren hastalar için hastanelerde bu amaçla ayrılmış birimlerin ve ekibin olmaması yaşam kalitesine yönelik bir bakımın uygulanmaması, yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması önemli bir sorundur. Ayrıca, bu hastaların uzun sürelerle hastanede yatak işgali tedavi edilebilir hastalıklara sahip hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sağlık personeli gücünün ve hastane olanaklarının etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Ülkemiz hasta profili göz önüne alınarak yasal ve etik düzenlemelerle birlikte yeterli sayıda palyatif bakım ünitesi ve donanımlı sağlık çalışanınin yetiştirilmesi beklenmekte; aynı zamanda konu ile ilgili çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hemşire, Palyatif Bakım, Palyatif Bakım Üniteleri

S-48 MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PALYATİF BAKIM DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeliha Korkmaz Dişli¹, Sibel Duman²

Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü¹

Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bölümü²

Giriş: Palyatif bakım; en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır (1).

Amaç: Bu çalışmada palyatif bakım ünitemizde izlediğimiz hastalarımızın dosyalarını geriye dönük değerlendirmeyi amaçladık.

Araç ve Gereçler: 08.2016 – 04.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Ünitemizde toplam 654 hastaya hizmet verildi. Bu hastaların 341'i kadın, 313'ü erkek, yaş ortalaması 73,23, ortalama yatış süreleri 18,1 gündü. Hastaların 169'u kanser, 143'ü nörolojik hastalıklar, ve 117'si diğer hastalıklar sebebiyle sıralanarak yatırıldı. Hastaların 452'si taburcu edilirken, 202'si vefat etmiştir. 23 hastaya PEG takılmıştır. En sık kullanılan ilaçlar antibiyotikler, antihipertansifler ve oral beslenme ürünleri idi. Hastaların başvuru sebepleri ağrı (%79) ve genel durum bozukluğu (%71) sırasıyla devam etti.

Tartışma: Bu çalışma semptom sıklığımızı ve en sık kullanılan ilaçları tespit edebilmemizi sağladı. Palyatif bakım gerektiren hastalarda gözlenen komplikasyonlar birçok çalışma gibi bizimkinde de benzerdi.(2,3)

Sonuç: Çalışmamızın, yeni kurulacak palyatif kliniklerine yol gösterici olabileceğini umut etmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım, Semptom, İlaç sıklığı

Evaluation of Palliative Care at Malatya Training and Research Hospital

Background and Purpose: Palliative care is multidisciplinary. (1). In this study, we aimed to retrospectively evaluate the files of our patients.

Methods: We were retrospectively reviewed the files of the patients who hospitalized in the Palliative Care Unit of Malatya Training and Research Hospital between 08.2016 and 04.2019.

Results: 341 were female, 313 were male (654), mean age was 73.23 and mean hospital stay was 18.1 days. 169 patients were hospitalized for cancer, 143 patients for neurological diseases and 117 patients for other diseases. 452 of the patients were discharged and 202 died. 23 patients received PEG. The most commonly used drugs were antibiotics, antihypertensives and oral nutrition products. Reasons for admission were pain (79%) and general condition disorder (71%) respectively.

Discussion: This study provided symptom frequency and identify the most commonly used drugs. Complications observed were similar in ours as in many studies (2,3).

Result: We hope that our study can guide new palliative clinics.

Key words: Palliative Care, Symptom, Drug frequency

S-49 HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM HASTALARI İLE İLETİŞİME GEÇME DURUMLARI ÇALIŞMA MOTİVASYONLARINI ETKİLER Mİ?

Seher Çevik Aktura¹ Özlem Soylu²,

¹ Hemşirelik Esasları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumlarının çalışma motivasyonlarını etkileyip etkilemediğini incelemektir.

Materyal-metod: Tanımlayıcı türde olan araştırma, Turgut Özal Tıp Merkezi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip hemşirelerin tamamı örneklem grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemi 134 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Katılımcı Tanıtım Formu ve Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde ise, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U testi, One Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının 29.78 ± 5.27 olduğu, %67.9'unun kadın olduğu, %91.8'inin lisans mezunu olduğu ve %52.2'sinin evli olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %85.8'i hem gündüz hem gece çalıştığını, %90.3'ü yoğun bakım hemşiresi olduğunu, %97' si hastaya bakım verirken iletişime geçmeye çalıştığını, %97.8'i sözlü iletişime geçtiğini ve %87.3'ü hastaya ismi ile hitap ederek iletişime geçmeye çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin %45.5 hasta ile ilk kez iletişime geçtiğinde hastaya yardım edebileceğini hissettiğini belirtmiştir. %47.8'i hasta ile iletişime geçemediğinde hayal kırıklığı yaşadığını ve %91.8'i hastanın her yanına gittiğinde iletişime geçmeye çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin hastaya bakım verirken iletişime geçme durumları, hasta ile ilk kez iletişime geçtiklerinde hissettikleri ve hasta ile iletişime geçmeye çalışma sıklığı ile iş motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırmada, hemşirelerin palyatif bakım hastaları ile iletişime geçme durumlarının çalışma motivasyonlarını etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: çalışma motivasyonu, hemşire, iletişim, palyatif bakım hastaları

DO THE NURSES' CONDITIONS OF COMMUNICATION WITH PALLIATIVE CARE PATIENTS AFFECT WORK MOTIVATIONS?

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate whether nurses' communication with palliative care patients affected their motivation to work.

Materials and methods: This descriptive study was conducted with nurses working in the intensive care units of Turgut Özal Medical Center. In the study, no sample selection was made and all the nurses were included in the sample group. The sample of the study consisted of 134 nurses. The data of the study was collected by using Participant Identification Form and Multidimensional Business Motivation Scale. Percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, One Way ANOVA and Kruskal-Wallis tests were used in the analysis of the research data.

Results: The mean age of the nurses was 29.78 ± 5.27 , 67.9% were women, 91.8% were undergraduate and 52.2% were married. 85.8% of the nurses worked both day and night, 90.3% were intensive care nurses, 97% tried to contact the patient while providing care, 97.8% communicated verbally, and 87.3% addressed the patient by name. 45.5% of the nurses felt that they could help the patient when they first contacted the patient. 97.8% stated that they were happy to communicate with the patient, 47.8% stated that they were disappointed when they could not communicate with the patient and 91.8 reported that they tried to contact each time they went to the patient. There was no significant relationship between the nurses' contacting status while giving care to the patient, the feelings they felt when they first contacted the patient, and the frequency of trying to contact the patient ($p > 0.05$).

Conclusion: In this study, it was found that the communication status of nurses with palliative care patients did not affect their motivation to work.

Key words: communication, nurse, palliative care patients, work motivation

**S-50 ALLOJENİK KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI BK VİRÜSE (BKV) BAĞLI
HEMORAJİK SİSTİT: PEDİYATRİK HASTA OLGU SUNUMU**

Büşra Sema SÖNMEZ¹, Günay KORKMAZ¹, Burcu ERSOY¹, Furkan GÜNEŞ¹

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/Türkiye

Özet

Hemorajik sistit, profilaksi uygulanan allojenik hematopoetik kök hücre alıcılarının %5-35'inde, profilaksi uygulanmayanların ise 70'inde gelişebilen, hematüri, dizüri, pollakiüri ve suprapubik ağrı ile kendini gösteren, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilen bir komplikasyondur. Erken dönemde görülen hemorajik sistit genelde kemoterapitoksitesisi iken geç başlangıçlı olanı multifaktöriyeldir. Kök hücre transplantasyonu (KHT) sonrası geç dönem hemorajik sistit (HS) (≥ 2 hafta) çoğunlukla BK virüsü ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada, Akut Miyeloid Lösemi tanısı nedeniyle allojenik kemik iliği nakli sonrası sekizinci gününde idrar ve kanda BK virüs pozitifliği sebebiyle hemorajik sistit gelişen 2 yaşındaki erkek çocuk hastanın, hemorajik sistininin klinik seyri ve ortaya çıkan semptom ve bulguların hemşirelik girişimleriyle yönetimi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemorajik sistit, hemşire, pediyatrik hematopoetik kök hücre nakli.

Abstract

Hemorrhagic cystitis is a complication of prophylaxis function that may cause serious mortality and morbidity in the clinic with nausea, hematuria, dysuria, pollakiuria and suprapubic pain in 5-35% of allogeneic hematopoietic stem cell recipients and 70% of those without prophylaxis. Early hemorrhagic cystitis is usually chemotherapy toxicity, while late onset is multifactorial. Late-stage hemorrhagic cystitis (HC) (≥ 2 after) stem cell transplantation (STC) is often associated with BK virus. This study, we present a 2-year-old boy who developed hemorrhagic cystitis due to urine and blood virus positivity on the eighth day after allogeneic bone marrow transplantation due to the diagnosis of acute myeloid leukemia. The clinical course of the hemorrhagic cystitis and the management of the symptoms and findings with nursing interventions are presented.

Key Words: Haemorrhagic cystitis, nurse, pediatric haematopoietic stem cell transplantation.

S-51 HEMŞİRELİK VE EBELİK ADAYI ÖĞRENCİLERİ PALYATİF BAKIM HAKKINDA NE BİLİYOR?

AHMET SEVEN, HAVVA SERT

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik, Kahramanmaraş/Türkiye

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metod: Çalışma, kurum izni alındıktan sonra, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 923 öğrenciyle tanımlayıcı olarak yapıldı. Veriler sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu ve 20 madde ve 5 alt boyuttan (felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler) oluşan Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) kullanılarak toplandı. Verilerin analizi bilgisayar ortamında; yüzdeler, parametrik ve nonparametrik testler kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması $20,99 \pm 1,87$ olan öğrencilerin %83,4'ü kadın, %80,2'si hemşirelik bölümü öğrencisi, %56,3'ü Süper/Anadolu lisesi mezunu, %89,4'ü çalışmıyor, %82'si çekirdek aile yapısına sahip ve %69,3'ü orta düzeyde gelire sahiptir. Palyatif Bakım Hakkında Bilginiz var mı? sorusuna öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%64,7) bilgim var yanıtını verdiği belirlendi Palyatif bakım hakkında bilgisi olanların %46,8'inin bu bilgiyi lisans eğitiminde edindiği saptandı.

Öğrencilerin PBBT toplam puan ortalaması $5,85 \pm 3,68$ olup (min-max; 0-15), alt boyut puan ortalamalarının sırasıyla $0,827 \pm 0,819$ (felsefe), $1,70 \pm 1,33$ (ağrı), $1,02 \pm 0,99$ (dispne), $1,27 \pm 1,15$ (psikiyatrik problemler) ve $1,02 \pm 1,05$ (gastrointestinal problemler) olduğu görüldü. Yaş, gelir durumu, aile yapısı değişkenlerinin öğrencilerin PBBT toplam ve alt boyutlarını etkilemediği saptandı ($p > 0,05$). “Cinsiyet”, “Okuduğu Bölüm”, “Öğrenim Gördüğü Sınıf” ve “Palyatif Bakım Hakkında Bilgi Durumu” değişkenleri ile PBBT toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu; erkeklerin kadınlara göre, hemşirelik öğrencilerinin ebelik öğrencilerine göre, 2. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin diğer sınıflara göre ve palyatif bakım hakkında bilgisi olanların olmayanlara göre palyatif bakım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). “Çalışma Durumu” değişkeni ile PBBT toplam, ağrı, dispne, psikiyatrik ve gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, çalışan öğrencilerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu saptandı ($p < 0,05$). “Mezun olunan Lise” değişkeni ile PBBT toplam, felsefe, ağrı ve gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, sağlık meslek lisesi mezunlarının palyatif bakım bilgilerinin daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Çalışmada hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin palyatif bakım bilgi puanlarının düşük olduğu; cinsiyet, bölüm, sınıf, çalışma durumu, mezun olunan lise ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumunun palyatif bakım bilgi düzeylerini etkilediği belirlendi.

Anahtar kelimeler: bilgi, ebelik, hemşirelik, öğrenci, palyatif bakım

S- 52 PALYATİF BAKIM HASTALARININ AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜNÜN YAŞAM KALİTELERİ İLE İLİŞKİSİ

ZelihaCengiz⁽¹⁾,Mensure Turan⁽²⁾, Dilek Olmaz⁽³⁾, Çiğdem ERCE⁽⁴⁾

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi

²SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Uzm. Hemşire

³Tunceli Devlet Hastanesi Uzm. Hemşire

⁴Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire

ÖZET

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım, prognozdan bağımsız olarak, ciddi hastalığa sahip hastalar ve aileleri için acıyı azaltmaya ve yaşam kalitesini optimize etmeye odaklanan multidisipliner bir uzmanlıktır. Hastalık hastayı etkilediği kadar bakım veren aile üyesinin de yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bakım verenin kişisel özellikleri, hastaya ait özellikler ve bakım yükü yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu araştırma, palyatif bakım hastalarının aile üyelerinin bakım yükünün yaşam kaliteleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılan bu araştırma, Haziran 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım biriminde yatan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 163 hastanın bakım verenleri ile yapıldı. Veriler Tanımlayıcı Veri Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Tr 8) kullanılarak toplandı. Veriler yüzde, ortalama, korelasyon, Kruskal-Wallis ve Student t testi ile analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım verenlerin % 61.3'ü kadın, % 38.7'si erkektir. Palyatif bakım verenlerin yaş ortalaması 49.02±15.47, hastaya bakım süresi ortalaması (ay) 33.80±37.37, yaşam kalitesi puan ortalaması 24.23±7.01 ve bakım yükü puan ortalaması 52.08±16.23 olarak belirlendi. Araştırmaya katılan aile üyelerinin cinsiyet, yakınlık derecesi, ve eğitim durumları ile yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05), bakım süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı (p>0.05) belirlendi. Aile üyelerinin cinsiyet, yakınlık dereceleri, eğitim, çalışma durumları ve bakım süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (p>0.05). Kadınların erkeklere oranla bakım yükü daha yüksek yaşam kalitesi daha düşük bulundu. Araştırmada bakım yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Bu araştırmada palyatif bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği, bakım yükünü etkilemediği belirlendi. Palyatif bakım veren aile üyelerinin bakım yükü artıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler; bakım yükü, palyatif bakım, yaşam kalitesi

S-53 KANSER HASTALARINDA KEMOTERAPÖTİK İLAÇLAR VE DELİRYUM ARASINDAKİ İLİŞKİ: ULUSLARARASI LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

*Ayşe Burçin Uyumlu

* İnönü University, Faculty of Pharmacy, Department of Biochemistry

Özet

Giriş: Delirium, hastanede yatan kanser hastalarında sık görülen nörolojik bir komplikasyondur. Deliryum ani başlaması ve dalgalı seyir göstermesi, aynı zamanda dikkat bozukluğu, oryantasyon bozukluğu, düşünme süreçlerinde bozulma ve bilinç düzeyinde değişimler ile karakterizedir. Kemoterapi alan kanser hastalarının bilişsel işlevlerinde tedaviye bağlı azalma riski vardır ve kemoterapiyi takiben deliryum gelişimini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca, bu tür çalışmaların çoğu vaka raporlarıdır veya kontrol grubu yoktur ve spesifik antineoplastik ilaçlarla sınırlıdır. Psikiyatrik konsültasyon için hastaneye başvuran kanser hastalarında deliryumun sık sık depresyon ile karıştırıldığı veya tedavi edilmediği bildirilmektedir. Kemoterapi alan hastalarda Deliryum morbidite ve mortalitesinin gitgide artıyor olması konuya olan ilgiyi de arttırmaktadır.

Amaç: Bu araştırma kemoterapi gören kanser hastalarında deliryum gelişimi ile ilişkili uluslararası literatürün gözden geçirilmesini amaçlamıştır.

Veri kaynakları: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online’de Eylül 2019’a kadar olan İngilizce dilinde yayınlanmış makalelerdir.

İnceleme yöntemleri: Çalışmaların başlığında ve özetinde yeterli bilgi bulunmadığında, gerekli veriler tam metinlerle değerlendirilmiştir. Bu gözden geçirme sürecinin tutarlı olmasını sağlamak adına, kemoterapi alan kanserli hastalarda deliryum gelişimine açık bir şekilde değinen çalışmaları ayıklamak için basit bir arama algoritması seçilmiştir. İngilizce olarak yayınlanmış, “delirium”, “cancer” ve “chemotherapeutic drug” anahtar kelimeleriyle; tam metnine ulaşılabilen çalışmaların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Bulgular-Sonuç: Literatürde ulaşılan verilere göre deliryuma sebep olabilen faktörler arasında en fazla yaşlı hastalar, kanser hastaları, kalp cerrahisi geçiren hasta gruplarında görülmektedir. Çalışmalarda, deliryum tablosunun gözden kaçırılmaması, hasta bakımını sağlayan sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Kanser hastalarında deliryuma neden olan çeşitli faktörler bilinmektedir, kemoterapi de bunlardan biridir. Bazı kemoterapötik ilaç kullanımı ile yapılan bazı araştırmalarda deliryuma sebep oldukları bildirilmektedir. Ancak mekanizmaları çok açık olmamakla birlikte bazı kemoterapötik ilaçların kan-beyin bariyerini geçebildikleri öne sürülmektedir.

Anahtar kelimeler: Deliryum, kemoterapötik ilaç, kanser.

The relationship between chemotherapeutic drugs and delirium in cancer patients: Review of International Literature

Abstract

Introduction: Delirium is a common neurological complication in hospitalized cancer patients. Delirium is characterized by a sudden onset and fluctuating course, as well as attention deficit, disorientation, disruption of thinking processes and changes in consciousness level. Although there is a risk of treatment-related decrease in cognitive function in cancer patients receiving chemotherapy, few studies are investigating the development of delirium following chemotherapy. Also, most such studies are case reports or have no control group and are limited to specific antineoplastic drugs. It has been reported that delirium is frequently confused with depression or not treated in cancer patients admitted to the hospital for psychiatric consultation. Delirium morbidity and mortality in patients receiving chemotherapy increases gradually, increasing interest in the subject.

Objective: This study aimed to review the international literature on the development of delirium in cancer patients undergoing chemotherapy.

Data sources: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, articles published in English in Sage Journals Online up to September 2019.

Review methods: In the absence of sufficient information in the title and summary of the studies, the necessary data were evaluated in full text. To ensure that this review process is consistent, a simple search algorithm was selected to extract studies that explicitly address delirium development in cancer patients receiving chemotherapy. Published in English with the keywords delirium ”,“ cancer ”and “chemotherapeutic drug”; The full text can be accessed through the examination of the study.

Findings-Conclusion: According to the data obtained in the literature, delirium is the most common factor in elderly patients, cancer patients, patients undergoing cardiac surgery. In the studies, it is emphasized that delirium should not be overlooked and health personnel providing patient care should be trained on this subject. Several factors are known to cause delirium in cancer patients, chemotherapy is one of them. Some studies with the use of some chemotherapeutic drugs have been reported to cause delirium. However, it is suggested that some chemotherapeutic drugs may cross the blood-brain barrier, although the mechanism is not clear.

Key words: Delirium, chemotherapeutic drug, cancer.

S-54 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ

Erman Yıldız¹, Rukuye Aylaz¹, Ömür Berber²

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

²Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Giriş- Amaç: Yoğun bakımda hemşireler, ölüm gerçeğini kabul ederek bireylerin mümkün olduğu kadar rahat, huzurlu ve onurlu bir ölümü hak ettiklerine dair bir anlayışı kabul etmekle birlikte, yaşam sonunda mümkün olan en iyi bakımı sağlamak hemşireler açısından birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Hemşireler ölüm ve ölen hastaların bakımı ile ilgili çeşitli tepkilerde bulunabilir. Başka bir deyişle, günlük olarak ölüme maruz kalma hemşireleri duygusal ve fiziksel olarak etkileyebilir. Konu ile ilgili farklı çalışmaların bulgularına göre, sürekli ölümlerle karşı karşıya kalmak ve ölmekte olan hastalara bakım vermek hemşirelerde mesleki stres ve tükenmişliğe neden olabilir. Tükenmişlik ve psikolojik morbidite palyatif bakım uygulayıcısını etkiler ve genel sağlık, psikolojik refah, düşük iş doyumu ve hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte Türkiye’de yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

1370

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) aracılığı ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 27.07 ± 5.40 olup (minimum 22, maksimum 41), %68’inin kadın, %59’unun bekar, %37’sinin çocuk sahibi olduğu, %87’sinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, %72’sinin nöbet usulü bir çalışma rutininin olduğu belirlendi. MTÖ toplam puan ortalaması 64.40 ± 16.34 olup, alt ölçeklerden olan duygusal tükenme puan ortalaması 26.32 ± 9.39 , duyarsızlaşma puan ortalaması 11.33 ± 4.74 ve kişisel başarı puan ortalaması 26.75 ± 4.74 olarak tespit edildi.

Sonuç: Her ne kadar araştırmada hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıyorsa da hemşirelerin tükenmişlik durumunu yaşadıkları ve başta genel sağlık, psikolojik refah, düşük iş doyumu ve hasta bakımını olumsuz yönde etkileme riskini taşıdıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Yoğun Bakım, Tükenmişlik.

S-55 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Erman Yıldız¹, Rukuye Aylaz¹, Ömür Berber²

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

²Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Giriş- Amaç: Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ile ilgili mevcut literatür daha çok hasta ve bakım verenlerine ait sıkıntı ve güçlüklerle odaklanmıştır. Öte yandan yoğun bakım bakım hizmeti sağlayan ve çalışma koşullarının doğası gereği hastalarla 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşirelerin, palyatif bakım sürecinde yaşadıkları psikolojik zorluklar hakkında çok az şey bilinmektedir. Kuşkusuz hemşireler, ölüm gerçeğini kabul ederek bireylerin mümkün olduğu kadar rahat, huzurlu ve onurlu bir ölümü hak ettiklerine dair bir anlayışı kabul etmektedirler. Ancak bu durum hemşirelerde pek çok açıdan zorluk yaşayan bir popülasyona bakım vermenin getirdiği yükü göz ardı etmemize engel olmamalıdır. Araştırmalar sürekli ölümle karşı karşıya kalmanın ve ölmekte olan hastalara bakım vermenin hemşirelerde başta korku, anksiyete ve depresyon olmak üzere birçok psikopatolojiye yol açtığını göstermektedir. Öte yandan Türkiye’de YBÜ’nde çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma YBÜ’de çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde yoğun bakım hizmeti sağlayan hemşirelerle yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %27’sinin normal, %28’inin hafif, %17’sinin orta ve %28’inin şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olduğu saptandı. Bununla birlikte hemşirelerin %30’unun normal, %38’inin hafif, %23’ünün orta ve %9’unun şiddetli düzeyde depresyon düzeyi tespit edildi. BAÖ toplam puan ortalaması 17.07±13.19, BDÖ toplam puan ortalaması ise 14.98±10.23 olarak belirlendi. BAÖ ile BDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde önemli ilişki saptandı (p<0.05).

Sonuç: Bu çalışmada, YBÜ’nde görev yapan hemşirelerin anksiyete düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yoğun bakımda görev alan hemşirelerin psikososyal açıdan desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hemşire, Yoğun Bakım.

S-56 KARACİĞER TRANSPLANTASYONU OLAN BİREYLERİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ

*Erman Yıldız

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Giriş- Amaç: Karaciğer nakli (KN) sonrası bireyler nispeten belirsiz süreçleri yaşamaktadırlar. Bu belirsizlikler arasında “eski sağlığıma kavuşur muyum?”; “acaba organ reddi yaşar mıyım?”; “başka hastalıklara yakalanır mıyım?” gibi durumlar söz konusudur. Kişilerin yaşamında sıkça karşılaşılan belirsizliklerin başta anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok psikopatoloji ile ilişkisi kanıtlanmıştır. KN olan bireylerin bu belirsiz durumları yaşama olasılıklarının yüksek olduğu düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Bununla birlikte bu popülasyonun belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri hakkında literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma KN olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakil Hastanesi’nde karaciğer nakli olan 87 hastayla yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48.64 ± 12.76 olup, çoğunluğu erkek (%67.8), ilkokul mezunu (%52.9) ve evlidir (%87.4). Nakil olan hastaların BTÖ toplam puan ortalaması 34.70 ± 8.42 bulunmuş olup, ölçeğin alt boyutları olan ileriye yönelik kaygı ortalaması 20.71 ± 5.08 , engelleyici kaygı alt boyut ortalaması ise 13.98 ± 4.57 olarak bulundu. Buna göre hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük açısından riskli oldukları söylenebilir.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda karaciğer nakil hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesi, ilerleyen dönemde oluşabilecek psikopatolojilerin öngörülmesinde katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Karaciğer Nakli, Psikiyatri.

S- 57 BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA PALYATİF YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP GEREKLİLİĞİ

*Dr. Bora TETİK

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş: Palyatif bakım, kronik, ölümcül ve tedavisi olmayan hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya ve aileyi biraz olsun rahatlatmaya yönelik bir bakım sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastaların fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda bireye bakım verenlerin desteklenmesini amaçlayan bakım olarak tanımlamıştır.

Bu çalışmada amacımız kliniğimizde yatan hastalardan palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların analizini çıkartmak amaçlanmıştır.

Yöntem: 01/07/2018-01/07/2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi yoğun bakım biriminde takip edilen ve palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların verileri hastanenin otomasyon sisteminden çıkarılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket program ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 337 hastanın ortalama yatış süreleri 7.52 ± 14.87 gün (min=1, max=147 gün) idi. En sık yatış tanısı 83 hasta ile intrakranial kitle tanısı ile takip edilen hasta iken en az 16 hasta ile araç dış trafik kazası (ADTK) tanısı ile takip edilmekteydi. Olguların tanıya göre klinikte yatış süreleri incelendiğinde en fazla 147 gün ile şant disfonksiyonu grubunda yatış gözlenirken, en az 15 gün ile ATDK tanısıyla yattığı görüldü. Olguların tanılarına göre yatış süreleri tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1: Tanıya Göre Klinikte Yatış Süreleri

	n	min	max	median
İnme,SAK, Hematom, Anevrizma	47	1	76	5.00
ADTK	16	1	15	5.43
Çökme Fraktürü	38	1	24	5.78
İntrakranial kitle	83	1	113	10.49
Şant Disfonksiyonu	22	1	147	12.95
Anevrizma (COİL)	25	1	60	4.00
SubduralHematom	30	1	30	5.23

Sonuç: İlk kez 2002 yılında DSÖ palyatif bakımın tanımlamış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır. Beyin cerrahi kliniği açısından literatürde yüksek dereceli gliomlar ve beyin metastazlarında palyatif bakım çok özel bir yere sahip olduğu bahsedilmektedir. Bu çalışmada beyin cerrahi kliniğinde yatan hastaların palyatif bakım gerekliliği yönünden yatış

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

süreleri ve tanıları irdelenmiştir. Çalışmamıza göre yüksek dereceli glial tümör ve metastatik tümörlere ek olarak şant disfonksiyonu ve tedavi edilmiş anevrizma hastalarında palyatif yoğun bakım ünitesinde takibe ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler:Palyatif bakım, Beyin Cerrahi yoğun bakım, Yatış süresi

S-58 TÜRKİYEDE PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ YAPILAN TEZLERİN NİCELİĞİ

*Ahmet Seven

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik,
Kahramanmaraş/Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'nde kayıtlı palyatif bakım ile ilgili tezlerin durumunu belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metod: Web tabanlı, retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırma, Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi'ne “palyatif bakım” anahtar kelimesi girilerek gerçekleştirildi.

Bulgular: Palyatif bakımla ilgili ülkemizde 1994-2019 yılları arasında toplamda 71 tez yapıldığı, bu tezlerin %49,29'unun (35) yüksek lisans, %8,45'inin (6) doktora ve %42,25'inin tıpta uzmanlık tezi (30) olduğu saptandı. Tıpta uzmanlık tezlerinin çoğunluğunun (%50) aile hekimliği alanında olduğu; yüksek lisans (%62,85) ve doktora (%66,66) tezlerinin çoğunluğunun ise hemşirelik alanında olduğu belirlendi. Felsefe ve Din Bilimleri, Müzik Anasanat Dalı ve Deontoloji gibi farklı disiplinlerin her birinden birer adet (%2,85) yüksek lisans tezi olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmada ülkemizde palyatif bakım ile ilgili yapılan tezlerin az sayıda olduğu görüldü. Palyatif bakım ile ilgili yapılacak tıpta uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarının artırılması önerilir.

Anahtar kelimeler: nicelik, palyatif bakım, tez

QUANTITY OF THE THESES RELATED WITH PALLIATIVE CARE IN TURKEY

Abstract

Objective: To determine quantity of the theses related with palliative care in the Council of Higher Education Thesis Center, Turkey.

Methods: The web-based, retrospective and descriptive study was performed by entering the key word “palliative care’ in the Council of Higher Education Thesis Center. Percentages were used in the presentation of the data.

Results: Between 1994-2019, 71 theses related with palliative care have been made in our country. 49.29%(35) of these theses were master's degree, 8.45%(6) were doctorate and 42.25%(30) were specialized in medicine. The majority of the medical theses (50%) in the field of family medicine; the majority of the master's (62.85%) and doctoral (66.66%) theses were in the field of nursing. It was found that there were one (2.85%) master's thesis in each of the different disciplines such as Philosophy and Religious Sciences, Department of Music and Deontology.

Conclusion: In the study, it was determined that there were few theses related with palliative care in our country. It is recommended to increase the specialization in medicine, master's and doctoral thesis studies related with palliative care.

Keywords: palliative care, theses, quantity

S-59 HEMŞİRELERDE PALYATİF BAKIM DAVRANIŞLARI; KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI NASIL ETKİLER?

*Zeliha CENGİZ, ***Hilal YILDIRIM, *** Sema KÖMÜRKARA

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Malatya

**İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

*** Hekimhan Devlet Hastanesi, Hemşire, Malatya

Giriş: Yaşam sonu bakım, tıbbi girişimlerin süreci önleyemediği bir dönemdir. Yaşam sonu bakımın amacı, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanmasıdır. Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için yaşam sonu bakıma ilişkin hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için kendi duygularını tanıması gerekmektedir. Yaşamın son günlerinde hasta ile iletişim kurmak ve ona gereksinimi olan desteği verebilmek için, hemşirelerin kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmaları, kişisel ve mesleki motivasyonları, gelişmeleri, gelişme ve değişimlere ayak uydurabilmeleri açısından önemlidir.

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerde yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışları belirlemek, hemşirenin kendini gerçekleştirme durumunun bu tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Method: Araştırma ilişkisel tanımlayıcı tipte olup, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde yapıldı. Araştırma 2019 yılında bu kliniklerde görev yapmakta olan ve aktif olarak hasta bakımına katılan 227 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 31.67 ± 5.69 olan hemşirelerin %71.4’ü kadın, %61.7’si evlidir. Hemşirelerin %63.4’ünün servislerde çalışan hemşirelerden oluştuğu, %42.7’sinin yaşam sonu bakıma yönelik eğitim aldığı ve % 31.7’sinin çok sık ölüm olayı gördüğü saptandı. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının 36.47 ± 6.37 , yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79 ± 7.23 olduğu belirlendi (davranış alt boyutu puan ortalaması: 18.98 ± 4.62 ; tutum alt boyutu puan ortalaması: 34.81 ± 4.47). Cinsiyet, medeni durum ve çalışılan klinik gibi değişkenlerin iki ölçek puanları üzerinde etkili olmadığı, mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların hem yaşam sonu bakım davranışları hem de kendini gerçekleştirme puanlarında istatistiksel olarak önemli bir artışa neden olduğu belirlendi.

Sonuç: Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi ($p < .001$). Mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu bakım davranışları üzerinde etkili olduğu belirlendi. Kendini gerçekleştiren, mesleğini seven ve yaptığı işten memnun olan hemşirelerin yaşam sonu bakım davranışlarının daha yüksek düzeyde olduğu düşünüldüğünde palyatif bakım vermekte olan hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimlerinin desteklenerek zorlu bakım ortamlarına adaptasyonlarının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: hemşirelik; yaşam sonu bakım; kendini gerçekleştirme

S-60 PALYATİF BAKIMDA AİLE DESTEĞİ

Derya BIÇAK AYIK¹, Derya AKÇA², Zeliha CENGİZ³

¹ Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Siirt/Türkiye

² Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye

³ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

İleri evre, tedavi edilemez hastalık tanısı konan hastaları desteklemeye odaklanan Palyatif bakım “aile merkezli” olup hasta ve ailelerinin tüm fonksiyonlarına temel teşkil eder. Hayatı tehdit edici bir tanı, aile üyeleri üzerinde hastalardan daha büyük olumsuz psikolojik etkiye sahip olabilmektedir. (Hudson & Aranda, 2014). Palyatif bakım alan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme rolleri sonucunda yaşadıkları stres olan bakım yükü; bu bireyleri duygusal, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir. Bakım verenlerde % 12 ile% 59 arasında depresyon ve % 30 ile% 50 arasında anksiyete oranları bildirilmiştir. Ne yazık ki, bu yüksek psikolojik stres oranları yeterince tanınmamakta ve ele alınmamaktadır. Aile üyeleri bakım verme rolleriyle ilgilenirken, kendi bakımlarını ihmal etmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Hastalar ve aile üyeleri genellikle ölmekte olan ve kayıplarla yüzleşmek için duygusal desteğe ihtiyaç duymakta ve bazı aile üyelerinde tedavi gerektiren karmaşık bir keder geliştirmektedir. Uzun süreli keder ve yas ile başa çıkmada ihtiyaçları olan kişilerin, uzman danışmanlığına veya psikiyatri servislerine yönlendirilmesi gerekmektedir.

Aile bakıcılarının psikososyal ihtiyaçları sıklıkla hastanın ihtiyaçlarına göre ikincil olarak görülür veya göz ardı edilir; ihtiyaçların değerlendirilmesinde tutarlılık ya da sistematik bir yaklaşım yoktur. Verilen destek çoğu zaman yetersiz kalmakta ve aile üyeleri tarafından fark edilmemekte, destek genellikle ölüm ile sınırlı kalmakta ve aile üyeleri kendilerini bilgilendirme ve bakım planlamasının dışında tutulduğunu hissederler.

Sağlık çalışanları, hastaların yanı sıra aile üyeleri için de psikososyal destek sağlamanın çok büyük bir zorluk oluşturduğunu ve bu türden bir destek için gerekli kaynaklara sahip olmadıklarını ifade etmektedirler. Ailelere verilen destek ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Ülkemizde palyatif bakım hastalarına özgü olmamakla birlikte engelliliği sağlık raporu ile tescil edilen bireylerin ailelerine evde bakım maaşı verilmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki palyatif bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri kapsamında kanserli hastalara ve ailelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanmaktadır.

Palyatif bakım programları, yakınlarının hastalığından etkilenen aile üyelerine müdahale etme ve destek olma imkânına sahiptir. Ölmekte olan bir akrabanın bakımı ile ilgili önemli yük göz önüne

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bakım ve yas sırasında, sağlık sağlayıcıların aile üyelerinin yaşam kalitesini artırmaya odaklanması gerektiğini savunmaktadır. Yakınını kaybeden aile üyesi, kaybetme, yalnızlık, öfke, suçluluk ve hasta için yaptıklarının yeterli olup olmadığına dair şüphe duyguları ile mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Hastanın kaybından sonraki süreçte ailelere destek olunmasının gerekliliği belirtilmesine rağmen, nasıl bir destek verileceği ve kime verileceği hususunda bir görüş birliği yoktur. Bu doğrultuda bakım veren aile üyelerini güçlendirmeye yönelik kanıt temelli uygulamalara gereksinim vardır. Aile üyelerinin ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde tutarlı ve sistematik bir yaklaşım sağlanmalıdır. Ayrıca aile üyelerine bakım verme ile ilgili eğitimler verilmeli, kaynaklar ve hastanın genel sağlık durumu hakkında aileler bilgilendirilmeli ve baş etme becerileri güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile desteği, bakım, palyatif bakım

S- 61 ACİL SERVİSLERDE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Fatma Hakyemez¹, Zeliha Koç²

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya/ Türkiye

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun / Türkiye

Özet

Hastanenin acil servisleri, kararların hızlı ve bazen düşük düzeyde bilgi ile alındığı yüksek stresli ortamlardır. Günümüzde yaşamın sonunda olan ve acil servise başvuran hasta sayısındaki artış nedeniyle, acil servis profesyonellerinin palyatif bakım konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları önemlidir. Palyatif bakım, ilerleyici ve kronik bir hastalığa sahip olan bireyler için önemli olsa da, herhangi bir zamanda, herhangi bir ortamda, herhangi bir tanı alan her yaşta birey için ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunları yaşayan hasta ve ailelerinin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme, yaşam kalitelerini artırma amacına yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Bu doğrultuda acil birimde çalışan sağlık profesyonellerinin, acil servise başvuran palyatif hasta/yakınlarına en iyi bakım ve hizmeti sunmak için, bu konuda bilgi, beceri ve tutum yönünden hazırlanmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, palyatif bakım, yaşam kalitesi.

IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE SERVICES IN EMERGENCY DEPARTMENTS**Abstract**

Emergency departments of the hospitals are highly stressful environments where the decisions are made quickly and sometimes with low level of knowledge. Due to the increase in the number of patients who are at the end of their life and apply to the emergency department, it is important for the emergency department professionals to have sufficient knowledge and skills about palliative care. Although palliative care is important for individuals with a progressive and chronic disease, it is a service that is needed for individuals of all ages who have any diagnosis at any time in any environment. The World Health Organization describes palliative care as “an approach aimed at reducing or preventing pain, and increasing the quality of life, of the patients and their families who have problems accompanied by life-threatening diseases by early diagnosing, evaluating and treating their physical, psycho-social and spiritual problems.” Accordingly, it is important that health professionals working in the emergency department should be prepared in terms of knowledge, skills and attitudes in order to provide the best care and service to palliative patients / their relatives applying to the emergency department.

Key Words: Emergency department, palliative care, quality of life.

S-62 TUBEROSKLEROZLU ÇOCUK HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahmut ASLAN¹

¹Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Malatya/Türkiye

Özet:

Giriş ve Amaç: Tuberoskleroz kompleks, tuberoskleroz ve Bourneville hastalığı olarak da bilinen otozomal dominant geçiş gösteren bir genodermatozdur. TSC1 ve TSC2 genlerinde mutasyon sonucu oluşur.

Yöntem: Bu çalışmaya İnönü Üniversitesi Çocuk Nöroloji Kliniğine 2012-2019 yılları arasında başvuran ve Tuberoskleroz tanısı alan 25 hasta alındı. Hastaların demografik ve klinik bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın 10'u (40%) kız, 15'i (60%) erkekti. Hastalarımızın yaş ortalaması 93,78±14,16 ay, ortalama takip süresi 84,70±48 aydı. Yirmi iki (88%) hasta epilepsi, 11 (44%) hasta otizm, 4 (16%) hasta ise mental retardasyon ile takipliydi. Tüm hastalarımızda değişik derecelerde deri ve beyin tutulumu mevcuttu. Tanı alma ile epilepsi arasında geçen süre ortalama 3,22±4,91 ay ve 63,6% hastamızın tanısı nöbet ile başvurdukları dönemde konuldu.

Sonuç ve Öneriler: Tuberoskleroz çocukluk çağının sık görülen nörokutanöz hastalıklarındandır. Nöbet ve hipopigmente muayene bulgular ile gelen hastalarda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tuberoskleroz, epilepsi, otizm

Retrospective Evaluation of Pediatric Tuberous Sclerosis Patients

Abstract:

Background and Aims: Tuberous sclerosis complex is an autosomal dominant genodermatosis known as tuberous sclerosis and Bourneville's disease. It occurs as a result of mutation in TSC1 and TSC2 genes.

Methods: Twenty-five patients with tuberous sclerosis admitted to İnönü University Pediatric Neurology Clinic between 2012-2019 were included in this study. The demographic and clinical findings of the patients were evaluated retrospectively.

Results: Ten (40%) patients were female and 15 (60%) were male. The mean age of the patients was 93.78 ± 14.16 months and follow-up period was 84.70 ± 48 months. Twenty-two (88%) patients were followed epilepsy, 11 (44%) patients autism and 4 (16%) patients mental retardation. All patients had varying degrees of skin and brain involvement. The mean time between diagnosis and epilepsy was 3.22 ± 4.91 months and 63.6% of patients were diagnosed at the time of seizure.

Conclusion: Tuberous sclerosis is one of the most common neurocutaneous diseases of childhood. Seizures and hypopigmented examination should be considered in patients presenting with findings.

Keywords: Tuberous sclerosis, epilepsy, autism

S-63 PALYATİF BAKIM HASTALARI, YAKINLARI VE HEMŞİRELERİNİN İYİ ÖLÜME İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Tuğba Menekli¹, Sevim Dolu², Özlem Coşkun³, Merve Torun³

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi

²Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Araştırma Görevlisi

³İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi

ÖZET

Giriş: İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum önemli bir kavram olup palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda hayati önem taşımaktadır. Tanımlayıcı olan bu araştırmanın amacı, palyatif bakım hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemektir.

Gereç yöntem: Bu araştırma, 01.07.2019-29.09.2019 tarihleri arasında Malatya il ve ilçe merkezlerinde bulunan Palyatif Bakım Kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 90 hasta, 90 hasta yakını ve 90 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak oluşturulan hasta, hasta yakını, hemşire Kişisel Bilgi Formu ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 17 paket programı kullanılmıştır. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan, Malatya il ve ilçe hastanelerinden, hastalar, hasta yakınları ve hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %65.6'sının 29-35 yaş grubunda,%85.6'sının 'kadın, %55.6'sının bekar, %56.6'sının lisans mezunu, %64.4'ünün ilde yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %55.6'sının 29-35 yaş grubunda, %61.1'inin kadın, %71.1'inin evli, %76.7'sinin lise/önlisans mezunu,%60.0'mın ilde yaşadığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %53.3'ünün 22-28 yaş grubunda, %84.4'ünün kadın, %60.0'mın evli, %62.2'sinin lisans mezunu, %68.9'un ilde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların iyi ölüm tanımlarına bakıldığında; Hastaların %46.7'sinin“acı ve stres olmadan hayatın sonlanması”, Hasta yakınlarının %61.1'inin “aile bireyleriyle birlikte süreci paylaşmak, Hemşirelerin ise % 57.8'inin “acı çekmeden süreci yaşamak” olarak tanımladıkları saptanmıştır. İyi Ölüm ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların puan ortalamasının (58.77±6.50), hasta yakınlarının puan ortalamasının (58.04±6.71) ve hemşirelerin puan ortalamasının (55.80±7.94) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların iyi ölüm ölçeği toplam puan ortalamasının hemşire ve hasta yakınından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, İyi Ölüm, Hemşire, Hasta, Hasta yakını

OPINIONS OF PALLIATIVE CARE PATIENTS, RELATIVES AND NURSES ON GOOD DEATH

Summary

Introduction: Good death is a desirable condition in all societies and is vital in palliative care and end-of-life care. The aim of this descriptive study is to determine the opinions of palliative care patients, patient relatives and nurses about good death.

Material method: This research was carried out between 01.07.2019-29.09.2019 at Palliative Care Clinics in Malatya province and district centers. The sample of the study consisted of 90 patients, 90 relatives and 90 nurses who volunteered to participate in the study. Data were collected by face-to-face interviews using the Personal Information Form and Good Death Scale. SPSS 17 package program was used to evaluate the data. Written permission was obtained from İnönü University Health Sciences Non-Interventional Clinical Research and Publication Ethics Committee, Malatya provincial and district hospitals, patients, patient relatives and nurses.

Results: It was found that 65.6% of the nurses were in the 29-35 age group, 85.6% were female, 55.6% were single, 56.6% were undergraduate graduates and 64.4% lived in the province. It was determined that 55.6% of the patients were in the 29-35 age group, 61.1% were women, 71.1% were married, 76.7% were high school / associate degree graduates and 60.0% lived in the province. It was determined that 53.3% of the patients' relatives were in the 22-28 age group, 84.4% were women, 60.0% were married, 62.2% were undergraduate graduates and 68.9% lived in the province. Looking at the definitions of good death of the participants; It was found that 46.7% of the patients defined "ending life without pain and stress", 61.1% of the patients' relatives shared the process with their family members, and 57.8% of the nurses defined "experiencing the process without suffering". When the average score of Good Death Scale; The mean score of the patients (58.77 ± 6.50), the average score of patients' relatives (58.04 ± 6.71) and the average score of nurses (55.80 ± 7.94) was found to be.

Conclusion: It was found that the average total score of the good death scale of the patients was higher than the nurse and the patient's relatives.

Key words: Palliative care, Good Death, Nurse, Patient, Relative

S-64 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA BESLENME DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Uzm. Dr. Funda Datlı Yakaryılmaz

Giriş: Geriatrik popülasyonda; kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlik, çiğneme problemleri, sosyal izolasyon ve polifarmasi gibi nedenlere bağlı olarak malnütrisyon sık görülür. Ayrıca malnütrisyon; geriatrik popülasyonda artmış morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. Malnütrisyonun hastanede yatış süresinde uzama, hastaneye başvuru sıklığında artış, enfeksiyon sıklığında artış, kötü yara iyileşmesi, ağrı ve fonksiyonel yetersizlik ile ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmamızda malnütrisyon ile diğer geriatrik sendromlar arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflendi.

Materyal metod: Çalışmaya palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hasta dahil edildi. Nutrisyonel değerlendirme için hastalara Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA-SF) kısa formu uygulandı. MNA-SF puanlamasında; normal beslenme (11-14 arası), malnütrisyon riski altında (7-11 arasında) veya malnütre kabul edildi. Çalışmaya alınan tüm hastalara ayrıntılı geriatrik testler uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 54'ü kadın, 67'si erkek, yaş ortalaması 71 ± 5.7 idi. 74 (%61.2) hastada malnütrisyon, 34 (%28.1) hastada malnütrisyon riski saptanırken 13 (%10.7) malnütrisyon saptanmadı. Palyatif bakım ünitesinde yatan malnütrisyonu olan hastalar değerlendirildiğinde; günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, yesevage geriatrik depresyon skalası, minimal test skorları, vizuel analog skalası (VAS) ve albumin düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p < 0.05$). Ancak nutrisyonel durum ile yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Tartışma: Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte geriatrik sendromlarla daha sık karşılaşmaktayız. Bunlar arasında malnütrisyon; birçok kronik hastalığa eşlik etmesi, mortalite ve morbiditeye neden olması açısından önemli bir geriatrik sendromdur. Geriatrik hasta; psikolojik, sosyoekonomik, ailesel ve toplum sağlığı açılarından farklı bir yaş grubudur; fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıpların yanı sıra beslenme yetersizliği de sıklıkla eşlik etmektedir. Çalışmamızda malnütrisyonu olan hastalarda yapılan kapsamlı geriatrik testlerde de yetersizlikler saptanmıştır. Bu nedenle tüm 65 yaş üzeri tüm hastalarda beslenme durumunun değerlendirme oldukça önemlidir.

Tablo 1. Malnütrisyon Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmesi

	MNA-SF			
	Malnütre	Riskli	Normal	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	4,89± 3,58	9,85± 3,75	12,62± 1,98	0,000*
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	1,66± 1,61	4,03±2,13	5,00± 2,12	0,000*
Mini Mental Test	21,73± 6,09	25,68± 4,01	26,69± 1,97	0,000*
Yesavege Depresyon Skalası	4,99± 3,56	3,53± 2,67	0,54± 0,87	0,000*
VAS	4,59± 3,41	4,18± 3,16	2,00± 3,34	0,039*
Yatış Süresi	23,96± 24,24	18,59± 18,00	23,62± 32,41	0,541
Albümin Seviyesi	3,02± 0,60	3,39± 0,62	3,59± 0,43	0,001*

S-65 PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTAYA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMLA SUNULAN HEMŞİRELİK BAKIMI: YAŞAM AKTİVİTELERİNE DAYALI HEMŞİRELİK MODELİ ÖRNEĞİ- OLGU SUNUMU

Ayşe Soylu¹, Serap Güngör¹, Dilek Soylu², Medet Korkmaz³

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş/Türkiye

² Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Kayseri/Türkiye

³ İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Giriş: Palyatif bakım; iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakımın sürekliliği, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakımdan oluşmaktadır. Hemşirelik modelleri ise; hemşirelik uygulamalarını sistematize ederek hastaya bakım sunmaktadır. Olgumuza; Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilmiş, bütüncül bakım verilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Olgumuz 32 yaşında, erkek, Hipoksik Beyin, MI tanılarıyla 50 gündür palyatif bakım merkezinde yatmaktadır. Olgumuza; beden gereksiniminden az/fazla beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği riski, gaz değişiminde bozulma, solunum fonksiyonlarında etkisizlik, konfüzyon, travma, düşme ve bası yarası riski, aile sürecinde bozulma tanılarıyla modele göre bakım verilmiştir.

1389

Tartışma: Hemşirenin bütüncül yaklaşımla planladığı bakımda amacı, hastanın mevcut sorunlarına yönelik bakım vererek gelişebilecek komplikasyonları değerlendirmek ve ailenin bilgi eksikliğini gidermektir. Olgumuzda belirttiğimiz hemşirelik tanılarına yönelik bakım verilmiştir.

Sonuç: Olgumuza verilen bütüncül bakımın hastanın yaşam kalitesi üzerine olumlu katkıları olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik modeli, hemşirelik modeli.

NURSING CARE OFFERED TO THE PATIENT IN PALLIATIVE CARE CENTER WITH HOLISTIC APPROACH: CASE STUDY OF NURSING MODEL BASED ON LIFE ACTIVITIES- CASE REPORT

Ayşe Soylu¹, Serap Güngör¹, Dilek Soylu², Medet Korkmaz³

¹ Kahramanmaraş Sutcu Imam University Health Services Vocational School, Kahramanmaraş / Turkey

² Erciyes University, Institute of Health Sciences, Surgical Nursing, Kayseri / Turkey

³ Inonu University, Faculty of Nursing, Malatya/ Turkey

Introduction: Palliative care consists of communication, coordination, symptom control, continuity of care, caregiver support and end of life care. Nursing models provide nursing care by systematizing nursing practices. Our case was based on Nursing Model Based on Life Activities and it was aimed to give holistic care.

The Case : Our case was a 32-year-old male patient with a diagnosis of Hypoxic Brain, MI and was hospitalized in the palliative care center for 50 days. The patient was given care according to the model with the diagnosis of under / over nutrition, risk of fluid-electrolyte imbalance, deterioration in gas exchange, ineffectiveness of respiratory functions, confusion, trauma, fall and pressure sores, and deterioration in the family process.

Discussion: The aim of the nurse in holistic approach is to evaluate the complications that may arise by providing care for the patient's current problems and to eliminate the lack of information of the family. In our case, care was given for the nursing diagnoses mentioned.

Conclusion: It was evaluated that holistic care given to our patient had positive contributions on the quality of life of the patient.

Keywords: Palliative care, nursing model, nursing care.

S-66 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SEMPTOM YÖNETİMİNİN ÖNEMİ

Fatma Hakyemez, Zeliha Koç

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya/ Türkiye

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun / Türkiye

Özet

Yoğun bakım ünitesi, hastanın resüsitasyonu, stabilizasyonu, bir hastalığın veya yaralanmanın akut fazından iyileşme fazına kadar geçen süre içerisinde bu üniteye yatan hastalara oldukça agresif bakımın sunulduğu bir ortamdır. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın yaşamının sonlanması oldukça sık gözlemlenen bir durumdur. Bu nedenle yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin semptom kontrolü ve ölüm süreci yönetimi konusunda gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmaları önemlidir. Yoğun bakım ünitelerinde, semptom kontrolü sağlanırken ve hastanın yaşamını uzatmaya yönelik agresif girişimler uygulanırken bireyin konforu sağlanmalıdır. Bununla birlikte yoğun bakım ünitesinde ölüme yaklaşan hastaya bakım ve tedavi sunulurken hasta ve yakınlarının gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ölüme yaklaşan ve yaşamın sonunda olan hastalara uygulanan prosedürlerin uygunluğu değerlendirilmeli, gereksiz prosedürler ortadan kaldırılarak semptomlar uygun şekilde tedavi edilmelidir. Hastanın konforunu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek sağlık bakım profesyonellerinin etik bir sorumluluğudur. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitesinde çeşitli sağlık sorunları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalarda uygun semptom yönetiminin sağlanmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, semptom yönetimi, palyatif bakım

IMPORTANCE OF SYMPTOM MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNITS

Abstract

An intensive care unit is an environment in which a patient's resuscitation and stabilization are provided, and a highly aggressive care is given to the patients in this unit within a time period from an acute phase of a disease or injury to its healing phase. Death of a patient in the intensive care units is observed very frequently. Therefore, it is important for health professionals working in intensive care units to have the necessary knowledge, skills and attitudes for the management of symptom control and death process. In intensive care units, comfort of an individual should be ensured while the symptom control is provided and aggressive interventions for prolonging the patient's life are applied. However, the need of the patients and their relatives should be considered while care and treatment are provided for the patient getting close to the end of his/her life in the intensive care unit. The suitability of the procedures applied to the patients who get close to death and are at the end of their life should be assessed, and the symptoms should be treated properly by eliminating the unnecessary procedures. Ensuring the comfort of the patient and improving the quality of life is an ethical responsibility of health care professionals. Accordingly, it is considered that it is very important to provide appropriate symptom management in patients receiving treatment in the intensive care unit due to various health problems.

1392

Key Words: Intensive care unit, symptom management, palliative care

S-67 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ PALYATİF BAKIMDA MANEVİ DESTEĞİ ÖNEMLİ BULUYOR MU?

Hamdiye Arda Sürücü*, Altun Baksi**, İlknur Çoban *

* Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakır

**Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda manevi destek algılarının incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir ve örneklemini 110 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma, bir sağlık yüksekokulu üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde 1-15 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Bulgular: Öğrencilerin %64.5'i manevi bakım kavramını duyduğunu ancak %38.2'sinin manevi bakım ile ilgili ders aldığını belirtmiştir. Yine öğrencilerin %89.1'i palyatif bakımda manevi bakım uygulamalarının önemli olduğunu bulmasına karşın öğrencilerin %33.6'sının manevi bakımın palliyatif bakımda verilmediğini ve %44.5'i ise kısmen uygulandığını belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelik öğrencilerinin manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım veren sağlık çalışanlarının hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılamaları için uygun ortam oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Palyatif bakım, Manevi destek algısı, Hemşirelik, Tanımlayıcı araştırma.

DO NURSING STUDENTS FIND SPIRITUALITY SUPPORT IN PALLIATIVE CARE IMPORTANT?

Purpose: Examine the spirituality support perceptions of nursing students in palliative care.

Method: The study is a descriptive study and its sample consists of 110 students. It was carried out with third and fourth grade nursing students in a health high school between June 1st and 15th, 2019.

Findings: 64.5% of the students stated that they had heard of the concept of spirituality and 38.2% of them had studied spirituality support. Similarly, 89.1% of the students stated that they found spirituality support applications in palliative care important, whereas 33.6% of them indicated that spirituality support was not given in palliative care and 44.5% indicated that it was applied partially.

Conclusion and Suggestions: It was determined that the nursing students had a higher score average of spirituality support perception. It is necessary to create an appropriate environment for healthcare professionals who provide palliative care in order to meet spirituality support needs of the patients.

Keywords: Palliative care, Spirituality support perception, Nursing, Descriptive study.

S-68 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE YAŞAM DOYUMU VE İYİ ÖLÜM ALGISI

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Esin IŞIK², Zeynep Aybüke BAŞARAN²

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Arş. Gör

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Hemşirelik Öğrencilerinde Yaşam Doymu ve İyi Ölüm Algısının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 349 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve ölüme ilişkin düşüncelerini sorgulayan toplam 9 sorudan oluşan katılımcı tanıtım formu, İyi Ölüm Ölçeği ve Yaşam Doymu Ölçeği kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t test ve kolerasyon analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %68.8'inin kadın ve yaş ortalamalarının ise 20.8 ± 1.4 olduğu bulundu. Katılımcıların %84' ünün daha önce ölümlerle karşılaştığı, öğrencilerin %50.3' ünün ölen yakınlarının aile üyeleri olduğu, %37.5' inin stajda ölümlerle karşılaştığı ve %30' unun ölüm karşısında ağladığı ve üzüldüğü görüldü. Öğrencilerin %51.3' ünün palyatif bakım vermek istediği, %68.8' nin hastalarla ölüm konusunda rahat konuşamadığı ve %73.6' sının ölmekte olan hastanın öleceğini bilmesi gerektiğini düşündüğü bulundu. Öğrencilerin İÖÖ ortalamalarının 55.7 ± 8 olduğu ve ölüm algılarının iyi olduğu görüldü. Araştırmada öğrencilerin YDÖ puan ortalamalarının 14 ± 4.4 olduğu ve yaşam doyumlarının orta düzeyde olduğu görüldü. Yapılan kolerasyon analizi sonucunda yaşam doymu ile iyi ölüm algısı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Öğrencileri, İyi Ölüm, Palyatif Bakım, Yaşam Doymu

S- 69 ORTODONTİDE DERİN KAPANIŞIN ETYOLOJİSİ VE NÖROMUSKULER SİSTEM İLE İLİŞKİSİ

Samet Özden¹, Filiz Uslu¹

¹İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Özet

Ortodonti literatüründe dik yön anomalilerinden biri olan derin kapanış; sentrik okluzyonda iken, üst kesici dişlerin alt kesici dişleri dik yönde olması gerekenden fazla örtmesi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde çoğu yazar üst keserlerin alt keserleri 2-3mm örtmesini normal; 5-7mm arasını artmış fakat non-travmatik; 7mm den fazlasını travmatik derin kapanış olarak tanımlamıştır.

Derin kapanış genetik ve sonradan kazanılmış çevresel faktörler ile yönlendirilen kompleks bir malokluzyondur. Genetik olan faktörler; diş morfolojileri, iskeletsel patern, kondiler büyüme paternidir. Kazanılmış faktörler ise; kas alışkanlıkları, diş pozisyonlarındaki değişimler, posterior diş desteğinin zamanla azalması ve posterior bölgede hatalı dil yutkunmasıdır. Embriyonel dönemde; kondilin dik yönde büyümesi; fasiyal suturların ve alveolar proseslerin dik yön büyümesini aşarsa, mandibula öne ve yukarı doğru rotasyon yaparak derin kapanış meydana getirecektir. Bu hastalar, azalmış yüz yüksekliği ve derin kapanış ile karakterizedir. İskeletsel derin kapanış gibi bir malokluzyon hastanın yaşam kalitesini ve yüz estetiğini doğrudan etkiler. Alt anterior dişlerin aşırı sürmesi sonucu palatal mukozada ciddi travma görülebilir. Üst keserlerin alt keser dişlerin bukkal dişetine teması sonucu diş eti çekilmeleri izlenir. Şiddetli durumlarda aşınmalara bağlı diş boyutlarında azalma meydana gelir. Bu tip hastalar klasik olarak kısa ve geniş bir yüz yapısına sahiptir. Ayrıca bu malokluzyonda mandibulanın ileri doğru büyümesinin frenlenmesi sonucu kondil yukarı ve geriye doğru büyüyecek ve bu da eklem üzerinde patolojik değişikliklere sebebiyet verecektir. Yapılan çalışmalarda derin kapanışın eklem kilitlenmesi, klicking ve eklem dislokasyonu gibi durumlarla ilişkisi tespit edilmiştir. Derin kapanışa sahip hastalarda; masseter, pterigoideus medialis ve temporal kasın dikey lifleri alt çene üzerinde daha önde konumlanmıştır ve dikey yönde daha yüksek bir gerilim göstermektedir. Buna bağlı olarak hastada kas ağrıları oluşmakta ve çoğu vakada durum kronikleşerek ciddi kas hipertrofilerine sebebiyet vermektedir.

Derin kapanış, hastaların yaşam kalitesini, çenelerin normal gelişimini ve yüz estetiğini etkileyen ciddi bir malokluzyondur. Malokluzyonun erken yaşta teşhisi ve tedavisi sonucu hastaların yaşam kalitesi artırılabilir ve güzel estetik sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Derin kapanış, Malokluzyon, Ortodonti

S- 70 ORTODONTİDE GÜLÜMSEME ESTETİĞİ

Merve Bayel Akgül¹, Filiz Uslu¹

¹ İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı, Malatya/Türkiye

ÖZET

Gülümseme fizyolojik olaylar sonucunda gelişen bir duygu durumudur. Estetik ise duygu duyum ve algı anlamlarına gelmektedir. Estetik, gülümseme, güzellik gibi kavramlar öznel ve zaman içerisinde değişebilen kavramlardır. Günümüzde yüz güzelliği gittikçe önem kazanmaktadır ve güzel bir yüze sahip olmak hayatta birçok alanda avantaj sağlamaktadır. Bu nedenle ortodontistlerin güzel kavramının ne olduğunu iyi bilmesi gerekmektedir. Bir çok sanatçı eserlerinde; matematik ve sanatta bir bütünün parçaları arasında gözlenen sayısal bir oran olan altın oranı kullanmışlar ve insan yüz oranları da dahil olmak üzere, doğada gerçekleşen birçok olayda bu oranın olduğunu ifade etmişlerdir.

Ortodonti pratiğinde hastaların gülümseme estetiğine de katkı sağlanmakta ve hastalara güzel bir gülüş kazandırılmaktadır. Genel olarak toplumun daha genç ve daha sağlıklı görünmeyi istemesine bağlı olarak estetik düşünceler diş tedavisi planlamasında giderek önem kazanmaktadır. Hastalar yüz güzelliği ve özellikle de güzel bir gülümsemenin önemi konusunda bilinçlenmektedir. Gülüşün kendine özgü özelliklerini bilmek, estetiği algılayabilmemize yardımcı olmaktadır. Bu sunumda gülümsemenin sınıflandırılması, gülümseme stilleri, gülümsemenin bileşenleri ve gülümsemeye etki eden faktörlerden bahsedilecektir. Bu faktörlerin bilinmesi tedavi planlaması yaparken hekime yardımcı olmaktadır. Estetik algısının her insanda farklı olması nedeniyle tedavi planlamasında hastaların katılımı çok önemlidir. Gülümseme estetiği çocukluk ve ergenlik döneminde sosyal algıyı da etkilemektedir. Dolayısı ile gülümseme estetiğinin ortodonti ile birlikte iyileştirilmesi kişinin sosyal alanlarda daha kabul edilebilir olmasını sağlamaktadır.

Her hastanın gülümsemesini değerlendirebilmek, yapılması gerekenleri, yapılabilecekleri ve kabul edilmesi gerekenleri görmek tedavi planlamasında çok önemlidir. Bu sunumun amacı, gülümseme estetiğinin ortodonti kliniğinde aynı zamanda diş hekimliğinde ne kadar önemli olduğunu vurgulamak, ortodontik tedavinin gülümsemeye olan etkisini incelemek, gülümsemenin nüanslarını yorumlayabilmek ve hekimlerin bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: estetik, gülümseme, gülümsemenin bileşenleri, ortodonti

S-71 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PALYATİF BAKIMDA TAMAMLAYICI YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan Çıtlık SARITAŞ¹, İnanç ATEŞ¹, Cansu AVCI¹

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde kayıtlı ve aktif öğrenim gören 1209 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 250 öğrenci oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, palyatif bakıma ve tamamlayıcı yöntemlere yönelik bilgilere yönelik sorular içeren veri formu kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik ve kıkare analizi ile sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin; %64.4'ünün kız, %28.4'ünün ikinci sınıfta öğrenim gördüğü ve yaş ortalamalarının 21.24 ± 1.64 olduğu bulundu. Öğrencilerin %68.4'ü daha önce palyatif bakım kavramını duyduğunu, %24.0'ı daha önce palyatif bakım verdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin %37.2'sinin palyatif bakımda uygulanabilecek tamamlayıcı yöntemler hakkında hiç bilgi sahibi olmadığı tespit edildi. Tamamlayıcı yöntemlerin öğrenciler tarafından duyulma oranları sırasıyla masaj (%90.8), akupunktur (%74.4), hipnoterapi (%41.2), aromaterapi (%27.6) , fitoterapi (%22.4), homeoterapi (%18.4), refleksoloji (%4.0) şeklindedir. "Sizce palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılmalı mıdır" sorusuna öğrencilerin %52.8'i evet cevabı verirken, sadece %3.6'sı hayır cevabı vermiştir. Geriye kalan %43.6'sı ise fikirleri olmadığını ifade etmişlerdir. Daha önce palyatif bakım veren öğrencilerin, palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılması gerektiğini düşünme oranları (%81.7) istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek oranda bulundu ($p < 0.05$)

Sonuç: Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin yarıdan fazlasının palyatif bakımda tamamlayıcı yöntemler kullanılması gerektiğini düşündükleri ve daha önce palyatif bakım hizmeti vermiş olmanın bu düşüncüyü etkilediği görüldü. Ayrıca tamamlayıcı yöntemlerin içinde öğrenciler tarafından en çok bilinenlerin masaj ve akupunktur olduğu, refleksolojinin ise en az duyulan yöntem olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, hemşirelik, öğrenci

S- 72 PALYATİF BAKIMDA YATAN BİREYLERDE ERGOTERAPİ TEDAVİSİNİN AĞRI KONTROLÜNE ETKİSİ

Güleser GÜNEY¹,Gözde ÖNAL²

¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Ergoterapist

²Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi-Ergoterapi Bölümü, Araştırma Görevlisi

Giriş: Ağrı palyatif bakımda(PB) ısrarcı semptomların başında gelmektedir. Ağrı kontrolünde bilinenin aksine farmakolojik tedavinin yeterli olmadığı ve integratif yaklaşımlarla tedavi sürecinin desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Amaç: Araştırma PB servisinde yatarak tedavi gören bireylere uygulanan ergoterapi tedavisinin bireylerin ağrı kontrolüne etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: PB servisinde yatan ve ağrı şikayeti bulunan gönüllü 24 bireye(65,87±12,13) seanslar uygulanmıştır. Bireylere ait istirahat ve aktivite esnasında mevcut ağrı şiddeti görsel analog skala(VAS), ağrı bölgeleri ise ağrı anketi ile değerlendirilmiştir. Ölçümler tedavi öncesi-sonrasında yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Tedavi her birey için altı hafta boyunca haftada iki seans olarak uygulanmıştır. Her bir seans on beşer dakikalık tedavi ve 10 dakikalık dinlenme arasından oluşmaktadır. Seans içeriği gevşeme teknikleri, snozelen, vücut farkındalığı eğitimi ve enerji koruma teknikleri gibi koruyucu ergoterapi yaklaşımlarını içermektedir. Tedavi öncesi-sonrası veriler SPSS 23.0 programıyla analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk sağlanamadığından non parametrik Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Tedavi öncesi ve sonrası istirahat ağrı puanları arasında anlamlı derecede azalma görülmüştür($p<0,05$; $z= -4,296$). Aktivite sırasında hissedilen ağrı puanları arasında da anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$; $z=-4,304$).

Sonuç ve Tartışma: PB' da tedavi gören bireylerde ağrı kontrolünde ergoterapi yaklaşımlarının etkinliğini incelediğimiz çalışmamızda tedavinin bireylerin ağrı kontrolünü desteklediği görülmüştür. Bireylerin ağrı kontrolünde integratif yaklaşımların multidisipliner ekipler tarafından daha yaygın uygulandığı ve daha çok bireyin dahil edildiği ileri çalışmalar önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: ağrı, ergoterapi, palyatif bakım

THE EFFECT OF OCCUPATIONAL THERAPY APPROACHES TO PAIN CONTROL IN PALLIATIVE CARE UNIT

Güleser GÜNEY¹,Gözde ÖNAL²

¹Düzce Atatürk Public Hospital,Occupational Therapist

²Biruni University, Faculty Of Health Science-Occupational Therapy Department, Research Assistant

Introduction: Pain is one of the most persistent symptoms in palliative care (PC). It is emphasized that pharmacological treatment is not enough and supportive treatment should be supported by integrative approaches.

Objective: The aim of this study is to determine the effect of occupational therapy(OT) on pain control.

Methods: 24 volunteers ($65,87 \pm 12,13$) who were hospitalized in PC unit(PCU) were included in the study.During the rest and activity of the individuals, the current pain intensity was evaluated by visual analog scale (VAS) and the pain regions by pain questionnaire. Measurements were made by face to face method before and after treatment. The treatment was administered to each individual patient for two weeks per week for six weeks. Each session consists of a fifteen-minute treatment and a 10-minute rest. The session content includes preventive OT approaches such as relaxation techniques, snozelen, body awareness training and energy conservation techniques. Data were analyzed by SPSS 23.0 program. Non-parametrical Wilcoxon test was used.

Results:Significant decrease was observed between resting pain scores before-after treatment ($p < 0.05$; $z = -4.296$). There was also a significant difference between the pain scores observed during the activity ($p < 0.05$; $z = -4.304$).

Conclusion and Discussion: We examined the effectiveness of OT approaches in pain control in individuals treated in PCU. Further studies suggesting integrative approaches in pain control of individuals are more widely used by multidisciplinary teams,more individuals are included.

Key words:pain,occupational therapy, palliative care

S- 73 ERGOTERAPİ VE HEMŞİRELİK SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN PALYATİF BAKIM FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ

Gözde ÖNAL¹, Güleser GÜNEY²

¹Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, İstanbul/Türkiye

²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Ergoterapi Bölümü, Düzce/Türkiye

Giriş: Palyatif bakım birçok sağlık disiplininin bir arada olduğu multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir bu nedenle sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerin bu konudaki farkındalığını incelemek mesleğe hazırlık aşamasında önemlidir.

Amaç: Araştırma, palyatif bakım hizmetlerinde öne çıkan bir meslek olan hemşirelik ile Türkiye’de yeni yapılanmakta ve Avrupa’da palyatif bakımın kilit noktalarından olan ergoterapi bölümünde okuyan son sınıf öğrencilerin palyatif bakımla ilgili farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, Biruni Üniversitesi’nde hemşirelik son sınıftaki 49, ergoterapi son sınıftaki 54 (79 kız, 24 erkek) öğrenci dahil edilmiştir. “Palyatif Bakım Farkındalık Değerlendirme Anketi” öğrencilere “Google Form” aracılığıyla uygulanmıştır. SPSS.22 programı ile soruların frekans analizi yapılmıştır ve gruplar arasındaki fark Bağımsız Grup T Testi ile ($p<0,05$ anlamlı kabul edilerek) istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: 35 puan üzerinden hemşirelik öğrencileri ortalama $19,24\pm 5,45$, ergoterapi öğrencileri $17,26\pm 7,16$ puan almıştır. İki bölümün total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$). Palyatif bakım tanımı ($p=0,002$), felsefesi ($p=0,005$) ve palyatif bakımdaki hastalarla kurulan iletişim ($p=0,001$) ile ilgili ergoterapi öğrencilerinin farkındalık düzeyi istatistiksel olarak hemşirelik öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Tartışma: Araştırmamızın sonucu her iki bölümün öğrencilerinin palyatif bakımla ilgili farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir. Meslek hayatına atılmak için son adımda olan öğrencilerin müfredat ve staj düzenlemeleri ile farkındalıklarının artırılması önemlidir. Araştırma Biruni Üniversitesi’ndeki öğrencileri kapsamı bakımından pilot bir çalışma niteliği taşımaktadır, Türkiye’deki diğer okullarda da benzer çalışmalar yapılarak genellenebilir veriler toplanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım; farkındalık; son sınıf öğrenciler

DETERMINATION OF OCCUPATIONAL THERAPY AND NURSING SENIOR STUDENTS' PALLIATIVE CARE AWARENESS

Introduction: Palliative care(PC) requires a multidisciplinary study which many health disciplines're coexisted. Therefore, it's important to examine the awareness of students in health departments in preparation for the profession.

Aim: The study was conducted to determine senior students' PC awareness in departments of nursing's a prominent profession in PC and occupational therapy (OT)'s newly-emerging in Turkey and key point of PC in Europe.

Method: 49 final year nursing students, 54 final year OT students(79 female, 24 male) in Biruni University were included the study. "PC Awareness-Assessment Questionnaire" was applied to the students via "Google Form". Frequency analysis of questions was made with SPSS.22, the difference between groups statistically analyzed by Independent Group T Test ($p < 0,05$'s considered significant).

Results: On 35 points, nursing's a mean score of $19,24 \pm 5,45$, OT's $17,26 \pm 7,16$. There's no statistically significant difference between the total scores of two departments($p > 0.05$). OT students' level of awareness of PC's found statistically higher nursing students' about PC definition($p=0,002$), philosophy($p=0,005$), the communication with patients in PC($p=0,001$).

Conclusion and Discussion: The results of our study show two departments' students've low awareness about PC. It's important to increase with syllabus and internship arrangements the awareness of the students in the last step to get into profession. The research has the characteristics of pilot study in respect to including the students in Biruni University, it's suggested generalizable datas're gathered as doing similar studies at other schools in Turkey.

Keywords: Palliative care; awareness; senior students

S-74 TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTANIN CİNSELLİĞİ KONUSUNDAKİ ENGELLER

Esra ENGİN¹, Serap KARSLIOĞLU²

¹ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, İzmir

ÖZET

Cinsellik her birey için yaşamın ayrılmaz ve bütüneleyici bir parçasıdır ve çocukluktan yaşlılığa kadar uzanan karmaşık ve geniş bir alanı kapsayan bir kavramdır. Palyatif bakımda da ele alınması gereken bir konudur. Terminal dönemdeki hastaların bu dönemde cinsellikle ilgili engellemeler yaşadığı bilinmektedir.

Bu derlemenin amacı terminal dönemdeki hastaların cinselliği konusundaki engelleri belirlemektir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre terminal dönemdeki hastanın cinselliği konusundaki engellerin başında; birden fazla hastanın kaldığı odalar yüzünden hasta ve eşi arasındaki yakınlığın kurulamaması, bilgi eksikliği, cinselliğe yönelik tutumlar, hastaların rahatsızlık yaşayacağı düşüncesi, hastaların yaşlı ve ciddi hastalıklara sahip olması nedeniyle cinselliği öncelikli görmeme, cinselliği gereksiz görme ve isteksiz olma ve danışmalık hizmetleri ihtiyacıdır.

Palyatif bakım veren uzmanların terminal dönem hastalarına ve partnerlerine çift olarak ilişkilerini değerlendirebilme ve semptomların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatını vermeli, cinsel sorunları saptamak ve cinsel sorunlar hakkında hastaları bilgilendirmek ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için destek olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Cinsel sağlık, palyatif bakım, hasta

OBSTACLES TO THE SEXUALITY OF THE TERMINAL PATIENT

Esra ENGİN¹, Serap KARSLIOĞLU²

¹ Prof. Dr., Ege University Faculty of Nursing, Department of Mental Health and Disease Nursing, İzmir

² Ege University Institute of Health Sciences, Community Mental Health Nursing Master's Program, İzmir

SUMMARY

Sexuality is an inseparable and supplemental part of life for every individual and is a concept that covers a complex and broad area from childhood to old age. Palliative care is also an issue to be addressed. It is known that terminal patients experience handicaps related sexuality during this period.

The purpose of this review is to identify the handicaps to sexuality of patients in the terminal period.

According to the results of the research, the leading handicaps regarding the sexuality of the patient in the terminal period are; the lack of information, attitudes towards sexuality, the idea that patients will experience discomfort, the lack of prioritization of sexuality due to being elderly and having serious illnesses of the patients, see sexuality unnecessary and unwillingness and the need for counseling services.

Palliative care professionals should provide terminal patients and partners with the opportunity to evaluate their relationship as a couple and to understand what the symptoms mean to them, to identify sexual problems and to inform patients about sexual problems and to support their sexual lives.

Key words: Sexual health, palliative care, patient

S-75 SAĞLIKLI BİREYLERDE KANSERE KARŞI ÖNCELİKLİ RUHSAL VE BEDENSEL KORUNMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Ayşegül BİLGE¹, Serap KARSLIOĞLU²

¹ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, İzmir

ÖZET

Kanser, çağımızın en korkulan hastalıklarından birisidir. Toplumda her beş kişiden biri, yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır. Kişilerin kanserden korunması ve erken tanı yaklaşımları, bu hastalığı bu denli korkulur olmaktan çıkarabilir.

Araştırmada toplumdaki sağlıklı bireylerin kanser riskine karşı öncelikli yaptıkları ruhsal ve bedensel korunma davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sağlıklı bireylerde yapılmış olup, olasılıksız gelişigüzel örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere (n=100) röportaj tekniği ile “Her gün kansere yol açtığı söylenen yeni şeyler duyuyoruz. Sizin kanser riskine karşı ilk önce yaptığınız ruhsal ve bedensel korunma davranışlarınız nedir?” sorusu sorulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; bireylerin %64’ü kadın, %36’sı erkek olup, kanser riskine karşı ruhsal korunma davranışları arasında en çok %25’i sevdiği insanlarla vakit geçirmeye çalıştığını, bedensel korunma davranışları arasında ise % 38’i beslenmeye dikkat ettiğini belirtmiştir.

Bireylerin kanserden korunmak için daha çok beslenmeye ve sevdiği insanlarla vakit geçirmeye önem verdikleri söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, kanser risk faktörleri, ruhsal korunma, bedensel korunma

DETERMINATION OF PRIOR MENTAL AND PHYSICAL PROTECTION BEHAVIOR AGAINST CANCER IN HEALTHY INDIVIDUALS

SUMMARY

Cancer is one of the most feared diseases of our time. One out of every five people in the community is exposed to cancer at some point in their lives. Prevention of cancer and early diagnosis approaches can make this disease less fearful.

In this study, it was aimed to determine the psychological and physical protection behaviors of healthy individuals in the community against cancer risk.

The research was conducted in healthy individuals and individuals who agreed to participate in the study with random sampling method (n = 100) used and with interview technique were asked with that question: “We hear new things that are said to cause cancer every day. What are your first mental and physical protection behaviors against cancer risk?” Descriptive analyzes were performed in the evaluation of the data.

Among the mental protection behaviors against cancer risk, 25% of them stated that they try to spend time with the people they love and 38% of them care about nutrition from physical protection behaviors.

It can be said that to prevent cancer individuals give more importance to nutrition and to spend time with people they love.

Key words: Cancer, cancer risk factors, mental protection, physical protection

S-76 PLASEBO VE PALYATİF BAKIM

Seher ÇEVİK AKTURA¹, Seyhan Çıtlık SARITAŞ¹, Cansu AVCI¹

¹ İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Plasebo etkileri klinik ortamın birçok yönüne etki eder. Bununla birlikte, hemşirelik literatüründe plasebo etkilerine çok az yer verilmiştir. Son araştırmalar, plasebo etkilerin teşvik edilmesinin bazı hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Hemşireler hastalarla uzun zaman geçirdiklerinden ve bire bir bakım ve girişimlerini üstlendiklerinden plasebo uygulamalar açısından ideal konumdadır.

Plasebo " sağlıktan sapan durum için özel bir etkinlik göstermeyeceğine inanılan ve simgesel etkisi için kullanılan bir tedavi biçimi ya da iyileşmeyi hızlandırmayı amaçlayan bir girişim" olarak tanımlanmaktadır. Yirminci yüzyıldan bu yana, plasebo etkisi en iyi klinik çalışmalarda körleme elde etmek için kullanıldığı araştırmalarda kafa karıştırıcı bir faktör olarak bilinir. Bununla birlikte, bu çalışmaların hiçbiri, plasebo etkilerinin potansiyel klinik önemini tam olarak yansıtmamaktadır. "Plasebo etkisi" olarak bilinen bu bağlamsal terapötik etkiler, çeşitli psikolojik ve nörobiyolojik mekanizmalar aracılığıyla hastaların iyileşme durumu ve rahatlık düzeyini artırır. Bu nedenle palyatif bakım verirken hastalığın semptomlarını azaltmak ve refahı arttırmak için kullanılabilir. Bakım sürecinde zamanının çoğunu hastalarla geçiren hemşireler plasebo etkileri kullanma açısından uygun pozisyonadırlar.

Ağrı, bulantı ve stres gibi subjektif durumlar plasebo müdahalelerin kullanabileceği uygun durumlardır. Bazen birey nesnel bir hastalık olmadan da bu semptomları yaşabilir. Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA; 2010) göre hemşirelik uygulaması "gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına" yönelik faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle hasta değerlendirilirken plasebo müdahaleler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Hasta eğitimi ve terapötik dokunuş gibi geleneksel hemşirelik girişimleri, plasebo etkilerinin kullanıldığı fikrini vermektedir. Catlin ve Taylor-Ford (2011) tarafından yapılan son araştırmalar, hemşirenin başucunda terapötik bir ajan olarak kullanılabilceğini göstermektedir. Catlin ve Taylor-Ford' un randomize kontrollü bir çalışmasında, araştırmacılar Reiki'yi (hafif dokunuşlu veya asılı el hareketlerini kullanan bir tür tamamlayıcı ve alternatif tıp) kemoterapi infüzyonu sırasında sahte (simülasyon) Reiki ile karşılaştırdılar. Çalışmada Reiki grubu, özellikle iyileştirme enerjisi iletmeye çalışan eğitilmiş bir terapist tarafından 20 dakikalık bir seansla reiki almıştır. Buna karşılık, sahte Reiki grubu, enerjisini sıradan düşüncelere odaklaması istenilen ve reiki eğitimi almamış bir hemşire tarafından gerçekleştirilen eşit zamanlı kol hareketleri seansına maruz kalmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Çalışmanın sonucunda Reiki ve sahte Reiki gruplarının her ikisinde de kontrol grubuna göre konfor ve iyilik durumunda anlamlı artış görülürken, Reiki ve sahte Reiki grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç Reikinin değil plasebo etkinin hastaların konfor ve iyilik halinde artışa neden olduğunu düşündürmüştür.

Hemşireler, plasebo etkisinin geleneksel tanımının ötesine bakmalıdır. Bütüncül bakımın sağlanması, medikal tedavinin azaltılması, hastaların refah ve konfor düzeyinin artırılması için plasebo uygulamaları göz ardı edilmemelidir.

S-77 ADIYAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARA İSTENEN PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 2018 YILI VERİLERİ

Oğuzhan Bekir Eğilmez₁, Mehmet Hamdi Örum₁, Mahmut Zabit Kara₂, Gamze Örum₃

₁Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

₂Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Antalya, Türkiye

₃İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Lisans Öğrencisi, Malatya, Türkiye

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaştığında ağrı başta olmak üzere diğer fiziksel ve psikososyal sorunların erken dönemde belirlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmenin önlenmesini, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayan bir bakım sistemidir. Hastalık yükü ve bireysel özelliklere bağlı olarak değişen düzeylerde etkisi olan psikiyatrik bozukluklara ivedilikle müdahale palyatif bakımın önemli bir parçasıdır. Biz bu çalışmada Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatarak tedavi gören hastalara istenen psikiyatri konsültasyonlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz Palyatif Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören hastaların yaş, cinsiyet, ana hastalık tanısı, psikiyatrik tanı, konsültasyon isteminin yapıldığı tarih gibi veriler hasta kayıt sisteminden geriye dönük olarak incelendi. Bu çalışmada 1 Ocak 2018-31 Aralık 2018 tarihleri arasındaki hastalar değerlendirmeye alındı.

Bulgular: Toplamda 53 tane konsültasyon istemi vardı. Tüm bu hastaların ortalama yaşı 64.69 ± 15.65 (yıl) (min: 29.00 yıl; max: 92.00 yıl), kadın hastaların ortalama yaşı 67.03 ± 15.36 (yıl), erkek hastaların ortalama yaşı 62.26 ± 15.88 (yıl)'di. Kadın ve erkek yaş ortalamaları benzerdi ($p=0.272$). Konsültasyonların 48 (%90.6)'ine palyatif bakım servisinde, 5 (%9.4)'ine psikiyatri polikliniğinde bakılmıştı. Hastaların ana yatış tanıları şu şekildeydi: Kanser-lösemi-lenfoma 35 kişi (%66.2), serebrovasküler olay 5 kişi (%9.1), enfeksiyonlar 7 kişi (%13.4), kronik obstrüktif akciğer hastalığı 2 kişi (%3.8), diabetes mellitus 4 kişi (%7.6). Bu hastaların tamamında dekübitis ülseri mevcuttu. Hastalara DSM-5 tanı kriterlerine göre konulan psikiyatrik tanıları şöyleydi: Anksiyete bozukluğu 2 kişi (%3.8), major depresif bozukluk 17 kişi (%32.1), deliryum 16 kişi (%30.2), akut stres tepkisi 1 kişi (%1.9), uyku bozukluğu 17 kişi (%32.1). Mevsimsel konsültasyon istem sayıları benzerdi ($p=0.345$). Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda ortalama yaş 60.00 ± 2.82 yıl, major depresif bozukluk hastalarında ortalama yaş 56.82 ± 12.67 yıl, deliryumda 72.00 ± 15.93 yıl, akut

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

stress tepkisi 29.00 yıl, uyku bozukluğu 68.35 ± 13.48 yılı. Ana yatış tanıları her iki cinsiyette benzer şekilde dağılmıştı ($p=0.329$). Psikiyatrik tanılar her iki cinsiyette benzer şekilde dağılmıştı ($p=0.467$). Yerinde ve poliklinikte muayene edilme sayıları açısından her iki cinsiyet arasında fark yoktu ($p=0.172$). Major depresif bozukluk anlamlı olarak diğer psikiyatrik tanı gruplarında farklı olarak daha genç yaştaki hastalarda sıklıkla ($p=0.008$).

Tartışma: Palyatif bakım ünitelerindeki hastaların üzerinde durulması gereken en önemli psikiyatrik tanıları deliryum ve uyku bozuklukları ile birlikte major depresif bozukluktur. Ağır hastalık yükü üzerine eklenen primer veya seconder psikiyatrik bozukluklar hastaların tedaviye olan uyumunu kötü etkilemektedir. Bu sebeplerle hastaların ruhsal açıdan yakın takip ve tedavi altında olmaları önerilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, psikiyatri konsültasyonu, konsültasyon, major depresif bozukluk, deliryum

S-78 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Uzm. Dr. Funda DATLI YAKARYILMAZ

Özet

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olanlarda semptomların erken tanınması ve değerlendirilmesi sonrasında acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesini artırmanın hedeflendiği multidisipliner bir yaklaşıma sahip olan palyatif bakım üniteleri yaygınlaşmaktadır. Bası yaraları; kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen, basıncın tek başına ya da sürtünme, yırtılma eşliğinde deri ve deri altı doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Geriatrik popülasyonda bası yaraları; yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye neden olabilen ancak gerekli ve uygun tedbirler alındığı takdirde önlenebilen sendromlardan birisidir. Palyatif bakımın en öncül hedeflerinden biri; hastanede yatış süresini, morbidite ve mortalite oranlarını arttırarak yaşam kalitesini düşüren bası ülserlerinin önlenmesidir.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, bası yarası, mortalite

Abstract

Palliative care units with a multidisciplinary approach aiming to prevent pain and improve quality of life are becoming widespread in patients with a life-threatening disease after early recognition and evaluation of symptoms. Pressure ulcers; It is defined as skin and subcutaneous tissue damage observed on bone protrusions alone or with friction, tearing. Pressure sores in the geriatric population; It is one of the syndromes that can cause high morbidity and mortality but can be prevented if necessary and appropriate precautions are taken. One of the most primary goals of palliative care is; prevention of pressure ulcers decreasing the quality of life by increasing the length of hospital stay, morbidity and mortality rates.

Key Word: Palliative Care, Pressure wounds, Mortality

S-79 KANSER HASTALARINDA EVDE BAKIM

*Berna Bayır

*KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Özet

Kanser dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen bir sağlık problemidir. Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7-8. sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Kanser dünyada her yıl %2 oranında artmakta ve her yıl ortalama 5 milyon insan bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Bu artış gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde çok daha hızlıdır. Günümüzde kanser ve ölümcül diğer hastalıklarda tedavi olanaklarının artması ile ölüm oranları giderek azalmakta terminal dönem uzamaktadır. Terminal dönemin uzaması evde bakımı gündeme getirmiştir. Evde bakım hizmeti, sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altındaki hastalara ve ailelere buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Kanser ve Evde Bakım: Tıbbi tanı hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım almaya neden olan çeşitli faktörlerden sadece birisidir. İlk teşhis konulup kür tedavisi planlanan hastaların büyük bir kısmı için evde kür tedavisi yapılabilir. Kanserli hastaların evde bakımı, hastane bakımına göre daha bağımsız bir uygulamadır. Hasta genel olarak evinde rahattır, evde bakım ile birçok risk azaldığından hastaneye geri dönüşler azalır; hasta ve ailelerin yaşam kalitelerinde artma görülür ve hastaların tedavilerine aktif katılımlarının sağlanması ile tedavi planlarının kontrol altına alınarak hastanın otonomisinin sürdürülmesine olanak sağlanır.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Hemşire, Kanser

S-80 PALYATİF BAKIMDAKİ KANSERLİ BİREYLERİN YORGUNLUK DÜZEYİ İLE AKTİVİTE PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gözde ÖNAL¹, Sefa TURAN¹

¹ Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, İstanbul/Türkiye

Amaç: Araştırmamız palyatif bakım servisindeki kanserli bireylerin yorgunluk düzeyi ile aktivite performansları ve memnuniyetleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kanser tanısı ile palyatif bakımda takip edilen yaş ortalaması $57,90 \pm 6,71$ (min.49, max.72; 18 erkek, 13 kadın) 31 birey dahil edilmiştir. Bireylerin günlük yaşamdaki yorgunluk düzeyi FACIT (Yaşlı ve Yetişkinlerde Yorgunluğun Değerlendirilmesi), aktivite performansları ve memnuniyet durumları KAPÖ (Kanada Aktivite Performans Ölçeği) ile değerlendirilmiştir. Bireylerin yorgunluk düzeyleri ve aktivite performans-memnuniyetleri arasındaki ilişki SPSS.22 programında Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Veriler İstanbul'da bir kamu hastanesindeki palyatif bakım servisindeki bireylerle yüz yüze görüşmeyle toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmamız sonucunda bireylerin aktivite performans puanları ile yorgunluk ($p=0,001$) ve tükenmişlik ($p=0,008$) seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin tükenmişlik seviyeleri aktivite memnuniyetlerini etkilemiştir($p=0,029$). Ayrıca bireylerin performans memnuniyetleri ile kendilerine olan öfke seviyeleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($p=0,001$). Bireylerin hem aktivite performansları ($p=0,00$) hem de memnuniyet düzeyleri ($p=0,008$) uyku ihtiyaçları ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç-Tartışma: Çalışmamız palyatif bakımdaki kanserli bireylerde yorgunluk düzeyinin artması ile aktivite performans ve memnuniyet düzeyinin azaldığını göstermektedir. Yorgunluğa bağlı aktivite performansının azalması tedavi ve bakım sonrası günlük yaşama adapte olmayı zorlaştıracağından ergoterapistlerin ve diğer sağlık uzmanlarının palyatif bakımdaki kanserli bireyleri tıbbi müdahalelerin yanısıra yorgunluk düzeyi, aktivite performansı, memnuniyetleri açısından değerlendirerek müdahale programlarında bu faktörleri göz önünde bulundurmaları bireylerin yaşam kalitelerini artırmak açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, kanser, yorgunluk, aktivite performansı

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FATIGUE LEVEL AND ACTIVITY PERFORMANCE OF INDIVIDUALS WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE

Objective: Our study is the association between the fatigue level and activity performances and satisfaction of the cancer patients in the palliative care department.

Materials and Methods: The mean age of $57,90 \pm 6,71$ (min.49, max.72; 18 male, 13 female) with palliative care was 31 patients. The fatigue level of individuals in daily life was evaluated by FACIT (Assessment of Fatigue in the Elderly and Adults), activity performances and satisfaction status by the POQ (Canadian Activity Performance Scale). Spearman Correlation Analysis was used to investigate the relationship between fatigue levels and activity performance-satisfaction of individuals. The data were collected by face-to-face interviews with individuals in palliative care services in a public hospital in Istanbul.

Results: As a result of our study, a statistically significant relationship was found between activity performance scores of individuals and fatigue ($p = 0.001$) and burnout ($p = 0.008$) levels. The burnout levels of the individuals affected the activity satisfaction ($p = 0.029$). There was also a statistically significant relationship between the performance satisfaction of individuals and their anger levels ($p = 0.001$). The activity performances ($p = 0.00$) and satisfaction levels ($p = 0.008$) of the individuals were found to be related to their sleep needs.

Conclusion -Discussion: Our study showed that the level of fatigue decreased and performance and satisfaction level decreased in palliative care patients. In the palliative care of patients with palliative care, fatigue level, activity performance and satisfaction of occupational therapy care practitioners should be evaluated in terms of fatigue level, activity performance and satisfaction by considering these factors.

Key words: Palliative care, cancer, fatigue, activity performance

S-81 55 YAŞ VE ÜZERİ EVRE III-IV KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN POPÜLASYONDA ABDOMİNAL AORT ANEVİRİZMASI SIKLIĞI

Özlem Karaarslan Cengiz¹, Gökhan Nergizoğlu²

¹ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin/Türkiye

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara/Türkiye

ÖZET

Amaç: Kronik böbrek hastalığının erken evrelerinden itibaren kardiyovasküler hastalık riski artmaya başlar. Periferik arter hastalıklarından biri olan arteriyel anevrizmalar içinde en sık rastlanı olan abdominal aort anevrizmasıdır. Abdominal aort anevrizması sıklığı çalışılan popülasyona göre değişmektedir. Literatürde kronik böbrek hastalarında abdominal aort anevrizması sıklığına ilişkin yeterli veri yoktur. Çalışmamızda kronik böbrek hastalarının sahip olduğu risk faktörlerinin abdominal aort anevrizması etyopatogenezinde de rol aldığı hipotezine dayanarak evre III-IV kronik böbrek hastalarında abdominal aort anevrizması sıklığını saptamak amaçlanmaktadır.

Materyal-metod: İç Hastalıkları polikliniklerinde takip edilen 55 yaş ve üzeri hastalardan; glomerüler filtrasyon hızı 15-59 ml/dk/1.73 m² arasında olan 200 kronik böbrek hastası çalışma grubuna, glomerüler filtrasyon hızı 60 ml/dk/1.73 m² ve üzerinde olan 110 hasta ise kontrol grubuna alındı. Glomerüler Filtrasyon hızı, MDRD formülü kullanılarak hesaplandı. Abdominal aort anevrizması taraması için 3.5 mHz problu ultrasonografi cihazı kullanıldı. Abdominal aort çapının 3 cm ve üzerinde olması abdominal aort anevrizması olarak kabul edildi. İstatistiksel inceleme SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışma grubunda 18 (%9), kontrol grubunda 4 (%3.6) hastada abdominal aort anevrizması saptandı. Kronik böbrek hastalarında abdominal aort anevrizması daha sık görülmekle birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.078). Çalışma grubunda median aort çapı 21.8 mm (14-44 mm) iken kontrol grubunda 21.0 mm (14-46 mm) (p=0.04) ölçüldü. Evre IV kronik böbrek hastalarında abdominal aort anevrizması sıklığı%14.9 iken evre III kronik böbrek hastalarında %6 bulundu (p=0.038). Abdominal aort anevrizması saptanan 22 hastanın 18'i (%81.8) erkek iken 4'ü (%18.2) kadındı (p=0.107).

Sonuç: Kronik böbrek hastalarında abdominal aort anevrizmasının istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte daha sık görülmektedir. Median aort çapı kronik böbrek hastalarında anlamlı düzeyde daha geniş bulunmuştur. Kronik böbrek hastalığının evresinin artmasıyla abdominal aort anevrizması sıklığının da arttığı saptanmıştır. Abdominal aort anevrizması gelişimi açısından riskli

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olan kronik böbrek hastalarında tarama programları ile abdominal aort anevrizması daha erken bir aşamada saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek hastalığı, abdominal aort anevrizması, ultrasonografi

THE INCIDENCE OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM IN STAGE 3-4 CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AGED 55 YEARS AND OLDER

ABSTRACT

Objective: The risk of cardiovascular disease begins to increase from the early stages of chronic kidney disease. Abdominal aortic aneurysm is the most common arterial aneurysm defined under peripheral arterial disease. The incidence of abdominal aortic aneurysm varies according to the population studied. The aim of this study was to determine the incidence of abdominal aortic aneurysm in patients with stage III- IV chronic kidney disease.

Materials and Method: Patients aged 55 years and older who were followed in the Internal Medicine outpatient clinics; 200 chronic kidney patients with glomerular filtration rate between 15-59 ml / min / 1.73 m² were included in the study group. 110 patients with glomerular filtration rate of 60 ml / min / 1.73 m² and above were included in the control group. An ultrasonography device with a 3.5 MHz probe was used for screening. Abdominal aortic diameter of 3 cm and above was accepted as abdominal aortic aneurysm.

Results: 18 patients in the study group (9%) and 4 patients in the control group (3.6%) were found to have abdominal aortic aneurysm. The incidence of abdominal aortic aneurysm was greater in the chronic kidney disease population, however the difference was not statistically significant (p=0.078). Moreover the median value for aortic diameter was 21.8mm (14-44mm) in the study group whereas it was 21.0mm (14-46mm) in the control group. The incidence of abdominal aortic aneurysm was found to be 14.9% in stage IV chronic kidney disease patients and 6% in the stage III chronic kidney disease patients (p=0.038).

Outcome: Abdominal aortic aneurysm is more common in patients with chronic kidney disease although it does not reach statistical significance. Median aortic diameter was found to be significantly wider in patients with chronic kidney disease. The incidence of abdominal aortic aneurysm increased with the increase in the stage of chronic renal disease.

Keywords: chronic kidney disease, abdominal aortic aneurysm, ultrasonography

S-82 PALYATİF BAKIM ORTAMLARINDA DELİRYUMLU HASTAYA YAKLAŞIM

Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu Aşılar

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzincan/Türkiye

Özet

Palyatif bakım ortamlarında sık karşılaşılan deliryum, herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi ve bozulması ile ortaya çıkan, bilincin, dikkatin ve diğer bilişsel yetilerin, davranışın ağır derecede bozulduğu bir sendromdur. Deliryumda erken tanı çok önemlidir ve acilen müdahale edilmelidir. Hastalarda bilinç sislenmesi ve ağır algı bozukluğu, bunaltı, panik ve tedirginlik ile birlikte, yönelim, dikkat, soyut düşünme ve yargılama bozulur. Spesifik tedavi danışanın klinik durumu ve deliryumun altında yatan nedenin değerlendirilmesi ile yapılır. Hemşireler deliryumun belirlenmesi ve yönetiminde önemli konumdadırlar. Hemşireler deliryum yönetiminde bilişsel girişimlerde bulunarak, çevresel düzenlemeler, fizyolojik destek ve erken mobilizasyonu sağlayarak farmakolojik olmayan girişimlerle hasta sonuçlarını önemli düzeyde etkileyebilmektedirler. Bu yazı ile hemşirelerin deliryum hakkındaki farkındalığını ve hizmetlerin etkinliğini artırmaya katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, deliryum yönetimi, palyatif bakım, hemşirelik

1418

Approach to Delirium Patient in Palliative Care Settings**Abstract**

Delirium is a syndrome in which the whole brain is affected and disrupted in a short period of time for any reason, and consciousness, attention and other cognitive abilities are severely impaired in palliative care settings. Early diagnosis of delirium is very important and should be urgently intervened. In patients, clouding of consciousness and severe impairment of perception, anxiety, panic and uneasiness, orientation, attention, abstract thinking and judgment are disrupted. Specific treatment is based on assessment of the patient's clinical condition and the underlying cause of delirium. Nurses play an important role in the identification and management of delirium. Nurses can significantly influence patient outcomes through non-pharmacological interventions by providing cognitive interventions in delirium management, environmental regulation, physiological support and early mobilization. With this article, it is thought that increasing nurses' awareness about delirium and the effectiveness of the services can be contributed.

Key Word: Delirium, delirium management, palliative care, nursing

S-83 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TEDAVİYE UYUM VE UMUTSUZLUK

Maral KARGIN¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ¹ Eren ASLANOĞLU²

¹ Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

² Fırat Üniversitesi, Kovancılar Meslek Yüksekokulu, Elazığ/ Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışma, madde bağımlılığı tanılı bireylerde Tedaviye uyum ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Türkiye'nin doğusundaki Elazığ ilindeki bir psikiyatri hastanesinin AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) servisinde yapılmıştır. Çalışmaya araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 98 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcıların demografik özelliklerini, Beck Umutsuzluk Ölçeğini (BUÖ) ve Morisky İlaç Uyumu Ölçeği ile oluşturulan anketleri içeren kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışma, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) grubundaki hastaların ortalama puanlarının $6,22 \pm 4,07$, Morisky İlaç Uyumu Ölçeği puanlarının ortalama $6,65 \pm 1,15$ olduğunu bulunmuştur. Bu çalışma toplam umutsuzluk puanı ile tedaviye uyum puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,005$). Umutsuzluk toplam puanı ile yaş arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($p < 0,005$). Madde kullanım süresi ile yaş ve toplam tedavi uyum skoru arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,005$).

Sonuç: Çalışmanın bulguları, umutsuzluk ile ilaç uyumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve ilaç uyumu ile umutsuzluğun artmasıyla azaldığını göstermiştir. Ayrıca, yaş ve madde kullanım süresinin tedaviye uyum ve umutsuzluk için önemli risk faktörleri olduğu bulundu. Bu bulgu ile yaş ve madde kullanımı arttıkça, umutsuzluğun arttığı ve tedaviye uyumun azaldığı tespit edildi. Umutsuzluk, madde kullanım bozukluğu tedavisi alan bireylerde maddenin yeniden kullanılmasına neden olan önemli bir kavramdır.

Anahtar Sözcükler: Madde Bağımlılığı, Hemşirelik, Umutsuzluk, İlaç Uyumu

TREATMENT COMPLIANCE AND HOPELESSNESS IN INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE USE DISORDER

ABSTRACT

Aim: This descriptive study was conducted to investigate the relationship between treatment compliance and hopelessness in subjects with substance dependence.

Material and Method: The study was conducted at the AMATEM (Alcohol and Substance Abuse Treatment Center) service of a psychiatry clinic in the Elazığ province in eastern Turkey. The study was included 98 patients who comply with the research criteria and agreed to participate in the study. In the collection of data, personal information form including demographic characteristics of the participants prepared by the researchers, Beck Hopelessness Scale (BHS) and questionnaire formed with Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) were used.

Results: This study found that the mean score of the patients from the Beck Hopelessness Scale (BHS) as $6,22\pm 4,07$, and the mean score of the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) was found as $6,65\pm 1,15$. This study found a negative relationship between total hopelessness score and treatment compliance score ($p < 0.005$). There was a positive correlation between hopelessness total score and age ($p < 0.005$). It was found that there was a negatively significant relationship between substance use duration and age and total treatment compliance score ($p < 0.005$)

1420

Conclusion: The findings of the study showed that there was a strong relationship between hopelessness and medication adherence and medication adherence decreased with increasing hopelessness. In addition, age and substance use duration were found to be important risk factors for treatment compliance and hopelessness. With this finding, it was determined that as age and substance use increased, hopelessness increased and adherence to treatment decreased. Hopelessness is an important concept that causes substance reuse in individuals receiving substance use disorder treatment.

Keywords: Substance Abuse, Nursing, Hopelessness, Medication Adherence

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

S-84 HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM ALGILARININ BELİRLENMESİ

Emine AYDINALP¹, Seher ÇEVİK AKTURA², Gülsüm YETİŞ³, Dürdane PALABIYIK YILMAZ⁴, Gönül AKBULUT⁵

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Çermik Devlet Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye,

² İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye, E-Posta:

³ İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,

⁴ Atatürk Üniversitesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

⁵ Atatürk Üniversitesi, Aşkale Meslek Yüksekokulu, Erzurum/ Türkiye,

ÖZET

Amaç: Bu çalışma hemşirelerinin palyatif bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinin araştırma hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırma hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 120 hemşire oluşturdu. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu ve palyatif bakıma ilişkin sorulardan oluşan bir form kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS programı kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin % 75.8'i kadın, % 24.2'si erkek, % 40.8'i evli, %59.2'si bekar olarak belirlendi. Hemşirelerin %29.2'sinin ortaöğretim, % 26.7'sinin önlisans, % 35.8'sinin lisans, % 8.3 'ünün lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu ve % 48.3'ünün cerrahi birimlerde, % 19.2'sinin dahili birimlerde, % 23.3'ünün yoğun bakım ünitesinde çalıştığı belirlendi. Palyatif bakım nedir sorusuna hemşirelerin % 27.5'i kaliteli yaşam, %23.3'ü ölüm öncesi bakım, %20.0'ı kronik hastalıklarda semptom bakımı, %10.0'ı yaşlı bakımı, % 4.2'si psikolojik bakım cevabını verdi. Hemşirelerin % 78.3'ü palyatif bakım hakkında eğitim almadığını ve % 80.0'ı verilen eğitimlerin yeterli olmadığını ifade etti.

Sonuç: Hemşirelerin palyatif bakım hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve palyatif bakıma yönelik eğitimlerin artırılması gerektiği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Palyatif Bakım, Algı

DETERMINATION OF THE PERCEPTIONS OF PALLIATIVE CARE OF NURSES

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to define nurses' perceptions about palliative care.

Methods: The population of the study consisted of nurses working in a state university research hospital. The sample of the study consisted of 120 nurses who agreed to participate in the study and working in the research hospital. In the study, a patient presentation form prepared by the researchers and a form consisting of questions about palliative care were used. SPSS program was used for data analysis.

Results: It was determined that 75.8% of the nurses participating in the study were female, 24.2% were male, 40.8% are married, 59.2% are single. It was determined that 29.2% of the nurses had secondary education, 26.7% had associate degree, 35.8% had undergraduate and 8.3% had graduate education and 48.3% of the nurses worked in surgical units, 19.2% worked in internal units and 23.3% worked in intensive care units. 27.5% of nurses gave quality life, 23.3% pre- death care, 20.0% symptom care in chronic diseases, 10.0% elderly care, 4.2% psychological care answer to the question of what is palliative care. 78.3% of nurses stated that they did not receive training on palliative care and 80.0% of the nurses stated that the trainings were not sufficient.

Conclusion: It was found that the knowledge level of nurses about palliative care was not sufficient and training for palliative care should be increased.

Key words: Nurse, Palliative Care, Perception

S-85 RUHSAL BOZUKLUKLARDA PALYATİF PSİKİYATRİ VE HEMŞİRELİKArzu Yıldırım*, Rabia Hacıhasanoğlu Aşıl*
*Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzincan/Türkiye**ÖZET**

Palyatif bakım hastanın psikolojik, toplumsal ve ruhsal iyiliğini içeren bütünsel bakımına odaklanır. Aynı zamanda açık ve hassas iletişimin kilit rol oynadığı en iyi yaşam kalitesini sağlamayı vurgular. Palyatif ve destekleyici bakım gerektiren ruh sağlığı sorunları olan bireyler uygun hizmetlere erişmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı ve palyatif bakım ekibinin eşgüdümlü bütünlük destek sağlaması çok önemlidir. Palyatif psikiyatri fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi gereksinimlerin zamanında değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıyı önleyerek ve hafifleterek yaşamı tehdit eden ciddi ruhsal bozuklukla ilişkili sorunlarla karşılaşmada hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Palyatif bakım bir tedavi önerilemediğinde önem kazanmakta ve tamamen kontrol edilmeksizin de olsa semptom yönetimi sağlayabildiğinden, kronik ruhsal sağlık ve madde kullanımı sorunlarına uygulanabilir özelliktedir. Palyatif bakım hemşiresi geniş çeşitlilikte eğitim, öğretim ve klinik deneyime sahip olmakla birlikte güçlü eleştirel düşünme, yüksek zihinsel işlevsellik düzeyi ve karmaşık palyatif hemşirelik becerilerine sahip olmalıdır.

1423

Anahtar Kelimeler: Ruhsal bozukluk, palyatif psikiyatri, hemşirelik

PALLIATIVE PSYCHIATRY AND NURSING IN MENTAL DISORDERS

Palliative care focuses on holistic care, including psychological, social and spiritual well-being of the patient. Palliative care also emphasizes the best quality of life in which clear and sensitive communication plays a key role. Individuals with mental health problems that require palliative and supportive care have difficulty accessing appropriate services. Therefore, it is very important that the mental health and palliative care team provide coordinated holistic support. Palliative psychiatry is an approach that improves the quality of life of the patient and his / her family in terms of preventing life-threatening problems associated with serious mental disorders by preventing and alleviating pain through timely assessment and treatment of physical, mental, social and spiritual needs. Palliative care becomes important when treatment cannot be recommended. Since palliative care can provide symptom management without being completely controlled, it is applicable to chronic mental health and substance use problems. The palliative care nurse should have a wide range of education, training and clinical experience and should also have strong critical thinking, a high level of mental functioning, and complex palliative nursing skills.

Key Word: Mental disorder, palliative psychiatry, nursing

S-86 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN KANSER TANILI HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ: İKİ YILLIK DENEYİMLERİMİZ

Emin Tunç DEMİR¹, İsmail ARSLAN¹, Mehmet Turan İNAL¹, Dilek MEMİŞ¹

¹Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım BD, Edirne/ Türkiye

Giriş ve Amaç: Kanserli hasta sayısında artması ile birlikte, kanserle ilgili komplikasyonlar ve tedavi ile ilişkili yan etkiler nedeniyle yoğun bakım ünitesine (YBÜ) gereksinimi artmıştır. Bu çalışmada iki yıllık süre boyunca genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen kanser tanılı olguların analizi amaçlandı.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmamızda; 01 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen kanser hastaları retrospektif olarak tarandı. Kanser hastalarının demografik verileri ile malignite türü hazırlanan formlara kaydedilerek incelendi.

Bulgular: 2017-2018 yıllarında çalışmaya dâhil edilen 3498 yoğun bakım hastasından 1219 kanser hastası tespit edildi. Yoğun bakımda kanserli hasta oranı %34,8 olarak bulundu. Kanser hastalarının yaş aralığı 18-91 yıl, yaş ortalaması 56 ve erkek/kadın oranı: 1,88 olarak bulundu. En sık görülen ilk üç kanser olarak: üriner sistem (498 hasta - %40,8), gastrointestinal sistem (283 hasta - %23.2) ve kadın hastalıkları (114 hasta - %9,3) kanserleri tespit edildi. Kanser hastalarında genel mortalite %8,7 olarak tespit edildi. Bu düşük mortalite oranı postoperatif takip edilen hastaların fazla olmasına bağlandı. Organ sistemleri bazlı mortalite oranları beyin kanserleri (%41), hematolojik kanserler (%41) ve akciğer kanserleri (%27) olarak bulundu. Yapılan değerlendirme sonucunda akciğer, kemik, üriner, gastrointestinal sistem kanserleri erkek cinsiyette oran olarak daha fazla idi. Diğer taraftan hematolojik ve deri kanserlerinin cinsiyet ile ilişkili olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Yoğun bakım ünitemizde, en çok üriner ve gastrointestinal sistem tümör tanısı nedeniyle yatışı olan hastalar bulunmakta olup bu hastaların yakın takip ve tedavilerinde yoğun bakım önem kazanmaktadır. Yoğun bakım yatışlarının 1/3'ünü kanserli hastaların oluşturduğu sebebiyle açılacak palyatif bakım ünitelerinin önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, kanser, malignensi.

S-87 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE DÜRTÜSELLİĞİN AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Vuslat Kara Ölmeztoprak Erdoğan, ¹Birgül Cumurcu¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya

Özet

Amaç: Akıllı telefon sorunlu kullanımının bağımlılık modelleme çalışmaları devam etmektedir. DEHB'nin ve dürtüsellik özelliklerinin bağımlılıklarda yatkınlık yapabildiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, DEHB ve dürtüsellik belirtileri yüksek olanlarda akıllı telefon bağımlılığının yüksek olacağı hipotezi test edilmiş ve bağımlılıkla ilişkili olabilecek bazı kullanım özellikleri araştırılmıştır.

Materyal ve Metot: İnönü Üniveritesi Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümleri, Hemşirelik ve Diş Hekimliği Bölümü 1. ve 3. sınıf öğrencilerinden gönüllü katılımcılara ATBÖ-K, WUDÖ, ASRS, UPPS Ölçekleri, gözlem ve kaynaklardan aldığımız bilgiler ışığında akıllı telefon kullanım özellikleri hakkında araştırmacılar tarafınca hazırlanan bir sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Formlar özbildirim yoluyla doldurulmuştur. Kesitsel tasarımlı planlanan çalışmada 410 katılımcının (330 kadın, 80 erkek) anketleri değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: ATBÖ-K ile WUDÖ toplam ($r:0.215$ $p<0.01$), ASRS toplam ($r:0.299$, $p<0.01$), ASRS dikkat eksikliği ($r:0.327$ $p<0.01$), hiperaktivite/dürtüsellik ($r:0.201$ $p<0.01$) alt ölçek, UPPS toplam ($r:0.290$ $p<0.01$), UPPS sıkışıklık ($r:0.305$ $p<0.01$), sebatsızlık ($r:0.275$ $p<0.01$) ve tasarım eksikliği ($r:0.129$ $p<0.01$) alt ölçek puanları arasında anlamlı yönde pozitif ilişki bulunmuştur. Akıllı telefonun hafta içi ve hafta sonu ortalama kullanım saatlerine ve günde ortalama kontrol sayısına göre ATBÖ-K'ye göre bağımlı olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ayrıca çalışmamızda akıllı telefona bağlı kaza geçirmiş olanlarda olmayanlara göre ATBÖ toplam ($t:3.997$ $p<0.001$), UPPS sıkışıklık alt ölçeği ($t:2.359$ $p<0.02$), WUDÖ toplam ($t:2.520$ $p<0.02$) puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek saptanmıştır.

Sonuçlar: Örneklemimizde DEHB ve dürtüsellik bileşenlerinin akıllı telefon bağımlılığıyla anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon, bağımlılık, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, kazaya yatkınlık

S-88 YOĞUN BAKIM KİMSESİZLİK ANLAMINA MI GELİYOR?

Aysel Özdemir*, Abdurrezzak Gültekin*

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), fiziksel durumu ağır olan hastaların monitör ile izlenerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, karmaşık cihazların bulunduğu ünitelerdir. Hastaların yaşamsal işlevleri risk taşıyacak derecede bozulduğunda, yaşamlarının sürdürülmesi ve özel tedavi yöntemlerinin uygulanması için YBÜ’de takip edilmeleri gerekir. Hastalık ya da yaralanma beden üzerinde önemli derecede fizyolojik stres oluştururken; yoğun bakım ünitelerinde yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yatağa bağımlı olma, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi faktörler hastalar için önemli stresörler olabilmektedir. Ancak YBÜ’ de üzerinde durulması gereken önemli bir stresör de hastaların yakınlarını ve ailelerini görememesi durumudur. Bu derlemenin amacı YBÜ’ de hasta ziyaretlerinin önemi hakkında bilgi vermektir.

Giriş: 1970’li yıllardan itibaren YBÜ’ ye açık ziyaretin hasta, hasta yakınları ve hemşireler üzerine etkilerine yönelik çalışmalar yapılmakla birlikte, halen ziyaret konusunda farklı uygulamalar görülmektedir. Ziyaret, önceden belirlenmiş bir zaman dilimi içerisinde (kısıtlı) olabileceği gibi, 24 saat boyunca da (esnek) olabilir. YBÜ’ de ziyaret saatlerine yönelik politika ve uygulamaların kurum düzeyinde açık ve net olması gerekmektedir. Sınırlı ziyaret saatleri hem aileler hem de hastalar için temel kaygı nedenidir. Ayrıca ailelerin hastayı istedikleri zaman ziyaret etmeye gereksinim duydukları ve eğer hastanın durumu ciddiye, gereksiniminin arttığı belirtilmektedir.

Simpson’un (1991) açık ziyaretin hastalar üzerindeki etkisiyle ilgili yaptığı çalışmasında, hastalar aile üyelerinin ziyaretlerini yararlı bulmuşlar ve ağrı, uyuyamama gibi semptomların aileleri yanlarında iken olmadığını ifade etmişlerdir. Gonzalez, Carroll, Elliott ve arkadaşlarının (2004) yoğun bakım ünitesindeki hastaların ziyaret tercihlerini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların üçten fazla ziyaretçi istemedikleri, ziyaretin ortalama 30-35 dakika sürmesini ve günde 3-4 defa yakınlarını görmek istedikleri belirlenmiştir. Livesley, Gilliam, Mokrcek ve ark. (2005)’in belirttiğine göre; nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde bulunan 24 hastada aile ziyaretinin intrakraniyal basınca etkisini değerlendiren bir çalışmada hastaların %75’inde intrakraniyal basıncın düştüğü, aile ziyaretinin mental duruma etkisini değerlendirilen diğer bir çalışmada ise hastaların %78’inde mental durum puanlarında düzelme olduğu saptanmıştır. Fumagalli, Boncinelli, Lo Nostro ve ark. (2006)’ı ise yoğun bakım ünitesinde kısıtlanmayan ziyaretin hastalar üzerine

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

etkilerini değerlendirmiş; ziyaret uygulaması ile çevresel mikrobiyal kontaminasyonun arttığı, fakat bunun septik komplikasyonlara neden olmadığını belirlemiştir. YBÜ' de kısıtlı veya esnek ziyaret saatlerine izin verildiğinde, hasta ve ziyaretçilerin kontrolü hemşirenin iş yükünü artırabilmekte ve hastanın bakımı için ayrılan zamanda azalmaya neden olabilmektedir. Diğer taraftan kısıtlı ziyaret saatleri, ailenin gereksinimlerinin karşılamasında hemşireler için olumlu bir adım olarak görülmektedir. Yoğun bakım ünitesine aile ziyaretinin hasta ve hasta ailesi üzerine olumlu etkileri vardır. Ziyaret uygulaması yapılan yoğun bakım ünitelerinde hasta ailesine ortamla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin desteklenmesi gerekmektedir. Bu ise büyük oranda YBÜ' de çalışan hemşireler tarafından üstlenilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde kısıtlı ya da esnek ziyaret uygulamasının hemşireler tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Ancak bu uygulama için yeterli hemşire sayısının bulunması gerektiği de yadsınamaz bir gerçektir.

Sonuç ve Öneriler: Yoğun bakımda çalışan hemşire sayısı arttırılmalı, hasta ve hasta yakınlarının birbirlerini düzenli olarak görebilecekleri ziyaret saatleri düzenlenmeli, uygun izolasyon kuralları uygulanarak ziyaret sağlanmalı, ya da kamera, cam bölme ya da defter aracılığı ile görüşmenin sağlanabileceği düzenekler kullanılmalıdır. Yoğun bakım hastaları kadar hasta yakınlarının da yardıma ve desteğe ihtiyaçları olduğu göz önünde bulundurulmalı, hasta ve yakınlarının taleplerinin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hemşire, Yoğun bakım

S-89 DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARDA EŞ DESTEĞİ İLE MATERNAL BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Fatma KESKİN¹ Yurdagül YAĞMUR², Büşra DEMİRKIRAN³

¹ Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

² Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

³ Hemşirelik 4. Sınıf Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

ÖZET

Bu çalışma doğum sonu dönemdeki kadınlarda eş desteği ile maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Nisan 2019 - Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Katılımcı Bilgi Formu, Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA ve Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmada kadınların yaş ortalaması 29.87 ± 5.49 'dur. Kadınların % 48.8'inin üniversite mezunu, %58.3'ünün gelirin giderine denk olduğu belirlenmiştir. EDÖ VE MBÖ arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0.555$, $p<.001$). Bu sonuçlar doğrultusunda, eş desteğinin annelik rolünün sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde annelerin eş destek sistemleri tanımlanmalı ve tüm anne adaylarının tanıtıcı özellikleri dikkate alınıp eğitim programları düzenlenerek bilgiler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu, Eş Desteği, Anne-Bebek Bağlanması

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SPOUSE SUPPORT AND MATERNAL ATTACHMENT IN POSTPARTUM WOMEN

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study to investigation of the relationship between spouse support and maternal attachment in postpartum women. The data of the study was collected from 240 women living in the region where two Family Health Centers are located in Malatya province Center, who are open to communication, who have accepted the research and who are at the postpartum period. Descriptive statistics, independent samples t test, One Way ANOVA and Correlation were used to analyze the data. Data Form, Spousal Support Scale (SSS) and Maternal Attachment Inventory (MAI) included in data collection. Descriptive statistics, independent samples t test, One Way ANOVA and Correlation were used to analyze the data. The mean age of the women in the study was 29.87 ± 5.49 . It was determined that 48.8% of the women were university graduates and 58.3% of them were equivalent to income and expenses. When the relationship between SSS and MAI was examined, a statistically significant positive correlation was found between moderate strength. In line with these results, it was determined that spousal support is an important factor for the healthy development of motherhood role. in the postpartum period, mothers' spousal support systems should be defined and information should be provided by organizing training programs considering the introductory characteristics of all mothers.

1430

Keywords: Postpartum, Spouse Support, Mother-Baby Attachment

S-90 YUMUŞAK DOKU SARKOMU TANISI ALAN BİREYİN WATSON İNSAN BAKIM KURAMI DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMININ PLANLANMASI: BİR OLGU SUNUMU

Yasemin Özyer¹, Zeliha Koç²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun/ Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Yetişkin yumuşak doku sarkomu, kanser hücrelerinin, vücudun yumuşak dokularında oluşturduğu nadir görülen hastalıklardan biridir. Geniş bir metastaz ağına sahip olan bu kanser doku, lenf sistemi ve kan yoluyla vücuda yayılabilmektedir. Bu süreçte hemşirelerin birey ve ailesine iyileştirici bakım ile birlikte, inanç-umut, güven sunabilmesi son derece önemlidir. Bu olgu sunumunda, yumuşak doku kanseri tanısı alan, kemik metastazı gelişen, kemoterapi tedavisi gören, evli ve üç yaşında çocuğu olan, 26 yaşında kadın hasta Watson İnsan Bakım kuramı doğrultusunda ele alınarak hemşirelik bakımı planlanmıştır. Hemşirelik bakımı sunarken hastanın fiziksel, duygusal ve ruhsal duygularını ifade edebilmesi; inanç, umut, güven, yardım edici ilişki kurulabilmesi için hastanın eşi bakıma dahil edilmiştir. Bu süreçte hastanın inanç ve umudu desteklenmiştir. Hastanın olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmesi desteklenerek korku ve kaygıları azaltılmıştır. İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının, hastayla iletişimi güçlendirdiği, hastanın korkularını azalttığı ve bireyin inanç ve tutumunu desteklediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, Kemoterapi, Yumuşak doku kanseri

S-91 FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE MULTİPL SKLEROZ TANISIYLA PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

Yasemin Özzyer¹, Zeliha Koç²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun/ Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Multiplskleroz,20-40 yaş arası genç hastalarda yaygın olarak görülen, progresif, dejeneratif, fokal nörolojik bir hastalıktır. Hastalığın etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, enflamasyon ve nörodejenerasyonu artıran oksidatif stres, Multipl sklerozun patogenezindeki ana faktörlerden biridir. Multipl sklerozun erken evresi yaklaşık 10 yıl sürmekte ve hastalık enflamatuar süreçlerle ilerlemektedir. Hastalığın kronik evresinde, nörodejeneratif akson ve nöron kaybı gelişmektedir. Multipl skleroz tanısı alan ve tedavi edilmeyen hastalarda görülen fonksiyonel bozulmalar, bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda Multipl skleroz hastalarının yaşam kalitesini yükseltmek önemlidir. Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hasta/ailelerine, etkin bir hemşirelik bakımı planlamak ve uygulamak, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım sunmak amacıyla planlanan bu olgu sunumunda, Multipl Skleroz tanısıyla palyatif bakım ünitesinde tedavi gören bir bireyin, NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmış ve birey Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri doğrultusunda değerlendirilmiştir.

1432

Anahtar Kelimeler: Multipl Skleroz, Palyatif Bakım, Hemşirelik Tanılması

S-92 MALATYA'DA EVDE BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Neşe KARAKAŞ¹, Erkan PEHLİVAN²

¹Inönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya

²Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Malatya

Amaç: Bu araştırma; Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerine kayıtlı, evde sağlık hizmeti alan hastaların genel özellikleri ve bakım gereksinimleri ile bu hastalara primer bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi düzeylerini saptamak ve bunlar üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak planlanan araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı. 26 Mayıs – 26 Temmuz 2017 tarihleri arasında kayıtlı 430 hasta ve bakım verenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden evde sağlık birimlerine kayıtlı 383 hasta ve 383 bakım veren birey oluşturdu. Araştırmaya katılan hasta ve bakım verenlere Hasta ve Bakım Veren Tanıtım Formu, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakım Yükü Ölçeğinden oluşan veri toplama formu uygulandı. Veriler ANOVA, ilişkisiz t-testi, korelasyon analizleriyle değerlendirildi. Gruplar arasındaki anlamlı farkın nereden kaynaklandığı tespit etmek için post hoc analizlerinden Tukey kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin çoğunluğu kadın ve informal bakım verendi. Hastalar en fazla inme tanısıyla evde bakım hizmeti alıyorlardı. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları 42.82 ± 16.29 olduğu tespit edildi. Kadın bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları erkek bakım verenlere göre daha yüksekti ($p<0.05$). Aylık gelire ilgili sorun yaşadıklarını ifade eden bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları, gelir sorunu olmayanlara göre daha düşüktü ($p<0.05$). Bu araştırmada bakım verenlerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=-0.312$, $p<0.001$).

Sonuç: Sonuç olarak bu araştırmanın bulgularına göre bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Bakım Verme Yükü, Evde Bakım, Bakım Veren, Bakım Verme

EXAMINING THE RELATION BETWEEN THE CAREGIVING BURDEN AND LIFE QUALITY OF THE CAREGIVERS WHO PROVIDE HOME CARE IN MALATYA

Purpose: This study was conducted to determine the general characteristics and caretaking needs of the patients registered at Home Care Health Units of Malatya Public Hospitals Union receiving home care; and also, to uncover the caregiving burden and life quality levels of the staff providing primary home care for these patients; and to investigate the factors that are influential on these.

Material and Method: The study was designed in the Cross Sectional Model, and no sampling method was used in it. It was aimed to contact all the registered patients and the staff providing home care between May 26 and July 26, 2017. The sampling of the study consisted of the 383 patients who were registered at Home Care Health Services Units and 383 care taking individuals between the abovementioned dates. The data collection form consisting of the Patient and Caregiver Introduction Form, WHOQOL-BREF (TR) Life Quality Scale, and Zarit Caregiving Burden Scale were applied to the caregivers and the patients who participated in the study. The data were analyzed with ANOVA, Irrelevant t-test, and correlation analyses. After the ANOVA analysis was made, the Tukey Test, which is one of the Post Hoc Analysis methods, was applied to detect the significant difference between the groups. The $p < 0.05$ value was taken to be statistically significant.

Findings: Most of the caregivers included in the study consisted of women and informal caregivers. The patients were mostly diagnosed with stroke and were receiving treatment at home. It was determined that the average of the Caregiving Burden Scale points of the caregivers was 42.82 ± 16.29 . The Caregiving Burden Scale points of the female caregivers were higher than those of the male caregivers ($p < 0.05$). The averages of the Life Quality scores of the caregivers who stated that they had problems about their monthly income were lower than those who stated that they did not have any income problems ($p < 0.05$). It was determined in the present study that there is a moderate and negative relation between the caregiving burden and life quality of the caregivers ($r = -0.312$, $p < 0.001$).

Result: In the light of the findings of the study, it was determined that as the burden of caregiving increases, the life quality of the caregivers decreases.

Keywords: Life Quality, Burden of Caregiving, Home Care, Caregiver, Caregiving

S-93 EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR İLE TABURCU EDİLECEK HASTALARIN TABURCULUK SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Gamze KÜÇÜKOSMAN¹, Bengü Gülhan AYDIN¹, Tuğçe ÖZTÜRK¹, Hilal AYOĞLU¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Zonguldak/Türkiye

AMAÇ

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'ne kabul edilen hastaların yaklaşık %3-6'sı uzun süreli mekanik ventilasyon (MV) desteğine gereksinim duyarlar (1). Günümüzde mevcut teknoloji ve bilgi birikimi sayesinde, tam veya kısmi olarak uzun süreli MV desteği gereken, kliniği stabil hastaların tedavisinde ev tipi mekanik ventilasyon (EMV) uygulaması giderek artmaktadır. Çalışmamız YBÜ'nden EMV desteği ile taburculuğu planlanan hastalarda taburculuk süreçlerini etkileyen faktörler ve bu sürecin hastane maliyetine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Etik kurul izni sonra, Haziran 2016-Haziran 2019 tarihleri arasında YBÜ'nden EMV ile taburcu edilen hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Dört hasta trakeostomili olarak başvurduğu için dışlandı. Çalışma 33 hastayla tamamlandı. Hastaların demografik özellikleri, yatış nedenleri, komorbidite varlığı, yatışta ve taburculuktaki SOFA skorları, trakeostomi açılma zamanı, trakeostomi açılma anında antibiyoterapi kullanım öyküsü, trakeostomi açıldıktan sonra EMV temin zamanı, EMV temin süresini etkileyen faktörler (ailenin kaygıları, ekonomik nedenler, ailenin kaygısı+ekonomik nedenler, kurumsal, ekonomik+kurumsal nedenler), EMV ile YBÜ'nde takip süresi, YBÜ'nde toplam yatış süresi, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış öyküsünün varlığı, taburculuktaki beslenme şekli [oral, perkutan endoskopik gastrostomi (PEG)], taburculuk yeri (ev, palyatif bakım), hastanedeki toplam yatış süresi, mortalite oranları ve maliyet analizi değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalarımızın ortalama yaşı:61.54±19.17 yıl, kilosu: 76.90±11.86 kg ve 13 (%39.4)'ü bayan, 20 (%60.6)'si erkekti. Hastaların 16'sı resüsitasyon sonrası bakım, 7'si postoperatif takip, 7'si genel durum bozukluğu ve 3'ü travma nedeniyle yatırılmıştı. Hastaların 25'inin ek hastalığı mevcuttu. Yatıştaki ve taburculuktaki SOFA skorları ortalaması sırasıyla 5.63±2.59, 6.18±1.57 idi. Ortalama trakeostomi açılma zamanı 17±10 gün, trakeostomi açıldıktan sonra ev tipi MV temin edilme süresi 55±106 gün, ev tipi MV temin edildikten sonra YBÜ'nde EMV ile takip edilme süresi 34±60 gün, YBÜ ve hastanede toplam yatış süreleri sırasıyla 117±118 gün ve 120±117 gün idi. Trakeostomi

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

açılma esnasında hastaların 23 (%66.7)'ü antibiyoterapi almaktaydı. EMV temin edilememe nedenleri sıklık sırasına göre; ekonomik nedenler, ailenin kaygıları, ailenin kaygısı+ekonomik nedenler, ekonomik+kurumsal nedenler, kurumsal nedenler (%54.5, %18.2, %12.1, %9.1, %6.1) idi. Hastaların %81.8'inin eve taburcu edildiği, %39.4'unun taburculuk sonrası tekrar hastaneye başvurduğu, %87.9'unun PEG ile beslendiği ve 13 (%40) kişinin halen yaşamakta olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Klinik olarak stabil ancak MV'den ayrılamayan kronik hastalar masraflı ve yatak sayısı kısıtlı olan YBÜ hizmetlerinin kullanılmasında önemli iş yükü oluşturmaktadır. EMV uygulamasında en sık karşılaşılan sorunlardan biri; hastalar stabil hale gelseler bile taburculuğa kadar geçen sürenin uzun olmasıdır. Bu durumun en sık nedenleri arasında evde bakım verecek hemşirenin bulunmasının güçlüğü, MV teminindeki finansal problemler ve hastanın evdeki şartlarının ihtiyaçlarına karşılık verecek düzeyde olmaması olarak sıralanmıştır (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada EMV temini noktasında yaşanan sıkıntılar nedeniyle hastaların ortalama 64 gün fazladan YBÜ'nde yattığı belirtilmiştir (3). EMV teminindeki ve temin sonrasındaki uzayan prosedürlerin hastalarımızın taburculuk süresini uzattığını ve YBÜ yataklarının gereksiz kullanıldığını düşünmekteyiz.

Ülkemizde 2. Basamak YBÜ'nde yatan MV'ye bağlı hastalar için günlük 552 TL, 3. Basamak için ise 1040 TL ödeme yapılmaktadır (4). Üçüncü basamak YBÜ'nde takibi yapılan bir hastanın bir aylık maliyeti 31.200 TL olacaktır. EMV temini için kullanılan araç gerecin ortalama maliyeti, kurum karşılamazsa, 22.630 TL civarındadır. Ayrıca hastane kaynaklı enfeksiyonlar ve kullanılacak antibiyotikler de hesaplandığında stabil kronik hastaların gereksiz yere YBÜ'ndeki uzamış yatışları ortalama maliyeti daha da artacaktır. Maliyet analizi göstermesi açısından da çalışmamızın önemli olduğu kanısındayız.

SONUÇ

Ülkemizde YBÜ yatak kapasitesi sınırlıdır. Bu nedenle YBÜ'ndeki stabil kronik hastaların EMV ile eve taburculuğunun erken dönemde sağlanabilmesi için, EMV temin edilememe ve temini sonrası taburcu edilememe nedenlerinin ortadan kaldırılması kronik hasta yükünü ve hastane maliyetlerini azaltacaktır.

S-94 BABALARDA POSTPARTUM DEPRESYONSaadet Boybay Koyuncu¹¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye**ÖZET**

Riskli bir dönem olan postpartum dönem, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemi sorunsuz geçirebilen anne- babaların yanında bu süreçte görülebilen değişimlere adaptasyon sağlayamayan ve psikolojik anlamda sorunlar yaşayabilen ebeveynleri görmekte mümkün olmaktadır. Literatürde; Postpartum depresyonun yeni doğum yapan kadınlarda yaklaşık %10-15’inde, babalarda ise % 1.8–13.6’sında geliştiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde kadınlardaki postpartum depresyon ile daha çok ilgilenildiği görülmektedir. Postpartum dönem kadınları etkilediği kadar babalarda da ciddi psikolojik problemlere neden olabilmektedir. Babalarda postpartum dönemde depresyon görülme riskini artıran faktörler; yaşayan çocuk sayısı, daha önce yaşanmış depresyon öyküsü, gebeliklerin plansız olması, bireylerin sosyal destek algılarının az olması, aile içi iletişim problemlerinin varlığı olarak saptanmıştır. Postpartum depresyon sadece annelerin yaşadığı bir durum değil aynı zamanda babaları da etkileyebilen bir sağlık problemidir. Sağlık profesyonellerinin bu süreçte anne ve babaları destekleyecek girişimlerde bulunması oldukça önemlidir.

1437

Anahtar Kelimeler: postpartum depresyon, depresyon, postpartum.**ABSTRACT**

Postpartum period, which is a risky period, is a period in which physiological and psychological changes occur. It is possible to see parents who can pass this period without problems, as well as parents who cannot adapt to the changes that can be seen in this process and may experience psychological problems. In the literature; It is seen that Postpartum depression develops in 10-15% of newborn women and 1.8–13.6% of fathers. When the literature is examined, it is seen that postpartum depression is more interested in women. Postpartum period can cause serious psychological problems in fathers as well as women. Factors increasing the risk of depression in fathers in postpartum period; The number of children living, a history of previous depression, unplanned pregnancies, low social perception of individuals, presence of family communication problems. Postpartum depression is a health problem that can affect not only mothers but also fathers. It is very important that health professionals take initiatives to support parents in this process.

Key Words: postpartum depression, depression, postpartum.

S-95 EMZİRME VE MATERNAL BAĞLANMASaadet Boybay Koyuncu¹¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye**ÖZET**

Besleyici ve immünolojik açıdan fizyolojik yararlarının yanı sıra emzirmenin; maternal bağlanmada da önemli rolleri bulunmaktadır. Vücutta salgılanan doğal prolaktin emzirme ile süt yapımından, oksitosin ise süt salgılama refleksini uyarmaktan sorumludur. Her iki hormonun salgılanması meme başının emilmesi ile başlar. Oksitosin salgılanması ile yükselen prolaktin düzeyi kadının sevgisini bebeğine yönlendirmesini sağlar. Ebeveynlerin sevgi ile çocuklarına bağlanmaları yüksek prolaktin düzeyi ile çok yakından ilişkilidir. Yapılan literatür incelemesinde; emzirmenin maternal bağlanmayı artırdığı ve maternal bağlanması yüksek olan kadınların bebeğini daha çok emzirdiği anlaşılmıştır. Sağlık profesyonellerinin doğum sonu dönemde annenin bebeği emzirmesine teşvik etmeleri, anne ile bebek arasındaki iletişimi güçlendirerek maternal bağlanmayı artırmada olumlu katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: emzirme, postpartum, maternal bağlanma**ABSTARCT**

Besides nutritional and immunological physiological benefits of breastfeeding; also have important roles in maternal attachment. Natural prolactin secreted in the body is responsible for breastfeeding and oxytocin is responsible for stimulating the milk secretion reflex. The secretion of both hormones begins with the suction of the nipple. Increased prolactin level with oxytocin secretion enables the woman to direct her love to her baby. Parents' attachment to their children with love is closely related to high levels of prolactin. In the literature review; It was understood that breastfeeding increases maternal attachment and women who have high maternal attachment breastfeed their babies more. It is thought that encouraging health professionals to breastfeed the mother in the postpartum period will contribute positively to increasing maternal attachment by strengthening the communication between mother and baby.

Keywords: breastfeeding, postpartum, maternal attachment

S-96 KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA OKSİTOSİN VE VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ

Birgül Cumurcu¹, Bahar Yeşil Örnek², Esra Porgalı¹

¹İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya

²S.B.U Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Amaç

Konversiyon bozukluğu (KB) belirtilerin başka bir tıbbi durumla açıklanamadığı istemli motor ya da duysal işlevlerde kayıp ile giden bir bedensel belirti bozukluğudur. Bu çalışmada stres ilişkili nörohormonlar olan oksitosin (OXT) ve vazopressinin (AVP) KB'deki rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Katılımcılar DSM V'e göre KB tanısı alan, 18-65 yaş arası 37 hasta ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 32 sağlıklı kontrolden oluştu. Dahili ve nörolojik hastalığı olan ve son 6 aydır ilaç tedavisi alan hastalar çalışmadan dışlandı. Hasta ve kontrol grubundan antekübital ven yoluyla açlık kan örnekleri alınarak, ELISA ile aynı gün içinde iki kez serum AVP ve OXT düzeylerinin ölçümü yapıldı ve sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Kadın hastaların OXT düzeyleri kontrol grubundan yüksek iken, AVP seviyeleri kontrol grubundan daha düşüktü, her iki sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Erkek hastaların OXT ve AVP seviyeleri ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Çocuklukta travma öyküsü olan katılımcıların AVP düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksekti, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuç

OXT ve AVP davranışsal alanda karşıt etkileriyle bilinen komşu nörohormonlardır. KB'de kronik strese yanıt ve ilişkili duygu ve davranışın düzenlenmesi alanlarında OXT ve AVP'nin rolü olduğu düşünülmüştür. Bu iki peptid hormonun karşıt etkileşimi KB'de duygusal davranışa yönelik nöroendokrin dengenin önemli bir parçasıdır.

S-97 DÜŞEN HİPERTANSİF YAŞLILARDA ANTİHİPERTANSİF TEDAVİYE YAKINDAN BAKIŞ

*Hande SELVİ ÖZTORUN

*Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Geriatri Kliniği

ÖZET

Dünyada 65 yaş üstü kişi sayısı pek çok ülkede artmaktadır. Yaşlılarda düşme önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hipertansiyon tanısı da uygunsuz tedavisi de düşmeye katkıda bulunabilir. Çalışmamızda polikliniğimize başvuran düşme yaşayan hipertansiyon hastalarının; kullandıkları antihipertansif tedavi grubu, ek hastalıkları, polifarmasi, kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları, laboratuvar değerleri sonuçları ile çok yönlü irdelenmesi yapılarak olası düşme sebebi olabilecek durumların incelenmesi amaçlanmıştır. 53 hastanın %62.3'ü (n: 33) kadın idi. Yaş ortalaması 75±5.86 idi. %52.8'i (n: 28), 5 yıldan daha az eğitimli idi. % 15'i (n: 8) 8 yıldan daha fazla eğitimli idi. Polifarmasi (≥ 4 ilaç kullanımı) oranı %58.4 (n: 31) idi. ACEİ-ARB grubu antihipertansif tedavi alanların ve kombinasyon tedavisi alanların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Sonuç olarak; yaşlılarda, kişilerin ek hastalıkları ve riskleri göz önünde bulundurularak hedef tayin edilmelidir. Polifarmasiden kaçınılmalıdır. Düşme riski olan hastalara kombinasyon tedavisi mümkün olduğunca verilmemelidir. Yine bu kişilerde hipotansif semptomlara ve ortostatik hipotansiyona dikkat edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Düşme, Hipertansiyon

CLOSE VIEW OF ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN FALLER HYPERTENSIVE OLDER PEOPLE**ABSTRACT**

The number of people over 65 in the world is increasing in many countries. Falling in elderly is an important cause of mortality and morbidity. Diagnosis and inappropriate treatment of hypertension can contribute to fall. In this study, antihypertensive treatment group, comorbid diseases, polypharmacy, comprehensive geriatric evaluation results, laboratory values results were investigated in hypertensive patients with falls. thus, it is aimed to investigate the possible causes of falls. Of the 53 patients, 62.3% (n: 33) were female. The mean age was 75 ± 5.86 . 52.8% (n: 28) were educated for less than 5 years. 15% (n: 8) were educated for more than 8 years. The rate of polypharmacy (≥ 4 drug use) was 58.4% (n: 31). It was seen that the ACEI-ARB group had higher rate of antihypertensive treatment and combination treatment. As a result; the elderly should be targeted by considering the additional diseases and risks of the individuals. Polypharmacy should be avoided. Combination therapy should not be given as much as possible to patients at risk of falling. Again, hypotensive symptoms and orthostatic hypotension should be considered in these people.

Key Words: Elderly, Fall, Hypertension

S-98 YAŞLI HİPERTANSİF HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Serap PARLAR KILIÇ¹, Nermin KILIÇ², Cihat DEMİREL³

¹Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, TÜRKİYE

²Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, TÜRKİYE

³Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışmanın amacı, yaşlı hipertansiyon hastalarında sosyal destek ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışma Nisan-Ekim 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü 150 hipertansiyon hastası ile yapılmıştır. Çalışmada; sosyo-demografik verileri ve hastalığa ilişkin verileri içeren toplam 20 sorudan oluşan hasta bilgi formu, Öz-bakım Gücü Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; t testi, Kruskal Wallis analizi, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlı hipertansif hastaların öz-bakım gücü ile sosyal destek arasında yapılan korelasyon analizi incelendiğinde; öz-bakım gücü ile aile desteği ($r=0.944$, $p<0.001$), arkadaş desteği ($r=0.380$, $p<0.001$), özel insan desteği ($r=0.386$, $p<0.001$) ve toplam destek ($r=0.406$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öz-bakım gücü puan ortalaması yüksek olan hastaların aile, arkadaş, özel insan ve toplam destek puan ortalamaları yüksek çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları; yaşlı hipertansif hastalarda öz-bakım gücü ile sosyal destek arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve sosyal desteğin öz-bakım gücünü arttırdığını göstermiştir. Bu sonuçlara göre; hipertansif hastaların sosyal destek kullanımına ve bu hastalarda destek gruplarının oluşturulmasına özen gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal destek, öz-bakım gücü, hipertansiyon, yaşlı, hasta.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND SELF-CARE STRENGTH IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT

Aim: The aim of this descriptive study is; to examine the relationship between social support and self-care strength in elderly hypertension patients.

Material and Methods: This study was done with 150 hypertension patients aged 65 years and older who applied to the Cardiology Polyclinic of Fırat University Hospital between April and October 2017. Study; Patient information form consisting of a total of 20 questions including socio-demographic data and data about the disease, Self-Care Strength Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale were used. In the evaluation of the data; t test, Kruskal Wallis analysis, Pearson correlation analysis and Cronbach alpha internal consistency coefficient were used.

Results: When analyzing the correlation between the self-care strength of elderly hypertension patients and social support; between the self-care strength and family support ($r=0.944$, $p<0.001$), friend support ($r=0.380$, $p<0.001$), special human support ($r=0.386$, $p<0.001$) and total support ($r=0.406$, $p<0.001$) found a significant positive correlation. The self-care strength score averages were high, and the average scores of family, friend, special human and total support points were high.

Conclusion: The results of this study; showed that there was a significant positive correlation between self-care strength and social support in elderly hypertensive patients and that social support increased self-care strength. According to these results; attention should be paid to the use of social support for hypertensive patients and the creation of support groups in these patients.

Key words: Social support, self-care strength, hypertension, elderly, patient.

S-99 ÜVEİT HASTALARINDA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME

Esra Porgalı,¹ Birgül Cumurcu,¹ Tongabay Cumurcu²

¹Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Psikiyatri AD, Malatya

²Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Göz Hastalıkları AD, Malatya

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada üveit hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilerek depresyon, anksiyete, aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzı özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 80 üveit hastası ve kırma kusuru ile göz kliniğine başvurmuş, başka bir göz hastalığı bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzer özellikteki 80 kontrol grubu dâhil edildi. Göz kliniğinde muayenelerini takiben, psikiyatri kliniğinde yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Hastalar DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak psikiyatrik görüşmeye alındı. Sonrasında hasta ve kontrol gruplarına Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 itemli (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II), ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulandı.

Bulgular: Üvetli hasta grubunda HAM-D, HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psikişik, HAM-A Somatik), TAÖ-20 (TAÖ-20 toplam, TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3), STAI-1 ve STAI-2, SCL-90-R genel belirti düzeyi ve SCL-90-R alt ölçekleri ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Yapılan klinik görüşme sonrasında hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stres ile ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5 son geçirilen üveit atağının stres ile ilişkisinin olmadığını düşündüğünü belirtti. Üvetli hasta grubunda stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekken, kontrol grubunda ise kendine güvenli yaklaşım tarzı ortalama puanları hasta grubundan anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Üvetli hastaların depresyon, anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede yüksek çıktığını, onların daha aleksitimik olduklarını ve stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi negatif başa çıkma tarzlarını kullandıklarını görmekteyiz. Üvetli hastaların değerlendirilmesi ve tedavi plânında psikiyatrik açıdan da ele alınması, onlara optimal tedavi ve bakım sağlanması açısından faydalı olacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Üveit, depresyon, anksiyete, aleksitimi, stres, stresle başa çıkma tarzı.

S-100 HENDERSON HEMŞİRELİK MODELİ'NE GÖRE OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA TANILI ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

Yeşim ERDEN KARABULUT¹ Ela DURDU TURAN¹

¹Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Osteogenezis imperfekta (OI) kemik, deri, tendon, diş ve skleralarda bulunan tip 1 kollajenin sentezinde ve yapısındaki bozukluktan kaynaklanan otozomal dominant kalıtsal bir hastalıktır. Yaygın osteoporoz, tekrarlayan kemik kırıkları ve bunun sonucunda oluşan deformitelerle karakterizedir. Kemik kırılabilirliğinin artması sebebiyle hastalık “kırılgan kemik hastalığı” ya da “cam kemik hastalığı” olarak da bilinmektedir. OI'nin görülme sıklığı 10.000 doğumda bir olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada osteogenezis imperfekta tanılı hastanın gereksinimlerinin Henderson'ın Hemşirelik Modeline göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır. Hemşirelik için önemli isimlerden birisi olan Henderson'a göre hemşirenin en önemli rolü; hasta ya da sağlıklı bireyin sağlığına kavuşmasına, sağlığını devam ettirmesine, bağımsızlığını kazanmasına mümkün olduğunca hızlı bir şekilde yardımcı olmaktır. Olgu 14 yaşında ve 2012 yılında kolunun kırılmasıyla OI tanısı almış ve İV bifosfanat tedavisi almaya başlamıştır. 2013 yılında femur fraktürü olan olgu düzenli olarak ilaç tedavisini almıştır. 2014 yılından sonra tedavi almayı kesen olgu 2017 yılında Radius-ulna fraktürü ile kliniğimize başvurmuş ve tedavi almak için yatırılmıştır. Hemşirelik tanısı olarak olguya; Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Barsak Boşaltımında Değişiklik, Fiziksel Harekette Bozulma, Uyku Örüntüsünde Değişim, Bireysel Bakımda Eksiklik, Vücut Isısında Değişim, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Travma Riski, Sözel İletişimde Bozulma, Bilgi Eksikliği tanıları koyulmuş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Virginia Henderson, Hemşirelik Bakımı, Osteogenezis İmparfekta, Olgu Sunumu

S-101 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “PALYATİF BAKIM” HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI

¹Filiz Taş, ²Dilek Soylu, ³Ayşe Soylu

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kahramanmaraş.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Hastanesi Kahramanmaraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Kahramanmaraş.

ÖZET

Giriş: Palyatif bakım, ölüme kadar hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olan(1,2) bütüncül bir yaklaşım sağlar(3,4) ve farklı hastalık gruplarında multidisipliner yaklaşım gerektirir(5-7). Bu nedenle, sağlık personelinin konuyla ilgili bilgi ve yaklaşımları önemlidir. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının palyatif bakım hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Materyal ve Metot:** Araştırmamız gerekli izinler alındıktan sonra, kamu hastanesinde çalışan 706 sağlık çalışanından, araştırmaya katılmayı kabul eden 253 çalışan ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, tanıtım bilgi formuyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında, sayı, yüzde ve parametrik testlerle değerlendirilmiş, $p < 0,05$ düzeyi istatistiki açıdan anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan sağlık personelinin %64’ü kadın, %57’si 20-29 yaş aralığında, %64’ü bekâr, %54’ü lisans eğitim düzeyindedir. %38’i 5-10 yıldır çalıştığını, %89’u hemşire, %44’ü servislerde çalıştığını belirtmiştir. %68’i palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olduğunu, %41’i palyatif bakım gereken hastaya hiç bakım vermediğini, %46’sı palyatif bakım ile bilgiyi çalışırken hastanede öğrendiğini, %93’ü palyatif bakımın multidisipler yaklaşım gerektirdiğini belirtmiştir. %83’ü terminal dönem hastalarına palyatif bakım verilmesi gerektiğini belirtmiştir. %43’ü “terminal dönem hasta bakımı” konusunda eğitim alınması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %72’si bu konuda eğitim almak istemektedir. Palyatif bakımı; %40’ı rahatlatıcı tedavi, %55’i hastalığı hafifletici, %67’si son dönem hasta bakımı olarak tanımlamıştır. Katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma süresi, cinsiyeti ile palyatif bakım bilgi düzeyi arasındaki karşılaştırmalarda fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalıkları ortalamanın üzerindedir. Ancak onlar bu konuda daha fazla bilgi edinmek ve kendini geliştirmek istemektedir. Sertifika programları ve hizmet içi eğitimlerle personelin bilgi düzeyinin artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler; Sağlık Çalışanları, Palyatif bakım, Bilgi düzeyleri

INFORMATION AND ATTITUDES OF HEALTH EMPLOYEES ABOUT PALLYATIVE CARE

Introduction: Palliative care provides a holistic approach(1,2) that helps improve patient quality of life up to death(3,4). Palliative care requires a multidisciplinary approach to different disease groups(5-7). Therefore, the knowledge and approach of health personnel on the subject is important. In this study, it was aimed to determine the level of knowledge of health care workers about palliative care. **Materials and Methods:** After obtaining the necessary permits, our study was conducted with 253 people from 706 health workers working in public hospitals who agreed to participate in the study. The data of the study was collected with the introduction information form. The data obtained were evaluated by SPSS program. $p < 0.05$ was considered significant by using number, percentage and parametric tests. **Results:** 64% of the health personnel who participated in the research were female, 57% were in the 20-29 age range, 64% were single and 54% were at undergraduate level. 38% of them have been working for 5-10 years, 89% of them are nurses and 44% of them work in clinic. 68% had knowledge about palliative care, 41% did not give any care to the patient who needed palliative care, 46% had learned the information while working with the palliative care in the hospital, 93% stated that palliative care requires a multidisciplinary approach. 83% reported that palliative care should be given to terminal patients. 43% stated that they should receive training on terminal patient care. 72% of the participants want to receive training on this subject. Palliative care defined 40% as relieving treatment, 55% as relieving disease, and 67% as end-patient care. There was no difference between the participants' age, educational level, working time, gender and palliative care knowledge level ($p > 0.05$). **Conclusion:** Health care worker's knowledge and awareness of palliative care is above average. However, they want to learn more about this and educate themselves. It is recommended to increase the knowledge level of the personnel through certificate programs and in-service trainings.

Key Words: Health care workers, Palliative care, Knowledge levels.

S- 102 DM VE DİYABETİK AYAK BAKIMINA ŞANLIURFA YAKLAŞIMI

¹Metin YALÇIN

¹S.B.Ü. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi /Şanlıurfa/Türkiye

Giriş ve amaç: Diabetes Mellitus ülkemizde her 14 kişiden birinde görülmektedir. Diyabetik ayak, DM' un kronik makrovasküler ve mikrovasküler bir komplikasyonu olup her 7-8 Diyabet hastasından birinde gelişmektedir. Büyükşehir olan Şanlıurfa ilinde diyabetik ayağa yaklaşımı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Diyabetik ayak tanısıyla başvuran 36 hasta genel cerrahi servisine yatırılarak tedavi edildi. Multidisipliner yaklaşım gerektiren bu hastalık için Genel cerrahi, Ortopedi, Plastik cerrahi, Kalp damar cerrahisi, Girişimsel radyoloji, Endokrinoloji, Enfeksiyon hastalıkları, Psikiyatri, Diyabet hemşiresi, Nutrisyon timi ve Psikoloğun yer aldığı bir ekibin kurulması kararlaştırıldı. Bu hastalara debridman, pansuman, vak uygulaması ve epidermal growth hormon uygulaması yapıldı.

Bulgular: Hastalardan birinde sol ayak 1. parmağı, diğerinde sol ayak diz altı amputasyonu tedaviye rağmen gerçekleştirildi. Bir hastada her iki femoral ve popliteal damarlardaki tıkanıklık kalp damar cerrahi ve girişimsel radyoloji uzmanı tarafından açılarak amputasyondan korundu.

Sonuç ve öneriler: Diyabetik ayak amputasyona kadar giden multidisipline bir hastalık olup 2.5 milyondan fazla nüfusu olan Şanlıurfa ilinde böyle bir ekibin kurulması ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi elzemdir.

Anahtar kelimeler: Diyabetik ayak, yara bakımı, Şanlıurfa

ŞANLIURFA APPROACH TO DIABETES MELLITUS AND DIABETIC FOOT CARE

Introduction and purpose: Diabetes Mellitus occurs in one out of every 14 people in our country. Diabetic foot is a chronic macrovascular and microvascular complication of DM and develops in every 7-8 Diabetic patients. We aimed to present the approach to diabetic foot in the metropolitan city of Şanlıurfa.

Method: 36 patients with diabetic foot were admitted to the general surgery department and treated. It was decided to establish a team consisting of General Surgery, Orthopedics, Plastic Surgery, Cardiovascular Surgery, Interventional Radiology, Endocrinology, Infectious Diseases, Psychiatry, Diabetes Nurse, Nutrition Team and Psychologist. Debridement, dressing, vacuum-assisted closure therapy and epidermal growth hormone were applied to these patients.

Results: One of the patients had the first finger of the left foot, in the other, left foot knee amputation was performed despite treatment. In one patient, occlusion of both femoral and popliteal vessels was opened by cardiovascular surgery and interventional radiologist and protected from amputation.

Results and suggestions: Diabetic foot is a multidisciplinary disease which may be leading to amputation. It is essential to establish such a team and determine treatment approaches in Şanlıurfa, which has a population of more than 2.5 million.

Keywords: diabetic foot, wound care, Şanlıurfa

S-103 YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN EVDE BAKIM HİZMETLERİ TUTUMUNA ETKİSİ

Ebru GÜL¹, Behice ERCİ¹, Dilan TUNA¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yaşlılıkta görülen değişimler yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını kaybetmelerine sebep olmaktadır. Buda yaşlıların bakım sorunlarını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlılar evlerinde bakım almayı istediklerini belirtmiştir. Bu çalışma yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin evde bakım hizmetleri tutumuna etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Veriler, Malatya Merkezde bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan, gönüllü 65 yaş ve üzeri 111 bireyden, Tanıtıcı Form, Katz (GYA), Brady, Lawton'un Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA), Evde Bakım Hizmetleri Tutum Ölçeğiyle(EBHTÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, Kruskal-Wallis kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yaşlıların yaş ortalamasının 71.7, %73.9'unun sağlığını orta düzey değerlendirdiği, %70.3'ünün eşiyle yaşadığı, %41.4'ünün evde yardıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Bireylerin EBHTÖ ile GYA ve EGYA toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin GYA ve EGYA toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin yaşlıların evde bakım hizmetlerinde aktifleştirilmesi ve geniş örneklemelerde benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşlılık, Hemşirelik

S-104 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PALYATİF BAKIMDA MANEVİYAT İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Abdurrezzak Gültekin, Aysel Özdemir

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Giriş: Palyatif bakımda hastanın kendini mutlu hissetmesi önemlidir. Hastaya manevi bakım verilmesi hastanın daha konforlu ve huzurlu olmasını sağlamaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda maneviyat ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın verileri Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesi yaz okulu öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan “Anket Formu ve Manevi Bakım ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılım, ortalama, Ki-Kare, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.69 ± 1.73 , % 71.7’si kadın, % 82.1’i çekirdek aileye sahip, % 63.1’inin geliri orta düzeyde, % 48.8’inin annesi ve % 40.5’inin babası ilkokul mezunu, %94’ünün palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, %81’inin klinik staj uygulamasında palyatif bakım hastasına bakım vermek istediği, % 86.9’unun palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 95.2’sinin palyatif bakımda manevi bakımın gerekli olduğu, % 94’ünün manevi bakımın hasta iyileşmesinde etkili olduğunu düşünmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamaları ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından dinselilik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Öğrencilerin palyatif bakım gerekli mi sorusuna verdikleri cevap ile manevi bakım ölçek alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmada sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımda hastalara manevi bakımı gerekli buldukları ve palyatif bakımda manevi bakımın özellikle hastalıklarda duygusal ve ruhsal destek sağlamak için önemli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Manevi Bakım, Maneviyat, Palyatif Bakım

S-105 YOĞUN BAKIM HASTALARINDA SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN HEMŞİRELİK BAKIM ALGISINA ETKİSİ

Dilek SOYLU*, Özlem CEYHAN**, Pınar TEKİNSOY KARTIN**, Ayşe SOYLU***

*Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Kayseri, Türkiye.

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri, Türkiye.

***İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Malatya, Türkiye

Giriş

Spiritüalizm, stresle baş etme de önemli bir süreçtir. Yoğun bakım hastalarında bu sürecin iyi yönetilmesi gerekir. Çalışmamızda hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin hemşirelik bakım algısına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem

Araştırmamız, yoğun bakımlarda yatan 113 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri; Hasta Bilgi Formu, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği(HHBAÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğiyle(SİOÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde Independent t, anova testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Yaş ve SİOÖ arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim durumu ve HHBAÖ, SİOÖ aşkınlık puan ortalaması arasında fark ($p<0,05$) saptanmıştır.

Yoğun bakım ünitesine yatış sayısı ile SİOÖ ölçeği arasında ilişki olduğu($p<0,05$) saptanmıştır. Yoğun bakımda kalma süresi ve SİOÖ anomi alt boyutunda ilişki saptanmıştır.

Sonuç

Hemşirelerin Spiritüel iyi oluş gereksinimi göz önünde bulundurarak, bakımlarını planlaması gerekmektedir.

THE EFFECT OF SPIRITUAL WELL-BEING ON NURSING CARE PERCEPTION IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Introduction

Spirituality is the process of dealing with stres. Since this process should be managed well in intensive care patients. The aim of this study was to determine the effect of spiritual well-being on the perception of nursing care.

Materials and Methods

Our study was carried out with 113 patients who were hospitalized in intensive care units. The research data were collected by using Patient Information Form, Patient's Perception of Nursing Care Scale (HSSS) and Spiritual Well-being Scale (SRS). Independent t, anova test and spearman correlation analysis were used for data analysis. Significance level was accepted $p < 0.05$.

Result

There was a difference between age and SWBS ($p < 0.05$). There was a difference ($p < 0,05$) between education level and mean scores of PPNCS and SWBS. There was a relationship between the number of hospitalizations in the ICU and the SWBS scale ($p < 0.05$). There was a relationship between the duration of ICU stay and SWBS anomia subscale ($p < 0.05$).

Conclusion

Nurses should plan their care, considering the need for spiritual well-being.

S-106 DÜNYA VE TÜRKİYE'DE SPİRİTÜEL BAKIMA YAKLAŞIMLARI

¹Filiz POLAT, ²Fatma KARASU

¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman, Türkiye

²Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis/Türkiye

ÖZET

Psikososyal bakımın önemli bir parçası olan spiritüel bakım, hemşirenin bireylerin kendilerini daha iyi hissetmeleri için manevi ihtiyaçlarını tanıyarak uygun girişimlerde bulunmasıdır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden birisidir ve terapötik dokunma, aktif dinleme ile mizah içermektedir.

Spiritualite 17. yy da Fransa'da ilk kez modern anlamda kullanılmış, 1960'lı yıllarda bütüncül bakım kavramının önem kazanması ve ile gündeme gelmiş, hemşire teorisyenler de bu yıllardan itibaren spiritüaliteye ve spiritüel bakıma yönelik uygulamalara yer vermişlerdir.

Türkiye'de spiritüel bakım bütüncül bakım kapsamında insan gereksinimi olarak yer almakta, sağlık hizmetlerinde manevî bakıma olan ilgi her geçen gün artmaktadır. Geçmiş yıllarda, manevi bakım hastaların ölümüne yakın dönemlerde bahsedilirken, günümüzde tedaviyi desteklemek amacıyla hastalığın tüm aşamalarında bir kanıt olarak algılanmaktadır. Hemşirelik eğitiminde ise; bazı okullarda ayrı bir ders olarak verilmeye başlanmıştır.

Hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin hastaların spiritual durumlarının farkında olması ve spiritual bakım vermeleri onların yaşamı ve sağlığı üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri bireyin tedavi ve bakımı için veri toplarken bütüncül bakımı benimsemeli, fiziksel sorunlarına ilaveten psikolojik, sosyal ve spiritüel ihtiyaçları konusunda da bilgi toplamalıdır.

WORLD AND SPIRITUAL CARE APPROACH IN TURKEY

ABSTRACT

Spiritual care, which is an important part of psychosocial care, is to make appropriate attempts by recognizing the spiritual needs of the nurses to make them feel better. It is one of the complementary and alternative methods of medicine and includes therapeutic touch, active listening and humor.

Spirituality was used for the first time in France in the 17th century. In the 1960s, the concept of holistic care gained importance with the agenda and the nurses theorists, from these years, included spirituality and spiritual care practices.

Spiritual care in Turkey within the scope of holistic care as a human needs to take place, interest in spiritual care in health services is increasing with each passing day. In the past years, spiritual care has been perceived as evidence in all stages of the disease in order to support treatment today, when referring to the death of patients. In nursing education; some schools have begun to be given as a separate course.

Nurse and other health care team members are aware of the spiritual status of patients and giving them spiritual care has a positive effect on their life and health. Health professionals should adopt holistic care while collecting data for treatment and care of the individual, in addition to their physical problems, they should also gather information about their psychological, social and spiritual needs

S-107 DELİRYUMLU HASTAYA YAKLAŞIM

¹Filiz POLAT, ²Fatma KARASU

¹Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman, Türkiye

²Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis/Türkiye

ÖZET

Deliryum bilincin azalması ve bilişsel fonksiyonların bozulması ile karakterize geriye dönüşümlü geçici bir psikososyal bozukluktur. İleri bir yaş hastalığı olan deliryumani başlar, hızlı ilerler ve kısmen önlenbilir.

Herhangi bir nedenle hastanede yatan her hastada görülebildiği gibi cerrahi sonrası dönemde, çoğunlukla yaşlılarda, yoğun bakımlarda ya da bakımevlerinde sık karşılaşılan bir hastalıktır. Deliryum gelişimi hastanın sıklıkla bağımsızlığını kaybetmesine neden olur, mortalite ve morbidite artar. Hastanın hastaneye yatış süresi uzadığından bakımın maliyeti ve hemşirenin iş yükü de artar.

Deliryumun olumsuz sonuçlarını engellemek için erken dönemde tanılanmalı, nedenleri, tanılama yöntemleri ve sonuçları bütün tedavi ekibince iyi bilinmeli ve değerlendirilmelidir. Deliryum için ölçekler geliştirilmeli, yoğun bakım çalışanları bu konuda eğitilmelidir.

Hastanın 24 saat yanında bulunan ve bire bir bakım sağlayan hemşirelerin hastayı değerlendirirken deliryum konusunda uygun değerlendirme kriterlerini bilmesi, tanının konulmasını ve erken tedbir alınmasını kolaylaştırabilmektedir. Hemşirelik girişimleri de hastalığın oluşumunu önleme ve yönetiminde önemli olduğu için hemşirelere de bu konuda önemli bir rol düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, hemşirelik, hemşirelik bakımı

APPROACH TO PATIENTS WITH DELIRIUM

ABSTRACT

Delirium transient psychosocial disorder characterized by decreased consciousness and impaired cognitive function. Delirium with an advanced age disease starts suddenly, progresses rapidly and can be partially prevented.

It can be seen in every hospitalized patient for any reason, and is a common disease in the post-surgical period, mostly in the elderly, in intensive care, or in nursing homes. Delirium development often causes the patient to lose independence, and mortality and morbidity increase. As the length of hospitalization of the patient is prolonged, the cost of care and the work load of the nurse also increase.

In order to prevent the negative consequences of delirium, it should be diagnosed at an early stage and its causes, diagnostic methods and results should be well known and evaluated by the whole treatment team. Scales should be developed for delirium and intensive care workers should be trained.

The nurses who have a 24-hour follow-up and one-to-one care can make the patient aware of the appropriate evaluation criteria for delirium when evaluating the patient it can facilitate diagnosis and early prevention. Nursing interventions also play an important role in the prevention and management of the disease.

Keywords: Delirium, nursing, nursing care.

S-108 YAŞLI OPERE SUBDURAL HEMATOMLU HASTADA PALYATİF BAKIM

*Ramazan Paşahan

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı

ÖZET

Günümüzde, yeni tedaviler ve yaşam koşullarının artması, kronik-multiple hastalıkların birlikteliğini arttırmış bununla beraber yaşam süresi uzamıştır. Kronik subdural hematoma; morbiditesi yüksek olan intraserebral kanamalardan biridir. 65 yaş üstü sıklığı ve mortalitesi artmaktadır. Bunun nedeni ek kronik hastalıklardır. Bu tür hastaların bir kısmında palyatif tedavi ihtiyacı doğar. Norveç'te yapılan bir çalışmada palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların %85'inin ölüm öncesi, son üç ayda hastaneye yatırıldıkları, %24'ünün evde öldüğü gösterilmiştir. Bu da palyatif tedavinin önemini göstermektedir. Bu yazıda, terminal dönemdeki 88 yaş opere subdural efüzyonlu hastanın bakımı, hasta yakını ve hekimle ilgili yönleri, palyatif bakımın önemi, gözden geçirilerek yaşam sonu bakım ile ilgili farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif, Subdural, Terminal dönem

ABSTRACT

Nowadays, new therapies and increasing living conditions have increased the co-existence of chronic-multiple diseases, but life expectancy has been prolonged. Chronic subdural hematoma; It is one of the intracerebral hemorrhages with high morbidity. The incidence and mortality of children over 65 years are increasing. This is due to additional chronic diseases. Some of these patients require palliative treatment. A Norwegian study showed that 85% of patients in need of palliative care were hospitalized before death, and that 24% died at home. This shows the importance of palliative treatment. In this article, we aimed to raise awareness of end-of-life care by reviewing the care of the 88-year-old operated subdural effusion patient in the terminal period, aspects of the patient's family and physician, the importance of palliative care.

Keywords: Palliative, Subdural, Terminal period

S-109 YAŞLI BİREYLERİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Sıdıka Özlem CENGİZHAN¹, Kevser IŞIK²

¹Uzman Ebe, Adıyaman İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Adıyaman/Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş/Türkiye

Özet

Spiritüelite sadece dini inanç ile sınırlandırılmayan çok geniş bir kavramdır. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus artış göstermektedir. Bu nedenle artan yaşla birlikte bireylerin spiritüel değerlerinde ortaya çıkarılması önemli olmaktadır. Bu araştırma yaşlı bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Adıyaman ili 15 nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturdu. Örneklemi ise verilerin toplandığı 3 Haziran-12 Temmuz tarihlerinde aile sağlığı merkezine gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 yaşlı birey oluşturdu. Veri toplama aracı olarak yaşlıyı tanıtıcı anket formu ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği kullanıldı. Veriler SPSS 22.0 paket programında değerlendirilerek sayı, yüzde ve ortalama analizleri kullanıldı. Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 71.32 ± 10.41 , %61'inin kadın, %71.5'inin maneviyata önem verdiği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamasının ise 113.80 ± 13.77 olduğu, cinsiyet ile maneviyata önem vermenin spiritüel iyi oluş toplam puanı anlamlı düzeyde etkilediği saptandı.

1459

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, spiritüel iyi oluş, spiritüelite

S-110 PALLIATIVE CARE PROBLEMS AND NEEDS FOR CARE OF OUTPATIENT CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Anthoula Kassianou^{1,2}, Stylianos Katsaragakis¹, Margarita Giannakopoulou¹, Elisabeth Patiraki¹

¹ National and Kapodistrian University of Athens, Nursing Department, Athens/ Greece

² General Hospital of Athens “Ippokrateio”, Athens/ Greece

ABSTRACT

Background: Despite advances in cancer care, the increasing number of patients undergoing chemotherapy, experience palliative problems and needs during the disease trajectory.

Purpose: Explore palliative care problems and needs for care of adult cancer patients receiving chemotherapy as outpatients.

Method: The convenience study sample consisted of 225 adult cancer patients, with solid tumors, at various stages of the disease, undergoing chemotherapy at a day care oncology unit of a public hospital in Athens, from September 2017 to May 2018. The Problems and Needs in Palliative Care short version (PNPC-sv) was used to collect data.

Results: The highest scores regarding Problems and Needs for Care in palliative care were Financial Problems ($1.30 \pm .71$ and $.89 \pm .83$), and Need of Information ($.68 \pm .87$ and $.73 \pm .94$). Social Issues received the lowest scores ($.31 \pm .35$ and $.05 \pm .21$). The 10 most prevalent problems were two Financial Problems' items (84.4% and 61.8%), four Physical Symptoms (Fatigue 76.4%, Pricking or numb sensation 26.7%, Sleeping problems (18.9%) and Pain (46.7%)), three Autonomy Issues (Difficulties in continuing usual activities (55.1%), Dependency (43.6%), Difficulty in handing over tasks (42.2%), and a Psychological Issue (Fear of metastases (51.6%)). Financial Problems (61.7%-47.1%), Need of Information (39.1%) and Pain (30.6%) were those that patients did not want professional assistance. Most prevalent unmet needs were Need of Information (80.4%), and Loss of income due to the disease (51.4%). Refrain from care problems with the highest rates were: Fatigue (52.4%), and Pricking or numb sensation (40.0%).

Conclusion: Financial problems and Need of Information should be further explored to find ways to better manage them.

Keywords: Palliative care, Supportive care, Cancer, Chemotherapy

S-111 AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERİN GERİATRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehtap SÖNMEZ¹, Kevser IŞIK¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş/Türkiye

Özet

Amaç: Araştırma Aile Sağlığı merkezine kayıtlı olan 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin geriatrik değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan araştırmaya 155 yaşlı birey dahil edildi. Veri toplama aracı olarak sistem değerlendirmesi, Visual analog skala, Braden skalası ve Glaskow koma skalası kullanıldı. Veriler SPSS 25.0 paket programında değerlendirildi ve analizde sayı, yüzde, ortalama kullanıldı.

Bulgular: Araştırma katılan yaşlı bireylerin çoğunluğunun kadın, boy ortalaması 157.65±2.52, kilo ortalamalarının ise 76.18±1.23 olduğu belirlendi. Katılımcıların çoğunluğunun genel vücut değerlendirmesinde problemler yaşadığı, basınç ülseri riskinin düşük olduğu ve bilinç düzeyinin iyi olduğu saptandı. Yaşlıların %35.5'inin orta derecede ağrı hissettiği saptandı.

Sonuç ve Öneri: Araştırmaya katılanların çoğunluğunun sistemsel sorunlar yaşadığı, ağrı düzeyinin orta şiddette olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin geriatrik değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sayede var olan sorunlara multidisipliner yaklaşımla bütüncül bakım sağlanabilmektedir. Aile sağlığı merkezine gelen her yaşlının geriatrik değerlendirilmesi neticesinde yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, yaşlı, geriatrik değerlendirme

GERIATRIC EVALUATION OF ELDERLY INDIVIDUALS APPLIED TO THE FAMILY HEALTH CENTER

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate geriatric patients older than 65 years old who were registered to Family Health Center.

Methods: A cross-sectional descriptive study included 155 elderly individuals. System evaluation, Visual analog scale, Braden scale and Glaskow coma scale were used as data collection tools. Data were evaluated in SPSS 25.0 package program and number, percentage, average were used in the analysis.

Results: The majority of the participants were female, mean height was 157.65 ± 2.52 and weight average was 76.18 ± 1.23 . It was found that the majority of the participants had problems in general body evaluation, low risk of pressure ulcer and good consciousness. 35.5% of the elderly experienced moderate pain.

Conclusion and Recommendation: It was found that the majority of the participants had systemic problems and the pain level was moderate. Geriatric evaluation of elderly individuals is of great importance. In this way, multidisciplinary approach to existing problems can be provided holistic care. It is thought that the quality of life will increase as a result of geriatric evaluation of every elderly person coming to the family health center.

Key Word: Family health center, elderly, geriatric evaluation

S-112 KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ UYUMU İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Betül AKTAŞ, Ayşe Berivan BAKAN

Dr. Öğr. Üyesi SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep,

Dr. Öğr. Üyesi Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ağrı

ÖZET

Giriş: Bu araştırma, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin ilaç uyumu ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbi yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma, Türkiye'nin doğusunda yer alan bir il merkezinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri toplam 193 bireyin katılımıyla Temmuz-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Karşı Tutum Ölçeği ve İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23.0 istatistik programında; sayı, yüzdelik, Kolmogorov- Smirnov, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis, Spearman korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği puan ortalaması 14.19 ± 3.01 olarak, ilaç uyumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bireylerin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamasının ise 25.93 ± 6.57 olduğu, tamamlayıcı ve alternatif tıbbi karşı pozitif tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği toplam puanı ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Karşı Tutum Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, yaşlı bireylerin hastalıkları için hem tıbbi tedaviyi sürdürme çabalarının olduğu hemde ilaçla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedaviye yönelik olumlu tutumlarının olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, İlaç uyumu, Tamamlayıcı ve alternatif tıp.

RELATIONSHIP BETWEEN ATTITUDES OF ELDERLY INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES TOWARD MEDICATION ADHERENCE AND COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINES

Betül AKTAŞ¹, Ayse Berivan BAKAN²

Phd. RN. Betül AKTAŞ¹, SANKO University Faculty of Health Science, Nursing Department Gaziantep/ Turkey

Phd. RN. Ayse Berivan BAKAN², Department of Nursing, Agri Ibrahim Cecen University School of Health, Agri / Turkey

ABSTRACT

Introduction: This study was conducted to investigate the relationship between attitudes of elderly individuals with chronic disease toward medication adherence and complementary and alternative medicines (CAM).

Materials and Method: This was a cross-sectional study conducted between July and September 2018 and included a total of 193 individuals aged ≥ 65 years, who were registered at the Family Health Center located in a city center in the eastern region of Turkey. The study data were collected using Descriptive Characteristics Information Form, Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (HCAMQ), and Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS). The collected data were analyzed using Kolmogorov–Smirnov, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis, and Spearman correlation tests.

Results: The mean ARMS score of elderly individuals was found to be 14.19 ± 3.01 , showing moderate adherence to medications. The mean HCAMQ score of individuals was 25.93 ± 6.57 , showing positive attitudes of individuals toward CAM. Further, a positive and statistically significant correlation was found between the total scores of ARMS and HCAMQ.

Conclusion: In conclusion, it can be suggested that elderly individuals endeavor to maintain medical therapies for their diseases, and they also have positive attitudes toward complementary and alternative treatments.

Key Words: Elderly individuals, Medication adherence, Complementary and alternative medicines.

S-113 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hakime Aslan¹ Mehmet Dünder²

¹Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

²Yüksek Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırma, Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşireleri ile yürütüldü. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini yoğun bakımda çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 172 hemşire örnekleme dahil edildi. Veriler Bilgi Formu ve “Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 23.0 paket programında yüzdelik, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.0 ± 5.3 'tür. Hemşirelerin %54.7'si kadın, %59.3'ü evli, %84.3'ü lisans eğitim düzeyinde, %48.8'inin meslekte çalışma deneyimi 5-10 yıl arasında değişmekte ve %21.5'i dahili yoğun bakımda çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.9'unun yoğun bakım dışında bir serviste çalışmak istedikleri, %58.7'sinin hasta bakımında gönüllü olmadıkları, %95'inin çalışma süresinde ölüm ile karşılaştığı ve %40.7'si ölüm ile hastalarının acılarının son bulduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %35.5'inin hasta ölümü karşısında başarısızlık hissettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden 44.7 ± 6.9 puan aldıkları saptanmıştır. Yaş ile saygın ölüm ilkeleri ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışılan birim, yoğun bakım dışında çalışmak isteme, bakımda gönüllülük gibi değişkenler ile saygın ölüm ilkeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve çeşitli demografik değişkenlerin saygın ölüm ilkeleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Yoğun bakım, Saygın Ölüm,

ABSTRACT**NURSES' ATTITUDES RELATED TO PRINCIPLES ABOUT DYING WITH DIGNITY AND AFFECTING FACTORS**

Objective: The aim of this study was to determine the attitudes of nurses towards respectable principles of death and the factors affecting them.

Methods: The research was conducted between June and July 2019 with intensive care nurses working at Inonu University Turgut Ozal Medical Center Hospital. Nurses working in intensive care created the universe. There was no selection of samples, and 172 nurses who agreed to participate in the study and met the research criteria were included in the sampling. The data were obtained by using the Information Form and “Assessment Scale of Attitudes towards Principles about Dying with Dignity”. Data were analyzed using SPSS 23.0 software, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U and Kruskal-Wallis H tests.

Results: The average age of the nurses surveyed was 31.0 ± 5.3 . 54.7% of nurses were women, 59.3% were married, 84.3% were on undergraduate education level, 48.8% had work experience in the profession ranging from 5-10 years, and 21.5% worked in internal intensive care. 66.9% of nurses involved in the study wanted to work in a service other than intensive care, 58.7% did not volunteer in patient care, 95% of patients faced death during the study period and 40.7% of patients suffered with death expressed an end. It was found that 35.5% of nurses felt failure in the face of patient death. The nurses received a score of 44.7 ± 6.9 from the Assessment Scale for their attitudes to respectable principles of death. It has been found that there is a negatively significant relationship between age and the respectable scale of death principles. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) between various variables such as gender, education level, unit studied, desire to work outside of intensive care, volunteering in care and respectable death principles.

Conclusion: It was determined that nurses' attitudes towards principles about dying with dignity, were middle and various demographic variables had an effect on respectable death principles.

Key words: Nursing, Intensive Care, Dying with dignity,

S-114 YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİNİN TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTAYA BAKIM VERMEYE YÖNELİK DENEYİM VE TUTUMLARI

Mehmet DÜNDAR¹ Hakime ASLAN²

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

²Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara bakım vermeye yönelik deneyim ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Diyarbakır ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm evrene ulaşılmak hedeflenmiştir. Araştırmada toplam 156 hemşireye ulaşılmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 paket programında yapılmıştır. Veriler; frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29.06 ± 4.72 olduğu, %64.1'inin kadın, %63.5'inin lisans/lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %43.6'sının hasta ile iletişimde kısmen zorlandıkları, %86.5'inin hastaların duygusal destek almalarının önemli olduğunu, %50'sinin yoğun bakımda hasta ziyaretinin olması gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların ağrılarını giderme konusunda hemşirelerin %39.1'inin kendilerini kısmen yeterli gördükleri, %58.9'unun ağrıyı azaltmak için farmakolojik tedavi yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Terminal dönemdeki hastanın ölümü karşısında ne hissettiniz sorusuna hemşirelerin %51.9'u doğal karşıladım ve %28.2'sinin acılarının sona erdiğini düşündüm cevabını vermişlerdir.

Sonuç: Sonuç olarak hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara karşı tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Bu olumlu tutum hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında anahtar rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: Terminal dönem, yoğun bakım, hemşirelik, tutum

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the experience and attitudes of nurses working in intensive care unit to provide care to patients in terminal period.

Method: The research was descriptive. In the research, a questionnaire form which was formed by the researchers was used by scanning the literature. The population of the study consisted of nurses working in intensive care units of a university hospital in Diyarbakır. In the research, it was aimed to reach the whole universe where no sample selection was made. A total of 156 nurses were reached in the study. Data were analyzed by SPSS 23 package program. Data; frequency, percentage and mean.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 29.06 ± 4.72 , 64.1% were female and 63.5% were undergraduate / postgraduate. It was found that 43.6% of the nurses had difficulty in communicating with the patient, 86.5% stated that it was important for the patients to receive emotional support and 50% stated that they should have a patient visit in the intensive care unit. It was determined that 39.1% of the nurses considered themselves partially sufficient to relieve the pain of the patients and 58.9% of them used pharmacological treatment methods to reduce the pain. To the question of how did you feel about the terminal patient's death, 51.9% of the nurses responded naturally and 28.2% thought that their pain had ended.

1468

Conclusion: As a result, it was determined that nurses' attitude towards patients in terminal period was positive. This positive attitude plays a key role in improving the quality of nursing care.

Key words: Terminal period, intensive care, nursing, attitude

S-115 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN AĞRILI HASTADA AĞRIYLA BAŞ ETMEDE KULLANDIKLARI YÖNTEMLER VE AĞRIYA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Sinem Aytıp¹, İbrahim Kuran¹, Elif Oral¹, Fatma Doğan¹, Maral Kargın¹

1Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi. Elazığ, Türkiye

ÖZET

Giriş: Her bireyin hayatı boyunca karşılaştığı subjektif bir deneyim olan ağrı, mevcut veya potansiyel doku harabiyetine bağlı, nahoş, duyuşsal ve emosyonel bir yaşantıdır. Ağrı davranışı ise ağrı, distres ve ıstırabın davranışsal görünümüdür. Ağrıyı hisseden sadece ağrıyı çekendir, dolayısıyla ağrıyı çeken kişinin ağrıyı tanımlaması, sistematik bir yaklaşımla ağrının kontrol altına alınması ve dindirilmeye çalışılması önemli bir faktördür. Ağrının kontrolünde ekibin değişmeyen ve önemli olan üç üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Hemşireyi ağrıyla baş etmede diğer iki ekip üyesinden ayıran hemşirenin hastayla uzun süre iletişim halinde olmasıdır.

Amaç: Bu araştırma, ağrı ile en sık karşılaşan yoğun bakım hemşirelerinin ağrı ile ilgili kullandıkları yöntemlerin belirlenerek ağrıya yönelik bilgi ve davranışlarının tespit edilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmaya bir üniversite hastanesinin yoğun bakım kliniklerinde çalışan 127 hemşire dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ile Hemşirelerin Ağrıyla İlgili Bilgi ve Davranış Anketi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan %68.5'i kadın ve yarısı evli olan hemşirelerin yaş ortalamasının 28.24±4.81 ve %74.8'inin lisans eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%58.3) ağrı kavramı ve ağrılı hastanın bakımına ilişkin eğitim aldıklarını %46.5'nin sıklıkla ve %32.3'ünün de her zaman ağrılı hasta ile karşılaştığı saptanmıştır. Çalışmada hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik uyguladıkları girişimlerin belirlenmesi amacı ile sorulan soruya, hemşirelerin çoğu (%96.1) farmakolojik tedaviyi, %41.7'si masajı ve %17.3'ü de diğer yöntemleri (hipnoz, meditasyon, BDT, müzik terapi) kullandıkları yönünde cevaplar vermişlerdir. Hemşirelerin %45.7'si ağrıyı geçirmede daha etkili bir yöntem olduğu ve %44.9'u ise doktor orderında yazıyor olmasından dolayı ağrılı hastaya en çok kullandıkları yöntemin farmakolojik yöntemler olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranışlarının toplam puanına bakıldığında [Ort±SS (min-max) 14.51±2.19 (8.00-18.00)] hemşirelerin %55.1'nin orta ve %27.6'sının düşük ve %17.3'ünün de yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Araştırma bulgularına bakıldığında hemşirelerin büyük çoğunluğunun farmakolojik yöntemleri tercih ettiğini, bilgi ve davranış düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım hemşirelerine yönelik ağrı ve ağrı kontrolü konusunda hizmet içi eğitim planlanmasının uygun olacağı önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Yoğun bakım, ağrı kontrolü, hemşire

S -116 GENİTAL TUTULUMU OLAN VE OLMAYAN VİTİLİGO TANILI HASTALARDA DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ, CİNSEL DİSFONKSİYON VE DİĞER PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem Kısacık,¹ Serpil Şener,¹ Birgül Cumurcu²

¹İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Cildiye AD, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Psikiyatri AD, Malatya

ÖZET

Amaç: Vitiligo farklı büyüklüklerdeki depigmente maküllerle karakterize, edinsel bir depigmentasyon hastalığıdır. Vitiligo benlik imajını etkileyen cilt lezyonları nedeniyle; kişinin duygusal ve psikolojik iyi oluşunu, cinsel yaşamını ve diğer insanlarla ilişkilerini etkilemektedir. Özellikle genital tutulumunun olup olmaması bu ilişkinin gücünü arttırmaktadır. Bu ilişkiyi ortaya koyan çalışma literatürde kısıtlı olup, çalışmamızda vitiligonun genital bölge tutulumunun olup olmasının sexuel disfonksiyona ve dermatolojik yaşam kalitesine etkisi, anksiyete, depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlığın ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran; 30'u genital tutulumlu vitiligo, 30'u genital tutulumsuz vitiligo ve 30'u kontrol olmak üzere 3 grup altında toplam 90 olgu ile yapılmıştır. Olguların sosyodemografik özellikleri ve ayrıca vitiligo gruplarının klinik şiddetini belirlemek amacı ile Vitiligo Alan Şiddet İndeksi skorları kaydedildi. Tüm gruplara Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulandı. Herbir ölçek puanları hesaplandı.

Bulgular: Olguların 50'si (%55.6) kadın ve 40'ı (%44.4) erkekti. Yaş ortalaması 39.92±9.06'dı. Genital tutulumlu vitiligo grubunda VASİ skoru 4±3.73, genital tutulumsuz vitiligo grubunda 1.75±1.73 olarak hesaplandı. Kontrol grubunun DYKİ, HAD total, ASEX, GRİSS total puan değerleri genital tutulumlu vitiligo ve genital tutulumsuz vitiligo gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0.05). Genital tutulumlu vitiligo ve genital tutulumsuz vitiligo grupları arasında DYKİ, HAD total, ASEX, GRİSS total puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Çalışmamızda vitiligoda genital tutulumu olup olmasının yaşam kalitesi, cinsel ve psikolojik etkilenme açısından fark yaratmadığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel disfonksiyon, genital tutulum, vitiligo, yaşam kalitesi

S-117 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Turgay KOLAÇ¹, Gülsüm YETİŞ¹, Perihan GÜRBÜZ¹

¹ İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,

ÖZET

İlaçların akılcı olmayan şekilde kullanımı önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorunun giderilmesi için akılcı ilaç kullanımı bilincinin geliştirilmesi gerekir. Hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumları, akılcı ilaç kullanımı bilincini oluşturacak bir meslek grubu olmaları nedeniyle önemlidir.

Amaç: Tanımlayıcı türdeki bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Yaz Okuluna kayıtlı ve aktif öğrenim gören öğrenciler oluşturdu. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi, 217 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmada; araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formu kullanıldı. Veriler Temmuz 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında, sınıf ortamında, ders dışı saatlerde toplandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistik ve kıkare analizi ile sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerin %11.1'inin ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığının olduğu, %64.7'sinin daha önce ilaçlar hakkında okul müfredatından akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edindikleri tespit edildi. Öğrencilerin %46.2'si reçetesiz ilaç kullandığını, %54.7'si ilacı doktorun önerdiği süreden önce bıraktığını, %72.9'u ilacı önerildiği saatte kullandığını, %90.1'i ilacın dozunu doktora danışmadan değiştirmedeğini, %41.1'i hastalandığında iyileşmeyi bekleyip, ilerlese doktora gitmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Reçetesiz kullanılan ilaçların; analjezik (%66.4) ve antibiyotik (%12.9) amaçlı olarak kullanıldığı saptandı. Ayrıca öğrencilerin; kullandıkları ilaç ile ilgili bir yan etki veya beklenmedik bir etki ile karşılaşılırsa doktora başvurdukları (%74.4) tespit edildi. Öğrenciler; akılcı ilaç kullanımında en büyük sorumluluğun hastanın kendisine (%49.8) ait olduğunu ve bilinçsiz ilaç kullanımını önlemek için, ilaçların doğru kullanımı hakkında hasta/yakınlarının doktorlar (%77.4), eczacılar (%51.6) ve hemşireler tarafından (%37.3) bilinçlendirmesi gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç: Son yıllarda akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli çalışmalar yapılmasına rağmen; Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde reçetesiz ilaç kullanım oranının yüksek olması ve doktor

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

tarafından reçete edilen ilaçların tavsiye edildiği şekilde kullanılmaması akılcı ilaç kullanımı hakkında önemli eksikler olduğunu göstermektedir.

DETERMINATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS ABOUT RATIONAL DRUG USE

ABSTRACT

Irrational use of drugs is an important health problem. To solve this problem, awareness about the rational drug use has to be developed. The knowledge and attitudes of nursing students about rational drug use are important, as they are professional groups which will constitute awareness about rational drug use.

Aim: This descriptive study was conducted to determine the knowledge and attitudes of nursing students about rational drug use.

Method: The universe of the research is formed by the Inonu University Nursing Faculty Summer School students of 2018-2019 academic year. It was aimed to reach the whole universe, 217 students formed the sample of the study. The data form prepared by the researchers was used in the research. Data were collected during the extracurricular hours in the classroom, between July 2019 and August 2019. Statistical analysis of the obtained data were performed with descriptive statistics and chi-square analysis on computer and the results were evaluated with 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Findings: It was found that 11.1% of the students had a drug usage requiring disease, and 64.7% had previously acquired information about rational drug use from the school curriculum. Of the students; 46.2% stated that they used non-prescribed drugs, 54.7% stated that they stopped to take the drugs before the time prescribed by the doctor, 72.9% stated that they used the drugs at recommended times, 90.1% stated that they did not change the dose of the drug without consulting the doctor and 41.1% stated that they expected to recover when they were ill and preferred to go to the doctor if the disease progresses. Drugs used without prescriptions were obtained to be; analgesics (66.4%) and antibiotics (12.9%). In addition, students were determined to consult doctor if they encountered any side effects or unexpected effects related to the drug they used (74.4%). Students think that; the most important responsibility for rational drug use belongs to the patient himself (49.8%) and in order to prevent unconscious drug use, the patients/relatives should be informed by doctors (77.4%), pharmacists (51.6%) and nurses (37.3%) about the correct use of drugs.

Result: Although important studies have been conducted on rational drug use in recent years, the high rate of non-prescribed drug use among the students of the Faculty of Nursing and the failure to use prescribed medications as recommended by the physician shows that there are important shortcomings about rational drug use. **Key words:** Rational Drug Use, Nursing, Student

S-118 KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN KISITLILIK DURUMLARIİbrahim Caner DİKİCİ¹, Medet KORKMAZ²¹ Harran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Şanlıurfa/ Türkiye² İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye**Özet**

Bu çalışma, Konjestif Kalp Yetersizliği(KKY) olan hastaların kısıtlılık durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Özel Sani Konukoğlu ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi kardiyoloji kliniği ve koroner yoğun bakım ünitelerinde Kasım 2017-Ağustos 2018 tarihleri arasında tedavi gören hastalar, örneklemini ise kabul kriterlerini karşılayan 102 hasta oluşturmuştur. Veriler, Sosyo-demografik hasta tanıtıcı formu, Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptom Profili (CLASP) formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %54,90'ı erkek ve yaş ortalamalarının 54,76±13,35 olduğu belirlendi. Hastaların; kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin orta olduğu, göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının ise ciddi düzeyde olduğu saptanmıştır. CLASP çoğu alt boyutu skorları arasında anlamlı ve orta veya güçlü şiddette olmak üzere negatif yönlü korelasyon olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarının kalp yetersizliği olan hastalarında semptom kontrolüne önem vermeleri, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kısıtlılık, Konjestif, Semptom, Kalp yetersizliği.

Abstract

This study was conducted as a descriptive study to investigate the limitation status of patients with congestive heart failure (CHF). The population of the study consisted of 102 patients who were treated between November 2017 and August 2018 in the cardiology clinic and coronary intensive care units of Private Sani Konukoğlu hospital and Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital, and the sample consisted of 102 patients. Data were collected by face-to-face interview technique using the socio-demographic patient identification form, Cardiovascular Restriction and Symptom Profile (CLASP) form. 54,90% of the patients were male and the mean age was 54.76 ± 13.35. of patients; It was found that they had normal level of restriction in their domestic activities and sexuality score specific to women and men, their anxiety levels were moderate, chest pain, respiratory failure, wrist swelling, fatigue and physical and social functions

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

were severe. There was a significant and moderate or strong negative correlation between most of the CLASP subscale scores. It is recommended that health care workers should pay attention to symptom control in patients with heart failure, and that training programs and initiatives aimed at improving the quality of life should be planned.

Key Word: Limitation, Congestive, Symptom, Heart failure.

S-119 İNMELİ HASTALARDA PALYATİF BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Tuğba Menekli¹, Özlem Coşkun²

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi

²Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi

ÖZET

Giriş: İnme, tüm dünyada kanser ve kalp hastalıklarından sonra gelen en sık ölüm nedenidir. Önlemler alınmaz ve erken müdahale edilmezse kalıcı sakatlıklara yol açmaktadır. Bu nedenle hasta uzun süre immobil olarak yaşamını devam ettirme sorunu ile karşılaşmaktadır ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte sıkıntıya neden olabilecek birden fazla semptom görülmektedir.

Amaç: Bu makalede, inmeli hastalarda palyatif bakımın önemini ve semptom yönetiminde primer bakım verici olan hemşirenin rollerini açıklamak amaçlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Hastaların %95'inden fazlasının ömürlerinin sonunda ya uzun süreli olarak hastanelerde ya da bakımevlerinde 24 saat bakıma ihtiyaçları olmaktadır. Yaşam sonunda inmeli hastalar ve onlara bakım verenlerin ihtiyaçları, diğer kronik hastalıklara sahip olan bireylerden farklılık gösterebilmektedir. Hemşire, hasta ve ailesi ile iş birliği içinde yaşam sonu bakımı için bir plan yapmalı, inmenin son döneminde görülen yaygın semptomları yönetmek için hazırlıklı olmalıdır. Bu kapsamda inmeli hastalarda palyatif bakım süreci genel olarak ağrı, hareket kısıtlılığı, beslenme ve solunum problemleri, bakım verenlerin rolü ve ölüm başlıkları içinde ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: İnme, Palyatif Bakım, Hemşire

SUMMARY

Introduction: Stroke is the most common cause of death worldwide after cancer and heart disease. If precautions are not taken and early intervention is not achieved, it may cause permanent disability. Therefore, the patient experiences immobility for a long time and there are more than one symptoms that may cause distress as the disease progresses.

Objective: In this article, it is aimed to explain the importance of palliative care in stroke patients and the roles of nurses who are primary caregivers in symptom management.

Conclusions and Recommendations: More than 95% of patients require 24-hour care at the end of their life either in hospitals or nursing homes for a long time. At the end of life, the needs of stroke patients and their caregivers may differ from those with other chronic diseases. The nurse should make a plan for end-of-life care in collaboration with the patient and her family, and be prepared to manage the common symptoms seen during the last stroke. In this context, the process of palliative care in stroke patients is generally handled under the headings of pain, limitation of movement, nutrition and respiratory problems, the role of caregivers and death.

Key words: Stroke, Palliative Care, Nurse

**S-120 MEME KANSERİ NEDENİ İLE KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA
TAT DUYUSU DEĞİŞİKLİĞİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**Semiha ERKOCA¹, Medet KORKMAZ²¹Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Ankara/ Türkiye²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye**Özet**

Bu çalışma, meme kanseri nedeni ile kemoterapi tedavisi alan hastalarda tat duyusu değişikliğinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi onkoloji bölümüne gelip Ocak 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi olan hastalar, örnekleme ise kabul kriterlerine uygun 100 hasta oluşturulmuştur. Veriler hasta tanıtım formu, Kemoterapiye Bağlı Tat Alma Değişikliği Ölçeği (K-TADÖ) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 52,09±11,63 olduğu saptanmıştır. SF-36 skorları arttıkça tat alma ölçeğinin skorları düşmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarının genel olarak yüksek,tat alma ölçeğinin skorlarının ise düşük olduğu saptandı. Kemoterapi alan hastalara yönelik tat duyusu bozukluğu sorunlarının belirlenmesi ve bakım planlaması, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerinin uygulanması önerilmektedir.

1479

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi; Tat Alma Değişikliği; Hemşirelik; Meme kanseri.**Abstract**

This study was conducted as a descriptive study in order to investigate the effect of taste change on quality of life in patients receiving chemotherapy for breastcancer. The population of this study consisted of 100 patients who came to Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospitaloncology departmentand treated betweenJ anuary 2018 - July 2018 and the sample consisted of 100 patients. Data were collected by face to face interview technique by means of patient identification form, Chemotherapy-Induced Tasting Change Scale (P-TAD) and SF-36 quality of life scale. Meanage was 52.09 ± 11.63 years. The higher the SF-36 scores, the lower the taste-scale scores. SF-36 quality of life scales cores were generally high. Taste scores were generally low. It is recommended to determine the symptoms of taste sensation and care planning for patients receiving chemotherapy, to plan training programs and interventions to improve the quality of life.

Key Word: Chemotherapy; Taste Change; Nursing; Breast Cancer.

S-121 SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN BAKIM YÜKÜMaksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, M.Emin DÜKEN², Emriye Hilal YAYAN¹¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye²Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ş.Urfa/Türkiye**ÖZET**

Bu araştırma Serebral Palsili (SP) çocukların annelerinin bakım yükünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören SP'li çocukların anneleri (65) ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda annelerin büyük çoğunluğunun okuryazar olmadığı (%64.6), büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%66.2) ve büyük çoğunluğunun bakım yüklerinin ağır olduğu (%61.5) belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise çocuğun bakımına yardım eden birinin var olma durumu ile çocuğun yaşadığı sağlık problemi arasında ($p=0.021$) ve çocuğun hastalandığı dönem ile annenin bakım yükü arasında ($p=0.037$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; SP'li çocukların annelerinin büyük çoğunluğunun bakım yüklerinin ağır olduğu belirlenmiştir.

1480

Anahtar Kelimeler: Anne, bakım yükü, serebral palsi.**CARE BURDEN OF MOTHERS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY****ABSTRACT**

This study was conducted as a descriptive study to determine the care burden of mothers of children with cerebral palsy (CP). This study was conducted with mothers (65) of children with CP who were hospitalized in a Pediatric Clinic of a Training Research Hospital. “Descriptive Information Form” prepared by the researcher and “Burden Interview” were used as data collection tools. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of statistical analyzes, it was found that the majority of mothers were illiterate (64.6%), the majority of them were not working (66.2%) and the majority of them had heavy burden (61.5%). As a result of the correlation analysis, it was found that there was a statistically significant relationship between the presence of the person who helped the care of the child and the health problem experienced by the child ($p = 0.021$) and between the period when the child became ill and the mother's burden ($p = 0.037$). As a result; most of the mothers of children with CP have a high burden of care.

Keywords: Mother, care burden, cerebral palsy.

S-122 KADIN PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERİCİLERİN GENİTAL HİJYEN FARKINDALIĞI VE UYGULAMALARI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Hatice Oltuluoğlu¹, Yurdağül YAĞMUR¹

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Amaç: Bu çalışma, palyatif bakım alan kadın hastalarına bakım verenlerin genital hijyen farkındalığı ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmada nitel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini Mayıs-Haziran 2019 yılında, Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesi Palyatif 1 ve 2 servisinde yatan bayan hastalara bakım veren 14 bakım verici oluşturdu. Veriler; bakım vericiler ile bire bir derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı.

Görüşmeler sırasında bakım vericilere; Bakım verdiğiniz hastanın pedini veya bezini günde kaç kez değiştiriyorsunuz?, bakım verdiğiniz hastanın genital bölgesini ne ile ve nasıl temizliyorsunuz?, bakım verdiğiniz hastanın genital bölgesini tuvaletini yaptıktan sonra kurular mısınız ve ne ile kurularsınız benzeri sorular soruldu.

Bulgular: Veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır. Hastaların 12'sine bakım verenlerin hastaların birinci derecede yakını olduğu belirlendi. Bakım vericilerin yaş ortalamasının 50.07 ± 3.07 (Min;28, Max;73) olduğu, 5'inin lise mezunu olduğu, biri hariç hasta bakımı konusunda herhangi bir eğitim almadıkları, en uzun yedi yıl, en kısa bir ay süredir hastalara baktıkları belirlendi. Hastaların yarısının bilinçli olarak konuşup ihtiyaçlarını söylerken diğer yarısının konuşmadığı veya bilinçsiz konuştuğu saptandı. Bakım vericilerin 8'i,günde en az 1 veya 2 defa hastanın alt bezini değiştirdiklerini, bu durumun hastanın ihtiyacına göre değiştiğini belirttiler. Yarısından çoğu hastalarının altını değiştirirken perine ve anüs bölgelerini ayrı ayrı ıslak mendil ile temizlediklerini belirtti. Hastaların anüs temizliklerinin genelde peçete, kuru bez, ıslak mendil/gazlı bez, su ve sabun ile yapıldığı saptandı. Anüs bölgesi temizlendikten sonra bakım vericilerin 8'i en son genel perine temizliğini önden arkaya, 6'sı ise arkadan öne yaptıklarını belirtti. Bakım vericilerin 8'inin genital bölge temizliği sonrası herhangi kuru bir bez veya peçete ile kurulama yaptıkları saptandı. Hastaların yarıdan fazlasının deri bütünlüğünde bozulma gözlemlenmez iken 5 'inde pişik olduğu saptandı. Deri bütünlüğünü korumaya yönelik olarak pişik kremleri, solüsyonlar, pudra, zeytinyağı gibi materyaller kullandıkları belirlendi. Verilerin analizinde bez değişim süresi, genital bölge temizliği ve deri bütünlüğündeki değişimi içeren üç ana tema belirlenmiştir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonuçları, bakım vericilerin tamamının hiçbir eğitim almadığını, kendi deneyimleri ve hastane personelinin direktifleri ile bakım verdiklerini, verilen bakımın eksik ve bazılarının da yanlış olduğunu göstermektedir. Bakım vericilere genital hijyen konusunda verilecek bilgi palyatif bakım hastalarında görülebilecek genital semptomları azaltmada etkili olacaktır.

S-123 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİNE GÖRE BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUMLARI

Leyla ZENGİN AYDIN¹, Hasan GENÇ², Zehra BATMAZ³,

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

²Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Arş. Gör.

³Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğrenci

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerine göre basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı. Araştırma için kurumdan izin alındı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaz okulu üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören 139 öğrenci ile araştırma tamamlandı. Veri toplama aracı olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile öz-etkililik-yeterlik ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, Pearson Korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının $22.63 \pm 3,01$ olduğu, %61,2'sinin kadın olduğu, %5.8'nin evli olduğu, %25.2'sinin sağlık lisesi mezunu olduğu, %42.4'nün gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi. Öğrencilerin, öz-etkililik-yeterlik puan ortalaması 30.71 ± 5.42 olduğu ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 38.53 ± 5.60 olduğu belirlendi. Korelasyona analizi sonucunda ise öz-etkililik-yeterlik ve basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki hesaplandı ($p > 0.05$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri toplam puan ortalamasının düşük ve basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları toplam puan ortalamasının yüksek olduğu, aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, öz-etkililik-yeterlik, basınç ülseri

ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TO PREVENT PRESSURE ULCERS ACCORDING TO SELF-EFFICACY LEVELS

Leyla ZENGİN AYDIN¹, Hasan GENÇ², Zehra BATMAZ³

¹Dicle University - Atatürk Health College, Academician Doctor

²Dicle University - Atatürk Health College, Research Assistant

³Dicle University - Atatürk Health College, Student

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the attitudes of nursing students to prevent pressure ulcers according to their self-efficacy levels.

Method: This study was conducted descriptively and relationally between the dates of 26-31 July 2018 during the summer term of Dicle University Atatürk Health School. A permission was obtained from the institution in which the study was conducted. The study was completed with 139 students in the 3rd and 4th grade who attended the summer school and agreed to participate in the study without any sample selection. The students' socio-demographic characteristics and self-efficacy, and attitude scales to prevent and pressure ulcers were used as data collection tools. The data were collected by face to face interviewing method while percentage, mean, standard deviation and Pearson Correlation test were used for data analysis.

Results: The mean age of the students participating in the study was 22.63 ± 3.01 , 61.2% of them were women, 5.8% of them were married, 25.2% of them were health high school graduates, and 42.4% of them had equal income and expenses. The mean self-efficacy score of the students was 30.71 ± 5.42 , and their mean score on the mean attitude scale to prevent pressure ulcers was 38.53 ± 5.60 . As a result of correlation analysis, a statistically insignificant relationship was found between the self-efficacy scores and the scores on the attitude scale to prevent pressure ulcers ($p>0.05$).

Conclusion: It was found that the mean total score of the nursing students' on self-efficacy levels was low while their mean total score on the attitudes scale for preventing pressure ulcers was high, and there was no significant relationship between them.

Keywords: Student, self-effectiveness-efficacy, pressure ulcer

S-124 HEMŞİRELİK LİSANS ÖĞRENCİLERİNDE AHLAKİ DUYARLILIK İLE ÖLÜM, TERMİNAL DÖNEM HASTA VE ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hasan GENÇ¹, Leyla ZENGİN AYDIN², Zehra BATMAZ³,

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Arş. Gör.

²Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

³Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Öğrenci

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, hemşire lisans öğrencilerinin etik duyarlılık ile ölüm, terminal dönem hasta ve ötenaziye ilişkin tutum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç – Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel türde olan bu araştırma, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu yaz döneminde 26-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında yaz okulu öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü 114 hemşirelik öğrencisine uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada katılımcılara Veri toplama aracı olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutum Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 istatistik programı kullanılarak, yüzdelik hesabı, ortalama, standart sapma değerleri hesaplamaları yapılmış ve korelasyon analizi ile değişkenler arası ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Mevcut araştırma kapsamına dahil olan katılımcıların yaş ortalaması 22.04'tür. Araştırmaya katılanların %64.9'u kadın, %95.6'sı bekar, mezun olduğu lise incelendiğinde %7.9'u sağlık lisesi mezunu, %92.1'i ise diğer liselerden mezun olduğu hesaplanmıştır. Gelir düzey durumu hesaplamasında katılımcıların %52.6'sı gelirin gideri karşıladığını ifade etti. Araştırmada yapılan ahlaki duyarlılık ölçek puan ortalamaları 73.15±11.06 iken ölüm, ölümcül hasta, ötenazi ilişkin tutum ölçek toplam puan ortalaması ise 147.47±22.93 bulunmuş ve ayrıca ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının normal aralıkta olduğu saptanmıştır. Grup ortalamaları arasındaki farkın gözlenebilmesi için yapılan Independent t ve Oneway Anova testleri yapıldı ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızda korelasyon analiz testi sonucu ahlaki duyarlılık ile ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi tutum arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif yönde ilişki bulundu ($r=0,314$, $p<0.05$).

Sonuç: Hasta bakım uygulamasında yer alan hemşirelik öğrencileri hastanın hastalık ve ölüm sürecinde duygu ve düşüncelerinden etkilendiği, etik açıdan kendi içinde çatışma yaşadığı

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

görülmektedir. Ancak olaylara sistematik yaklaşabilme, daha geniş çerçeveden bakabilme, muhakeme yapma ve empati kurma becerisi kazandırması için ileri hemşirelik eğitim uygulamaları geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire öğrencisi, etik, ölüm, ötenazi

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine the ethical sensitivity of nursing undergraduate students and their attitudes towards death, terminal patients and euthanasia.

Material- Method: This descriptive and relational type of study was applied to 114 nursing students who attended summer school between 26-31 July 2018 and volunteered to participate in the study. It was collected by the researcher by face to face interview method. In the study, the socio-demographic characteristics of the students as well as the Moral Sensitivity Questionnaire and Attitude Scale for Death, Fatal Patient and Euthanasia were used as data collection tools. Data were analyzed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0. Percentage calculation, mean, standard deviation values were calculated and correlation analysis was performed.

Results: Age's mean of participants included in the scope of the present study was 22.04. 64.9% of participated were woman, 95.6% were married, and it was calculated that 7.9% of them were graduated from health high school and 92.1% were graduated from other high schools. In the income level calculation, 52.6% of the participants stated that the income covers the expenses. While the mean score of the moral sensitivity scale in the study was 73.15 ± 11.06 , the mean score of the attitude scale related to death, fatal patients and euthanasia was 147.47 ± 22.93 , and the mean score of the subscales of the scale was found to be in the normal range. Independent t and Oneway Anova tests were performed in order to observe the difference between the groups, and no significant difference was found. In our study, correlation analysis test showed a low level of positive correlation between moral sensitivity and death, fatal patient and euthanasia attitude.

Conclusion: It is seen that the nursing students involved in patient care are affected by the feelings and thoughts of the patient during the illness and death process and there is an ethical conflict within themselves. However, advanced nursing education practices should be developed them to gain systematic approach to events wider perspective, reasoning and empathy.

Keywords: Nurse student, ethics, death, euthanasia

S-125 CANLI VERİCİLİ KARACİĞER NAKLİ SONRASI ALICISI ÖLEN VERİCİLERİN PSİKOSOSYAL SONUÇLARI

Mukadder İspir¹, Sezai Yılmaz¹, Birgül Cumurcu²

¹İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi AD, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Psikiyatri AD, Malatya

Amaç: Canlı vericili karaciğer nakli sonrası alıcı ölümü yaşayan vericilerin psikososyal sonuçlarını ortaya koymak.

Materyal-Metot: İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü'nde 2012-2017 yılları arasında canlı vericili karaciğer nakli yapılan ve alıcısı vefat eden 41 verici ile alıcısı yaşayan 87 verici çalışmaya dahil edildi. Vericilerin hepsine Demografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck umutsuzluk Ölçeği, Karardan Pişmanlık Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel değerlendirme anketi (24 soru) karşılıklı soru cevap şeklinde uygulandı. İstatistiksel olarak tanımlayıcı analizlere ek olarak gruplar arasındaki farklar Ki kare ve student-t testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Canlı vericili karaciğer nakillerinde alıcı ölümü, vericilerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk düzeyleri ile vericilikten duyulan pişmanlığı artıran ve vericilik deneyimi sonrası elde edilecek psikolojik büyümeyi olumsuz etkileyen bir faktördür.

Sonuç: Vericilerin operasyon sonrası dönemde psikososyal açıdan düzenli takipleri yapılmalı, özellikle alıcısı ölen vericiler daha sık takip edilerek ihtiyaç halinde destek ve tedavileri sağlanmalıdır. Vericilere operasyon öncesi vericiliğin psikososyal sonuçları hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır. Vericilerdeki psikososyal sorunlar daha fazla çalışılmaya muhtaçtır.

Anahtar Kelimeler: Canlı vericili karaciğer nakli, vericiler, alıcı ölümü, psikososyal etki

S-126 PEDİATRİK BAKIM YÜKÜNÜ DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Özet: Bakım sorumluluğunu üstlenmiş aile bireylerinin değişen duruma uyum sağlama becerilerini desteklemek bakım yükü ölçeklerinin kullanılmasıyla gerçekleştirilebilir. Bu derlemede, hasta çocuğa bakım sunan bakım vericilerin, bakım yüklerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin özellikleri, geçerlilik ve güvenilirliklerinin paylaşılması amaçlanmıştır. Çalışma literatür taraması yapılarak sentez amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Literatürde “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver strain index, burden interview” gibi çeşitli bakım yükü değerlendirme araçları saptanmıştır. Türkiye’de ise “aile yükü değerlendirme ölçeği, zarif bakım yükü ölçeği” gibi değerlendirme araçları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile elde edilmiş olup, “aile yükü değerlendirme ölçeği” geliştirilmiş Türkçe özgün ve kültürel bir ölçek olarak saptanmıştır.

Literatürde var olan ölçekler yetişkin ve çocuk hastaya bakım verenlerin yükünü ölçmekte ya da belli bir hastalığa sahip çocuğa bakım veren kişilerin bakım veren yükünü değerlendirmektedir. Bu nedenle ülkemizde pediatrik bakımda kronik hastalıklı çocuğa bakım verenlerin bakım yüklerini farklı boyutlarda, etkin bir şekilde değerlendirebilecek özgün ve kültürel ölçüm araçlarına gereksinim olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Bakım Yükü, Ölçek

SCALES USED IN ASSESSING THE BURDEN OF PEDIATRIC CARE

Abstract: Supporting the ability of care-responsible family members to adapt to the changing situation can be achieved through the use of care burden scales. In this review, it is aimed to share the characteristics, validity and reliability of the scales used to evaluate the care burdens of the care donors who provide care to the sick child. The study was carried out for synthesis by scanning literature.

Several maintenance load assessment tools such as “caregiver tasks, caregiver load scale, caregiver strain index, burden interview” have been identified in the literature. In Turkey, assessment tools such as “family load assessment scale, Zarit care load scale” were obtained through validity and reliability study and “family load assessment scale” was determined as an original and cultural scale in Turkish developed.

The scales present in the literature measure the burden of caring for the adult and child patient, or assess the burden of caring for the child with a particular disease. For this reason, it has been observed that in pediatric care in our country, there is a need for unique and cultural measurement tools that can effectively evaluate the care burdens of those who give care to the chronically diseased child in different dimensions.

Key Words: Children, Burden Care, Scale

S-127 HEMŞİRELER ARASINDA PALYATİF BAKIM FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ömer KARTAL

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Ankara, Türkiye

ÖZET

Palyatif bakım yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak olarak tanımlanır (1,2). Çalışmadaki amacımız hemşireler arasında palyatif bakım farkındalığının araştırılması ve tutum-bilgi düzeyinin değerlendirilmesidir. Hastanemizde çalışmakta olan hemşireler arasında palyatif bakım farkındalığını değerlendirmek için 20 maddeden oluşan bir değerlendirme anketi kullanıldı. Katılımcılara yöneltilen “Palyatif bakım felsefesi ve ilkeleri” başlığı altındaki sorulardan en fazla doğru yanıt verilen soru “Palyatif bakım verilebilmesi için hastanın çevresi ile duygusal bağ kuramıyor olması gerekir.” idi (%95). En fazla yanlış cevap verilen ise “Palyatif merkezlerde meydana gelen ölümler bu birimde çalışanlarda kaçınılmaz olarak tükenmişlik yaratır.” idi (%88). Çalışmada elde ettiğimiz veriler ülkemizde palyatif bakım tutum-bilgi düzeyinin gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları arasında palyatif bakım farkındalığının artırılması için eğitim programları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Anket, palyatif bakım, psikososyal

1490

EVALUATION OF PALLIATIVE CARE AWARENESS AMONG NURSES**ABSTRACT**

Palliative care is defined as “An approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness” (1,2). The aim of this study was to investigate the awareness of palliative care and to evaluate the level of attitude-knowledge among nurses. The 20-item questionnaire was used to evaluate the awareness of palliative care among nurses, who are duty in our hospital. The question with the highest percentage of correct responses (95%) was “the provision of palliative care requires emotional detachment.” and the question with the highest percentage of incorrect responses (88%) was “the accumulation of losses makes burnout inevitable for those who work in palliative care.” under the subtitle of “Philosophy and principles of palliative care”. The current findings suggest that the level of palliative care in our country lags behind the developed countries. For this reason, training programs should be established to increase awareness of palliative care among healthcare workers.

Key words: Pain, palliative care, psychosocial, questionnaire

S-128 ANNELERİN EK GIDAYA GEÇİŞ SÜRECİNDEKİ UYGULAMALARI

Emriye Hilal YAYAN¹, Mehmet Emin DÜKEN², Mürşide ZENGİN³

¹ İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

² Haran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Şanlıurfa/ Türkiye

³ Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Adıyaman/ Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırma 0-5 yaş grubu çocukların beslenme özelliklerinin ve annelerin ek gıdaya geçiş sürecindeki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte uygulanan araştırmanın örneklemini Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ilin çocuk kliniğine Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran 150 anne oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30.22±6.75'tir. Annelerin %89.4'ünün ev hanımı, %51.7'sinin ortaokul veya öncesi eğitim aldığı belirlenmiştir. Ailelerin %77.5'i çekirdek tipte olup çoğunluğunun ekonomik durumu orta düzeydedir. Çocukların yaş ortalaması 35.08±16.12 ay (1 ay-5 yaş) ve %56.3'ü erkektir. Çocukların %47'si anne sütü almaya devam ederken anne sütü almayan çocukların %81.9'unun 24. aydan önce süttten kesildiği belirlenmiştir. İlk 6 ay sadece anne sütü alanların oranı %35.8 olarak belirlenmiştir. Çocukların ek gıdaya başlama ayı 5.18±3.18, ilk verilen ek besinler yoğurt (%32.5), çorba (%19.9), mama (%13.9) ve süt (%9.9) şeklindedir. Ek besin verirken çocukların %50.3'üne sırt üstü pozisyon verildiği belirlenmiştir. Annelerin bal, yumurta, balık gibi allerjenik besinler ile inek sütünü 6. aydan önce başlama oranları sırasıyla %20.8, %14.1, %11.1 ve %44.4 olarak saptanmıştır. Annelerin %12.6'sı çocuklara baharatlı gıdalar verdiğini, %51.0'ı çay verdiğini ifade etmiş ve %28.8'i ek besin vermede çocuklarını zorladığını, %41.7'si ise çocuğun dikkatini başka yöne çekerek ek besin verdiğini bildirmiştir. Araştırmaya dahil olan annelerin %55.0'ı ek gıda konusunda bilgi almadığını bildirirken bilgi alanların %65.2'sinin sağlık çalışanlarından (ebe, hemşire, doktor) bilgi aldığı belirlenmiştir. Çocuklara çay, peynir ve ekmeğin karıştırılarak verilmesi (%66.7) ile anne sütünü arttırmak için bulgur tüketilmesi (%43.8) yaygın kültürel uygulamalar olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda anne sütünün erken kesilmesi, ek gıdaya eken başlama, allerjenik besinleri erken dönemde verme, sakıncalı besinler verme gibi konularda hatalı uygulamalar yapıldığı saptanmıştır. Yapılan hataların minimum düzeye indirilebilmesi açısından özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ek gıda konusunda annelere eğitim vermesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Beslenme, Çocuk, Ek Gıda, Hemşirelik

S-129 HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE GİRİŞİMCİLİK VE GİRİŞİMCİ OLABİLMEK

Uzm. Hemşire Mehtap ALAMAN, Prof.Dr. Rukuye AYLAZ

ÖZET

Dünyada gelişmiş ülke ekonomileri irdelendiğinde bu ülkelerde girişimcilik kültürünün oldukça gelişmiş olduğunu görülmektedir. Bütün meslek gruplarında, girişimcilik ve girişimci olma konusu üzerinde giderek daha fazla konuşulan bir alan haline gelmiştir. Tabi bu konu hemşirelik alanında da önem kazanmış ve araştırmacıların ilgi odaklarından biri olmuştur. Konuyla ilgili olarak literatür incelendiğinde, girişimci olabilmenin kişilerin davranış ve kişilik özellikleriyle yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Dolayısıyla toplumlarda başarılı girişimcilerin çoğalması ve girişimcilik kültürünün yerleşmesi için “Bireylerin girişimcilik özelliklerini nasıl arttırabiliriz?” sorusu gündeme gelmiş, konuyla ilgili olarak çözümler önerilmiş ve üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir. Bu yazımızda Hemşirelik mesleğinde de konuyla ilgili eksikliklere dikkat çekmek amaçlanmıştır. Ülkemizde de bu alanda çalışmaların çoğalması ve son yıllarda üniversite ders müfredatlarına eklenen Girişimcilik Eğitimlerinin en etkin şekilde verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Girişimcilik, Girişimci, Hemşirelik

ABSTRACT

When the economies of developed countries in the world are examined, it is seen that entrepreneurship culture in these countries is highly developed. In all occupational groups, entrepreneurship and entrepreneur has become an area of increasing debate. Of course, this issue has gained importance in the field of nursing and has been one of the researchers' focus. When the literature on the subject is examined, it is seen that being an entrepreneur is closely related to the behavior and personality traits of the people. Therefore, for the growth of successful entrepreneurs in societies and the establishment of entrepreneurial culture , the question; “How can we increase the entrepreneurial characteristics of individuals?” has been come up. In this article, it is aimed to draw attention to the deficiencies in the nursing profession. In our country, studies in this field should increase and Entrepreneurship Trainings which have been added to university course curriculums in recent years should be given in the most effective way.

Key Words: Enterpreneurship, Enterpreneur, Nursing

S-130 OBEZİTE VE TARÇININ ETKİLERİ: SİSTEMATİK DERLEME

Perihan Gürbüz¹, Turgay Kolaç², Gülsüm Yetiş²

1.Öğr. Gör. Dr., SHMYO, İnönü Üniversitesi

2. Öğr. Gör., SHMYO, İnönü Üniversitesi

ÖZET

Beden kitle indeksi'nin 30 kg/m² üzerinde olması olarak tanımlanan obezitenin görülme sıklığı tüm dünyada hızla artmaktadır. Yanlış beslenme alışkanlıkları yanı sıra genetik, endokrin veya iyatrojenik nedenlere bağlı olabilen obezite, başta metabolik hastalıklar ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olmak üzere birçok kronik hastalık için önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu durum obezitenin önlenmesi ve tedavisi konularında yapılan çalışmaların önemini arttırmaktadır. Bir çok toplumda yaygın olarak kullanılan tarçın (cinnamon) bitkisinin kan glukoz seviyesini düzenleyici etkisinin bulunması, bu bitkinin obezite üzerinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Amaç: Bu çalışmada tarçın kullanımının insanlarda obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Bu amaç doğrultusunda yayınlanan makaleler Pubmed, Web of Science ve Medline arama motorlarında, Ağustos 2019'da, 'cinnamon and obesity' sözcükleri girilerek taranmıştır. Arama motorlarında sırası ile 52, 69 ve 32 çalışmaya ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaların insanlar ile yapılmış olması, araştırma makalesi olması ve online tam metnine ulaşılabilmesi olarak belirlenmiştir. Makalelerin uygunluğu araştırmacılar tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiş, kapsamı ve konusu bakımından belirlenen kriterlere uyan 8 araştırma makalesi içerik olarak değerlendirilmiştir. Kriterlere uyan makaleler; adı, yayınlanma tarihi, amacı, yazarları, örneklem seçme yöntemi ve sayısı, çalışmanın türü, yöntemi ve çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler açısından incelenerek elde edilen bulgular ve sonuçlar yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: obezite, tarçın, insan

OBESITY AND EFFECTS OF CINNAMON: A SYSTEMATIC REVIEW**ABSTRACT**

Incidence of obesity, defined as the body mass index to be above 30 kg/m^2 , is rapidly increasing all over the world. Obesity, which may be due to genetic, endocrine or iatrogenic causes as well as wrong feeding habits, is considered as an important risk factor for many chronic diseases, including mainly metabolic diseases and cardiovascular system diseases. This situation increases the importance of studies on prevention and treatment of obesity. Cinnamon plant, a widely used plant in many societies, has glucose level regulating effect, suggesting that it may also have an effect on obesity.

Aim: In this study, it is aimed to systematically examine the data obtained from the studies about the effects of cinnamon usage on obesity in humans.

Method: The articles published for this purpose were searched in Pubmed, Web of Science and Medline search engines in August 2019, by entering the words, 'cinnamon and obesity'. 52, 69 and 32 studies were reached in search engines, respectively. The inclusion criteria to the research were determined as; to be conducted with people, to be a research article and to be accessible to online full text. The appropriateness of the articles were evaluated independently by the researchers and 8 research articles that met the criteria, determined in terms of their scope and subject, were evaluated according to their contents. Articles that met the criteria were examined and reviewed by their; names, date of publication, purpose, authors, sample selection method and number, type of study, method and statistical methods used in the study.

Key words: obesity, cinnamon, human

S-131 OREM'İN ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ HEMŞİRELİK KURAMINA GÖRE TIP 1 DİYABET TANILI ADÖLESANIN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMUYeşim ERDEN KARABULUT¹, Ela DURDU TURAN¹¹Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/ Türkiye**Özet**

İnsülinin eksikliği, yokluğu ya da hücre düzeyinde etkisizliği sonucu oluşan Diyabetes Mellitus'un tanısı klasik semptomların varlığı (poliüri, polidipsi, polifaji) ile rastgele alınan plazma örneğinde glikoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması ile konulmaktadır. Çocuklarda en sık görülen endokrinolojik, metabolik hastalık olan Tip 1 DM Türkiye'deki insidansının 20 yaş altı 25.670 çocuk olduğu belirtilmektedir. Diyabetes Mellitus'un tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, diyabeti olan bireyin ve ailesinin eğitimi ve insülin tedavisini kapsamakta ve ömür boyu sürmektedir. Bu çalışmada Tip 1 DM tanılı hastanın gereksinimlerinin Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramına göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan kuramlardan biri olan Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramının esasını, temel insan gereksinimlerine dayalı bir öz-bakım (kişisel bakım) kavramı oluşturmaktadır. Olgu 3 sene önce çok su içme, çok idrara çıkma, kilo kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş, kan şekeri yüksekliği ile kurumumuza sevk edilmiştir. Kurumumuzda diyabet ile ilgili eğitimleri ailesiyle birlikte almıştır. Diyabet ile geçirdiği 3 yıllık süre zarfında olgu ilk 1 yıl kontrollerine düzenli gelmiş ve HbA1c değerini 18.4'den 7.5'e düşürmüştür. Takip eden yılda kontrollerini aksatmaya, tedavi programına uymamaya başlamış ve HbA1c 12,6'ya kadar yükselmiştir. 2019 yılında kontrollerine gelmeyen hasta Diyabetik Ketoasidoz belirtileri ile kurumumuz aciline başvurmuş ve yoğun bakımımızda gerekli tedaviyi görerek servisimize eğitim tekrarı için devredilmiştir. Hemşirelik tanısı olarak olguya; Oral Mukoz Membranda Değişim, Aktivite İntoleransı, Tedavi Programını Uygulamada Zorlanma, Sağlığı Sürdürmede Değişim, Benlik Saygısında Azalma, Bilgi Eksikliği ve anneye yönelik; Rol Performansında Değişim, Korku tanıları koyulmuş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Öz Bakım Eksikliği, Hemşirelik Bakımı, Tip 1 Diyabet, Olgu Sunumu

S-132 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DİSPNENİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Rukuye AYLAZ¹, Gülsüm YETİŞ², Nurdan ÇETİN³

¹ İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye,

² İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye,

³ Muharip Hava Kuvveti Birinci Basamak Muayene Merkezi, Eskişehir

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde, solunum sıkıntısı gibi zorlayıcı semptomlarının bulunması nedeniyle, anksiyete ve depresyon sık görülmektedir.

Amaç: Tanımlayıcı türdeki bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde görülen dispnenin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi / Göğüs Hastalıkları Servisi'nde 1 Şubat – 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında yatan KOAH tanılı hasta bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 242 hasta birey oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (MMRCS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılarak toplandı. Anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7'dir. Bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Crombach alfa değeri (HAD-A) için 0.84, (HAD-D) için 0.76 olarak bulundu. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, Oneway ANOVA, Kruskal Wallis, Man Witney U testleri kullanılarak, sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların; % 67.4'ü erkek, %32.2'si ilkokul mezunu, %75.2'sinin ekonomik durumu orta düzeyde ve yaş ortalamaları 67.90 ± 11.9 'dur. Hastaların %39.3'ünün eşi ile birlikte yaşadığı, %43.0'nın ailesinde KOAH hastası bireylerin olduğu, % 69.7'sinin KOAH dışında başka bir kronik hastalığının da olduğu tespit edildi. Hastaların ortalama 10.87 ± 10.27 yıldır KOAH tanısı aldığı, %74.4'ünün evde nebulizatör kullandığı, %13.6'sının tedavilerini düzenli uygulamadığı, %14.5'inin halen sigara içtiği belirlendi. Kesme puanlarına göre hastaların %62.8'inin anksiyete, %69.8'inin ise depresyon açısından risk altında oldukları tespit edildi. Çok şiddetli dispnesi olan hastaların anksiyete (14.41 ± 4.54) ve depresyon (11.50 ± 4.65) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer dispne düzeylerindeki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

SONUÇ: KOAH hastalarının; depresyon ve anksiyete bozukluğu açısından risk altında oldukları ve dispne düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin de arttığı görüldü.

THE EFFECT OF DYSPNEA ON ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

ABSTRACT

Anxiety and depression are common in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) due to the presence of compelling symptoms such as respiratory distress.

Aim: The research was conducted as a descriptive in order to determine the effect of dyspnea on anxiety and depression levels in Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients'.

Methods:

The population of the study consisted of patients with COPD people who were hospitalized in İnönü University Turgut Özal Medical Center / Chest Diseases Service between February 1 - May 30, 2019. The sampling, on the other hand, consisted of 242 patient complying with the inclusion criteria and having the power to represent the universe by 98% out of 95% confidence interval, determined according to the power analysis, with 0.05 influence quantity and 5% level of significance. Data were collected by using Personal Information Form which was formed by the researchers, Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (MMRCS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) form. The cut-off score was 10 for the anxiety subscale (HAD-A) and 7 for the depression subscale (HAD-D). The Crombach alpha value of the scale was found to be 0.84 for (HAD-A) and 0.76 for (HAD-D). Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t test, Oneway ANOVA, Kruskal Wallis, Man Witney U. The results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: Patients participating in the study; 67.4% were male, 32.2% were primary school graduates, 75.2% had moderate economic status and the mean age was 67.90 ± 11.9 . It was found that 39.3% of the patients lived with their spouse, 43.0% had individuals with COPD in their family and 69.7% had another chronic disease other than COPD. It was determined that the patients were diagnosed with COPD for a mean of 10.87 ± 10.27 years, 74.4% used nebulizers at home, 13.6% did not apply their treatments regularly and 14.5% were still smoking. According to cut-off scores, 62.8% of the patients were at risk for anxiety and 69.8% for depression. The mean scores of the patients with severe dyspnea from the anxiety (14.41 ± 4.54) and depression (11.50 ± 4.65) subscales were found to be significantly higher than the patients with other dyspnea levels ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the study COPD patients; they were at risk for depression and anxiety disorder, and as their dyspnea levels increased, depression and anxiety levels also increased.

Key Words: COPD, Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale, dyspnea

S-133 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öğrt. Üyesi Ümmühan AKTÜRK¹, Gülüstan ŞAHİN², Velat AKCAN³

Özet

Amaç: Bu çalışma, bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini bir Devlet Hastanesinde Haziran- Eylül 2019 tarihleri arasında dahili -cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 132 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler hemşireleri tanıtım formu, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 29.44 ± 5.53 , çalıştıkları süre 12.26 ± 10.02 olup, hemşirelerin %60.6 kadın, % 43.2'si evli, % 65.9'u Lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %59.1'inin yoğun bakımda 2-5 yıllık bir deneyime sahip olduğu, %68.9'u mesleğini isteyerek seçtiğini, %81.1'inin yoğun bakım hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %100 ölen hasta ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum alt boyut puan ortalaması 17.89 ± 3.66 , Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış alt boyut puan ortalaması 33.93 ± 5.37 dir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 51.83 ± 6.96 dir. Araştırmada hemşirelerin yaş ile Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Davranış alt boyutu ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranış toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$, $r = .285$; $p < 0.040$, $r = .179$). Buna göre hemşirelerin yaşları ilerledikçe Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının da pozitif yönde arttığı belirlenmiştir.

Sonuç:

Çalışmada ki hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları pozitif yönde orta düzeyin üzerinde puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Buna göre hemşirelerin profesyonel tutumlarını artırıcı mesleki eğitimler düzenlenmelidir. Profesyonellik yolunda ilerlemenin en temel yolu, hemşirenin mevcut mesleki durumları ile ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler

Palyatif bakım, Tutum, Yaşam sonu bakım, Yoğun bakım hemşiresi.

EVALUATION OF ATTITUDE AND BEHAVIOR OF INTENSIVE CARE NURSES FOR END-LIFE CARE

Abstract

Purpose: The aim of this study was to evaluate the attitudes and behaviors of nurses working in intensive care units of a hospital towards End of Life Care.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 132 nurses working in internal-surgical intensive care units in a State Hospital between June-September 2019. The data were collected by using nurses 'introductory form, Intensive Care Nurses' Attitudes and Behaviors Towards End-of-Life Care Scale. Descriptive statistics and correlation statistics analysis methods were used in the evaluation.

Results: The mean age of the nurses was 29.44 ± 5.53 , and the duration of the study was 12.26 ± 10.02 , 60.6% of the nurses were female, 43.2% were married and 65.9% were undergraduate graduates. 59.1% of the nurses stated that they had 2-5 years experience in intensive care, 68.9% stated that they chose their profession willingly, 81.1% had information about intensive care and they met 100% of the patients who died. The mean score of the Attitude Towards End-of-Life Care for Intensive Care Nurses was 17.89 ± 3.66 , and the mean score of End-Life Behavior for Intensive Care Nurses was 33.93 ± 5.37 . The total average score of the Intensive Care Nurses' Attitude and Behaviors Scale for End of Life Care is 51.83 ± 6.96 . In the study, a positive correlation was found between the age of the nurses and the subscale of Behavior for End of Life Care and the total scale score of Attitude and Behavior for End of Life Care ($p < 0.001$, $r = .285$; $p < 0.040$, $r = .179$). Accordingly, it was determined that the attitudes and behaviors towards end-of-life care increased positively as the age of nurses advanced.

Conclusion: In the study, it was determined that the nurses' attitude and behavior towards end-of-life care had a positive score above medium level.

Accordingly, professional trainings should be organized to increase the professional attitudes of nurses. The most basic way to progress towards professionalism should be to increase the awareness of nurses about their current professional situations.

Keywords: Palliative care, Attitude, End of life care, Intensive care nurse.

S-134 ABDOMİNOPELVİK RADYOTERAPİ UYGULANAN REKTUM VE MİDE KANSERİ HASTALARINDA GRELİN DÜZEYİNİN VÜCUT KOMPOZİSYONU VE HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Hazan Özyurt*, Sevgi Özden*

*Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Grelin oreksijenik hormondur. Grelin agonistleriyle bulantı-kusma, hafıza ve ağrının tedavisi günümüzde araştırılmakta olan bir konudur. Bu çalışmada mide veya rektum kanseri tanısıyla kemoradyoterapi uygulanan hastalarda grelin düzeyi ile yaşam kalitesi ve vücut kompozisyonu arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlandı. On dört mide ve 20 rektum kanseri tanılı kemoradyoterapi uygulanan toplam 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Radyoterapinin ilk ve son günü EORT hayat kalitesi (QoL)-30, vücut kompozisyonu ve grelin ölçümleri yapıldı. Grelin düzeyleri ile genel sağlık, ağrı ve bulantı-kusma skorları arasında anlamlı korelasyon saptandı ($r=.408$, $p=0.042$). Tedavi sonrası uykusuzluk düzeyi artan hastaların tedavi sonrası grelin düzeyleri anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0.018$). Tedavi öncesi grelin düzeyi ise kemik mineral ağırlığı ($p=0.037$) ve viseral yağ oranı ($p=0.043$) tedavi sonrasında azalan hastalarda daha düşüktü. Bu çalışmada grelin konsantrasyonu ile QoL ve vücut kompozisyonu arasındaki ilişki ve bu ilişkinin kemoradyoterapi ile nasıl değiştiği gösterildi. Bu ölçümler klinikte semptomların yönetiminde grelin kullanımına kılavuzluk edebilir.

Anahtar Kelimeler: grelin, radyoterapi, hayat kalitesi, vücut kompozisyonu

THE EFFECT OF GHRELIN ON BODY COMPOSITION AND QUALITY OF LIFE IN ABDOMINOPELVIC RADIOTHERAPY IMPLEMENTED PATIENTS

Hazan Özyurt*, Sevgi Özden*

*Kartal Dr. Lutfi Kırdar Research and Training Hospital, Radiation Oncology Department, Istanbul, Turkiye

ABSTRACT

Ghrelin is an orexigenic hormone. Treatment of nausea-vomitting, insomnia, memory and pain with ghrelin agonists is an investigational issue. We evaluated the relationship between ghrelin and body composition and quality of life (QoL) in rectal and gastric cancer patients treated with chemoradiotherapy. Fourteen and 20 patients with the diagnosis of gastric and rectum cancer patients respectively were included. On the first and last day of radiotherapy, QoL, body composition and plasma ghrelin concentrations were measured. Global health, pain, insomnia, nausea-vomitting scores were found to be correlated with plasma ghrelin concentrations ($r=.408$, $p=0.042$). Patients with increased insomnia scores at the end of radiotherapy had lower ghrelin concentrations than those with decreased-unchanged patients ($p=0.018$). Those patients with lower initial ghrelin concentration had reduced bone mineral weight ($p=0.037$) and visceral fat ratios ($p=0.043$) after chemoradiotherapy. We conclude that QoL and body composition measurements may guide to clinical use of ghrelin.

1501

Key Words: Ghrelin, radiotherapy, quality of life, body composition

S- 135 PALYATİF BAKIMDA AĞRI YÖNETİMİTuğba Çınarlı¹, Esra Danacı², Zeliha Koç³¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Samsun/ Türkiye²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Zonguldak/ Türkiye³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye**ÖZET**

Ağrı doğum, büyüme, hastalık ve ölüm gibi yaşamın her anında ortaya çıkabilen insan varlığının doğası ile ilgili olan bir süreçtir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP), ağrıyı “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum” olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte klinik açıdan en yararlı bulunan tanım ise McCaffery tarafından yapılmıştır. McCaffery ağrıyı “bireyin söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamaktadır. Acıyı ve ağrıyı başarılı bir şekilde hafifletmek, gidermek ve değerlendirmek oldukça zordur. Kanıtlar ağrının, palyatif bakım ortamında tedavi edilemediğini, bu durumun hastanın rahatsızlığına önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ve hastaların yaşam sonu dönemde acı çektiğini göstermektedir. Bu nedenle optimal ağrı kontrolü sağlamak için tüm sağlık bakım profesyonellerinin palyatif bakım ortamlarında ağrı sıklığını, ağrının yönetimini engelleyen nedenleri değerlendirebilmesi ve rahatlama sağlamak için kullanılan en uygun tedavilerin farkında olması gerekmektedir.

1502

Anahtar Kelimeler: Acı, ağrı, palyatif bakım**PAIN MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE**

Tuğba Çınarlı, Esra Danacı, Zeliha Koç

¹Ondokuz Mayıs University, Vocational School of Health Services, Samsun/ Turkey²Zonguldak Bülent Ecevit University, Ahmet Erdoğan Vocational School of Health Services, Zonguldak/ Turkey³Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun/ Turkey**ABSTRACT**

Pain is a process related to the nature of human existence that can occur at any moment in life such as birth, growth, disease and death. The International Association for the Study of Pain (IASP) describes pain as an "unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage." However, the most clinically useful definition has been made by McCaffery. McCaffery describes pain as “whatever the experiencing

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

person says, if a person says it exists, then it does". It is rather difficult to alleviate, relieve and evaluate suffering and pain successfully. Evidence indicates that pain cannot be treated in a palliative care setting, that this situation contributes significantly to the patient's discomfort, and that patients suffer in the end-of-life period. Therefore, in order to achieve optimal pain control, all health care professionals should be able to evaluate the frequency of pain in palliative care settings and the reasons that prevent pain management, and be aware of the most appropriate treatments for relief.

Keywords: Suffering, pain, palliative care

S-136 PEDIATRİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ İÇİN REİKİ KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

Çiğdem ERDOĞAN¹, Türkan TURAN¹, Bakiye PINAR²

¹ Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli/Türkiye

² Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Denizli/Türkiye

Giriş: Günümüzde artan sağlık problemleri nedeniyle tıbbi tedavinin yanında alternatif ve tamamlayıcı tedavilerde uygulanmaktadır. Uygulayıcının doğal enerjisini kişiye aktaran “Reiki” de tamamlayıcı tedaviler arasında yer alan bir enerji terapisi. Eller aracılığıyla kişiye enerji aktarımı yapılarak bireyin uyumunu, dengesini artırmanın yanında gücünü de artırmaktadır. Bu tedaviler yetişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da kullanılmaktadır.

Amaç: Bu araştırmada pediatri yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan çocuklara uygulanan reikin çocukların ağrı düzeyleri, oksijen saturasyonu ve nabızları üzerine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Araştırmaya pediatri yoğun bakım ünitesinde yatan 2-7 yaş arası 30 çocuk (deney=15, kontrol=15) dâhil edilmiştir. Deney grubunda bulunan çocuklara ortalama 20 dakika olmak üzere haftada 2 seans Reiki terapisi uygulanmıştır. Reiki seansları vücudun belirli noktalarına (baş bölgesine, bedenin ön tarafı, ayak bölgesi ve bedenin arka tarafına) 19 el pozisyonu kullanılarak uygulanmıştır. Reiki terapisi uygulanmadan önce ve terapi sonunda çocukların ağrı, nabız ve oksijen saturasyon düzeyleri incelenmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir işlem yapılmamıştır.

Bulgular: Araştırmaya dâhil edilen 60 çocuğun yaş ortalamaları 3.8 ± 1.32 idi. Çocukların reiki öncesi demografik özellikleri, ağrı ve saturasyon düzeyleri, kalp hızları benzerdi ($p>0.05$). Çocukların reiki terapisi sonrasında oksijen saturasyonu ve kalp hızı değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ağrı şiddetinde ise gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tartışma: Çalışmanın sonucunda palyatif bakımda ağrı yönetiminde reiki seansı uygulamanın etkin olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Tamamlayıcı tedaviler arasında bulunan Reiki'nin çocuk yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının faydalı olabileceği düşünülmekte ve pediatri alanında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Reiki, çocuk, palyatif bakım, ağrı

S-137 RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION, DISABILITY AND FRAILTY IN OLDER ADULTS

Güzin Çakmak¹, Ahmet Çiğiloğlu¹

¹Gaziantep University, Faculty of Medicine, Department of Geriatrics , Gaziantep, Turkey

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition is a common and severe problem in elderly. Malnutrition in elderly can be defined as inaccurate or insufficient status of nutrition. Frailty is a clinical syndrome. In this study we aimed to define relationship between malnutrition, disability and frailty.

Material and methods: Patients that applied to outpatient clinic of geriatrics were taken in this cross-sectional study. Patients were evaluated with MNA-SF, MNA-LF, GLIM criteria, Katz index, Lawton Brody scale, Fried's criteria, SOF index and bioimpedence tests.

Results: In our study, 37% of participants were frail and 55% pre-frail in order to Fried criteria, 47% of participants were frail and 39% pre-frail in order to SOF index. MNA-LF, GLIM scores and smooth muscle index were found to be related with both Fried's and SOF scores. Relationships were summarized in Table-1.

Conclusion: We showed that malnutrition was related with disability, frailty and sarcopenia in older people

Keywords: sarcopenia, malnutrition, frailty, disability

S-138 GEBELİKTE EPİLEPSİ: OLGU SUNUMU

Özlem Soylu*, Gülçin Nacar**

*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi

** İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD

ÖZET

Episepsi vakalarının yaklaşık dörtte biri reproduktif çağdadır. Ancak son yıllarda ilaç tedavisi ile nöbetlerin kontrol altına alınmasıyla epileptik kadınlar daha fazla oranda gebe kalabilmektedir. Epilepsi gebelikte en sık görülen nörolojik komplikasyonlardan biridir. Gebelikte epilepsi insidansı %0.3-0.7 arasında değişmektedir. Gebelikte epilepsi hem maternal hem de fetal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Epileptik kadınların büyük kısmında gebelikte nöbet sıklığında değişim olmazken, gebelerin üçte birinin nöbetlerinde artış meydana gelebilmektedir. Gebelikte miktarı artan östrojen ve progesteron nöral uyarılabilirliği artırabilmekte ve nöbet eşiği değiştirebilmektedir. Epileptik nöbetlerin yanı sıra kullanılan antiepileptik ilaçlar da maternal ve fetal komplikasyonlar neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda 21 yaşında 10 yıldır epilepsi tanısı bulunan gebe hastanın beyin ödemi + ensefalit tanısı nedeniyle klinikteki takibi incelenmiştir. Hastaya dekompresif cerrahi yapıldıktan sonra yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımı sürdürülmüştür. Bu olgu sunumunun amacı, 18 haftalık gebe olan epilepsi tanılı hastanın beyin ödemi + ensefalit tanısı ile klinikte almış olduğu tedavi ve bakımın incelenmesidir.

1506

Anahtar Kelimeler: beyin ödemi, ensefalit, epilepsi, gebelik**EPILEPSY IN PREGNANCY: CASE REPORT****ABSTRACT**

Approximately one quarter of the cases of epilepsy are in the reproductive age. However, epileptic women may become more pregnant by controlling seizures with drug treatment in recent years. Epilepsy is one of the most common neurological complications during pregnancy. The incidence of epilepsy in pregnancy varies between 0.3-0.7%. Epilepsy in pregnancy can cause both maternal and fetal complications. While the frequency of seizures does not change in the majority of epileptic women, one-third of pregnant women may have increased seizures. Increased estrogen and progesterone in pregnancy may increase neural excitability and change seizure threshold. In addition to epileptic seizures, antiepileptic drugs can cause maternal and fetal complications. In this case report, a 21-year-old pregnant patient who had been diagnosed with epilepsy for 10 years was followed up in the clinic for brain edema + encephalitis. After decompressive surgery, the patient was treated and maintained in the intensive care unit. The aim of this case report is to investigate

the treatment and care of the patient with epilepsy who is 18 weeks pregnant with the diagnosis of brain edema + encephalitis.

Keywords: brain edema, encephalitis, epilepsy, pregnancy

S-139 EFFECT OF GOOD SLEEPING AND EATING HABITS ON QUALITY OF LIFE

Güzin Çakmak¹

¹Gaziantep University Faculty of Medicine, Department of Geriatrics, Gaziantep, TURKEY

Introduction: Sleeping disturbances are common in elderly and adversely affect physical and mental status. Also eating disorders have a serious impact on health and may lead to physical, mental and social impairment. In this study we evaluated, relationship between sleep quality, eating habit and life quality.

Material and methods: Sleep quality was evaluated by using Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (1). Eating habit was tested by using eating attitudes test-26 (EAT-26) (2). Life quality was evaluated by using EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) scoring (3).

Results: 42 patients aged 65- 75 (mean age: 69±3) years were included in this study. PSQI scores were positively related with EAT-26 scores ($p=0,035$, $r=0,327$). EQ-5D index scores were negatively related with PSQI ($p<0,001$, $r=-0,582$) and EAT-26 scores ($p=0,002$, $r=-0,455$).

Discussion: During aging, eating and sleeping habits are changing negatively and life quality decreases. Providing medical support about this issue can improve general health status of older patients.

Key words: sleep, quality of life

S-140 EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİYLE EMPATİK EĞİLİM VE MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seda Hazar¹ Sinem Aytıp² Sermin Timur Taşhan³

¹Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tunceli/Türkiye

²Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/Türkiye

³Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ebe ve hemşirelerin doğurganlık özellikleri ile empatik eğilim ve maneviyat ve manevi bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir. Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesinde çalışan 79 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Tanıtım Formu, Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MBDÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada katılımcıların %97.5'i hemşire olup, %62'sinin evli olduğu saptanmıştır. Evli olan ebe ve hemşirelerin %55.7'sinin gebelik öyküsüne sahip olduğu ve %13.6'sının düşük ve %15.9'unun ise kürtaj yaşadığı saptanmıştır. Ebe ve Hemşirelerin EEÖ puan ortalamasının 66.0±9.6, MBDÖ puan ortalamasının ise 3.32±0.47 olduğu saptanmıştır. Araştırmada kürtaj olan katılımcıların EEÖ puan ortalaması 57.14±7.1, kürtaj olmayanların ise 66.13±0.9'dir (p<0.05). Araştırmada ebe ve hemşirelerin EEÖ puan ortalamaları ile gebelik ve düşük yaşama durumu ve MBDÖ ölçek puan ortalamaları ile ebe ve hemşirelerin doğurganlık özellikleri (gebelik, kürtaj, düşük) arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Araştırmada ebe ve hemşirelerin kürtaj deneyiminin empatik eğilimi azalttığı saptanmıştır. Ancak ebe ve hemşirelerin doğurganlık özelliklerinin manevi bakım algılarını etkilemediği görülmektedir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğurganlık Özellikleri, Ebe, Hemşire, Empati, Maneviyat,

S-141 PALYATİF BAKIM VE SEMPTOM YÖNETİMİ

Tuğba Çınarlı, Esra Danacı, Zeliha Koç

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Samsun/ Türkiye

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Zonguldak/ Türkiye

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı semptom yönetimi, takım çalışması, ilişkiler ve iletişim ile hastalık süresince ve ölümden sonra hasta yakınlarına destek olmak üzere dört temel öğeye dayandırmaktadır. Bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonellerinin çoklu semptomlar ile baş etmesinde en etkili yollardan biri olan semptom kontrolü palyatif bakımın vazgeçilmez bir unsurudur. Hastalık veya tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların etkin bir şekilde yönetilememesi, hastaların tedaviyi bırakması, tedavi dozunun azaltılması ve yaşam kalitesinin azalması gibi olumsuzluklarla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle semptom yönetimi, acıyı azaltmak, yaşamın işlevini ve kalitesini en üst düzeye çıkarmak için semptom sıkıntısını belirlemek ve hafifletmeye odaklanmış bir bakım sürecidir. Hasta bakım kalitesinin yanı sıra bakım verenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin de sürdürülmesi amacıyla sağlık profesyonellerinin hastayı bütüncül yaklaşımla ele alan iyi ve organize olmuş bir bakım planı hazırlamaları, uygulamaları ve sonuçlarını değerlendirmeleri son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, semptom yönetimi, yaşam kalitesi

PALLIATIVE CARE AND SYMPTOM MANAGEMENT

Tuğba Çınarlı, Esra Danacı, Zeliha Koç

1Ondokuz Mayıs University, Vocational School of Health Services, Samsun/ Turkey

2Zonguldak Bülent Ecevit University, Ahmet Erdoğan Vocational School of Health Services, Zonguldak/ Turkey

3Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun/ Turkey

ABSTRACT

The World Health Organization bases palliative care on four main components: symptom management, teamwork, relationships and communication, and support to patient's relatives during and after illness. Symptom control, which is one of the most effective ways of coping with multiple symptoms in the care and treatment process for patients and health professionals, is an indispensable element of palliative care. Failure to effectively manage symptoms associated with the illness or treatment can result in adversities such as patients discontinuing treatment, reducing treatment dose, and decreasing quality of life. Therefore, symptom management is a care process focused on identifying and alleviating symptom distress in order to reduce pain and maximize the function and quality of life. In order to maintain the quality of patient care as well as the physical, psychological and social well-being of the caregiver, it is crucial that health professionals prepare, implement and evaluate the results of a well-organized care plan that addresses the patient in a holistic approach.

1511

Keywords: palliative care, quality of life, symptom management.

S-142 HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDET EĞİLİMİ, TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Fatma KESKİN¹ Yurdagül YAĞMUR², Cansu AĞRALI³

¹Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

²Prof. Dr., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

³Hemşire, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

ÖZET

Bu çalışma hemşirelik fakültesi öğrencilerinin şiddet eğilimi, toplumsal cinsiyet algısı ve bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel türde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Malatya İnönü Üniversitesinin Hemşirelik Fakültesi 2018- 2019 yaz okuluna katılan 320 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiş, ancak katılmak istemeyen öğrenciler olması nedeniyle 308 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Toplumsal Cinsiyet Algısı (TCAÖ) ve Şiddet Eğilim Ölçeği (ŞEÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA ve Korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmada öğrencilerin %73.4'ü kadın olduğu, %97.4'ünün bekar olduğu, %62.7'sinin gelirinin giderine denk olduğu %87.7'sinin çekirdek aile olduğu ve %86.4'ünün toplumsal cinsiyet kavramını duyduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyet ve ekonomik durumu ile ŞEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Öğrencilerin cinsiyet, medeni durum ve aile tipi değişkenleri ile TCAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının düşük ve şiddet eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle öğrencilerin eğitim müfredatlarına toplumsal cinsiyet algısı ile şiddet eğilimi arasındaki ilişkiyi ele alan konuların dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet Algısı, Şiddet Eğilimi, Üniversite Öğrencileri

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN VIOLENCE TENDENCY, PERCEPTION OF SOCIAL GENDER AND SOME DEMOGRAPHIC VARIABLES OF NURSING FACULTY STUDENTS

Abstract

This study was conducted in a cross-sectional manner in order to examine the relationship between violence tendency, perception of social gender and some demographic variables of nursing faculty students. The universe of the study was formed by 320 students attending the 2018-2019 summer school of the Faculty of Nursing at Malatya Inonu University. It was aimed to reach the whole universe without selecting the sample. However, as there are students who do not want to participate, 308 students formed the sample. Personal Information Form, perception of social gender Scale and Violence Tendency Scale were used to collect the data. Descriptive statistics, t test in independent groups, One Way ANOVA and Correlation test were used in the analysis of the data. The study found that 73.4% of the students were female, 97.4% were single, 62.7% had income equivalent to expenses, 87.7% had a core family, and 86.4% had heard the concept of gender. The difference between the gender and economic status of the students and the mean scores of the violence tendency scale was found to be statistically significant ($p < .05$). The difference between the gender, marital status, and family type variables of the students and the mean scores of the perception of social gender scale was found to be statistically significant ($p < .05$). According to these results, it was determined that gender perceptions of male students were low and violence tendencies were high. For this reason, it is considered that students' educational curricula should include subjects that deal with the relationship between gender perception and tendency to violence.

1513

Key Words: Gender Perception, Violence Tendency , University Students

S-143 MALATYA İLİNDE PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA BASI ÜLSERİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNihal Altunışık¹, Zeliha Korkmaz Dişli²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı¹Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü²**ÖZET**

Giriş ve Amaç: Bası ülseri (dekübitis ülseri, yatak yarası), en sık parapleji, kuartripleji, koma tablosu bulunan yoğun bakım hastalarında ve yaşlılarda ortaya çıkan, uzun süre basıya maruz kalan bölgelerde iskemi sonucu ortaya çıkan ülselerdir. Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan multidisipliner bakımdır. Dermatoloji literatüründe bası ülselerinin prevalansını ve klinik özelliklerini inceleyen bildiri sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada Malatya ilinde palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bası ülselerinin prevalansının tespit edilmesi ve ülselerin klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 08.2018 – 08.2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Ülselerin yerleşim yeri, derinliğine göre klinik evresi kaydedildi.

Bulgular: Palyatif ünitesinde hizmet verilen 218 hastanın toplam 98'inde bası ülseri vardı. Bu hastaların 108'i kadın, 110'u erkek, yaş ortalaması 72,23, ortalama yatış süreleri 15,1 gündü. Hastaların %64,2'ünde nörolojik patoloji, %12,2'sinde kalp yetmezliği %7'sinde malignite mevcuttu. En çok evre 2 (%56) bası ülseri saptandı (Tablo 1). Bası ülseleri başlıca koksiks bölgesinde (%38) yerleşim gösteriyordu (Tablo 2).

Sonuç: Oluşumu kolay önlemlerle engellenebilen bası ülseleri yatağa bağımlı ve ciddi hastalığı olan hastalarda hala sık görülen bir sağlık problemidir. Bu çalışma günümüzde tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yerini alan ve yeni bir disiplin olan palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bası ülselerinin sıklığını ve klinik özelliklerini saptamamızı sağlamıştır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, bası ülseri, klinik

**PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES**

Tablo 1. Ülserlerin klinik evresine göre hasta dağılımı

	Hasta sayısı
Evre 1	13
Evre 2	55
Evre 3	9
Evre 4	7
Derin doku hasarı	4
Evrelendirilemeyen evre (nekroz)	10
Toplam	98

Tablo 2. Bası ülserlerinin evrelere göre yerleşim bölgelerinin dağılımı

	Koksiks	Sakrum	Sol Gluteal	Sağ Gluteal	Sol Trokanter	Sağ Trokanter	Sol Gluteal	Sağ Gluteal	Sol Topuk	Sağ Topuk	TOPLAM
Evre 1	11		3				1				15
Evre2	14	11	12	12	2	3			1		55
Evre 3	4	2					1				7
Evre 4	3	1					1				5
Derin doku hasarı									3	2	5
Evrelendirilemeyen evre (nekroz)	6	3					1	1			11
Toplam	38	17	15	12	2	3	4	1	4	2	98

S-144 PALYATİF BAKIMDA ÖLÜM KAYGISI VE HEMŞİRELİK

Nurdan Çetin

Muharip Hava Kuvvet Komutanlığı, Birinci Basamak Muayene Merkezi, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Palyatif bakım hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan disiplinler arası tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Palyatif bakım ağrı ve çeşitli belirtilerin kontrolünün yetersiz kalması, tedavi seçeneklerinin azalması ve prognozun giderek kötüleşmesi gibi nedenlerle çok sayıda karmaşık sorunu barındırarak ölümlerle sonuçlanabilir. Ölüm; tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup, bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir. Ölüme karşı insanların gösterdiği tutumlar kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Ölüm kaygısı doğumdan itibaren varolan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığını içeren duygudur. Palyatif bakımda hemşireden ölmekte olan hastayı bütüncül olarak ele alması, yaşam kalitesini en üst düzeye çıkararak psikososyal açıdan iyilik halini sürdürmesine yardım etmesi beklenir. Bu zor ve karmaşık süreçte hemşirenin ölüme ilişkin duygularının farkında olması ve bu duyguları iyi yöneterek hasta bakımını sağlaması palyatif bakımın niteliğini artırır. Bu makale palyatif bakım içerisinde ölüm kaygısı ve hemşirelik kavramları üzerine odaklanmaktadır.

1516

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, ölüm kaygısı, hemşirelik.

S- 145 TOPLUMA DAYALI PEDİATRİK PALYATİF BAKIM

Mukaddes Demir Acar¹, Ulviye Günay²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Tokat, Türkiye.

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Malatya, Türkiye.

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden sorunları bulunan hasta ve ailesine fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerinin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi tedavi ve önleme çalışmaları yapılarak yaşam kalitesini geliştiren bakım yaklaşımı” şeklinde tanımlamıştır. Aynı zamanda hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini vurgulamıştır. Pediatrik palyatif bakım (PPC) ise daha özel olarak doğum öncesi yaştan genç erişkinliğe kadar olan süreçteki çocuklara sunulmaktadır. Çocuklar, fiziksel ve psikososyal yönlerden yetişkinlerden son derece farklı olan ve bu farka bağlı özel bakım, iletişim, eğitim gereksinimi olan büyüme gelişmesi yönüyle dinamik varlıklardır.

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde nitelikli bakım ile prematürel, doğumsal anomaliler gibi pek çok sorunu olan yenidoğanların ölüm oranları azalmıştır. İlaçlar, ventriküloperitoneal şantlar ve diğer cerrahi girişimler, santral venöz erişim hatları, gastrostomi tüpleri ve ventilatörler çocukların yaşam süresini arttıran gelişme örnekleridir. Bu gelişmelere paralel olarak bakım ve tedaviden yararlanan çocukların palyatif bakım gereksinimleri de artmıştır. Günümüzde pediatrik palyatif bakımın çoğu hastane ortamında sağlanmaktadır. Topluma dayalı pediatrik palyatif bakım (CBPPC) programları ise pediatrik palyatif bakıma erişimin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu çalışmada hastaneler, CBPPC programları, okullar, atletik takımlar, ibadet yerleri ve diğer toplum temelli kuruluşlar arasında güçlü ittifaklar ve ortaklıklar geliştirebilmenin önemi ele alınmaktadır. Multidisipliner işbirliği yaklaşımı ile tüm bakım vericilerin ortak bilgi ve tutumu sonucu, çocukların, yaşadıkları, öğrendikleri, büyüdüğü ve geliştikleri doğal ortamların hepsinde fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, ruhsal ihtiyaçlarının ele alınma fırsatını elde etmeleri sağlanacaktır. Özellikle hemşire, tedavi edici, koruyucu, bakım verici, rehabilite edici, danışman, eğitici rolleri göz önüne alındığında eşsiz bir konuma sahiptir. Sonuçta, holistik yaklaşımla ve diğer profesyonellerle işbirliği ile topluma dayalı palyatif bakım sunulması mümkün olacaktır.

Anahtar kelimeler: pediatri, palyatif bakım, toplum, hemşire

ABSTRACT

World Health Organization (WHO) defined palliative care as “a family-centered patient care approach that improve the quality of life of the patient and his/her family when they encounter life-threatening problems, pain, physical, psychosocial and spiritual problems after identifying, carefully evaluating, and treating them at earlier periods to prevent pain”; and emphasized the importance of starting palliative care in the early periods of the disease. Pediatric Palliative Care (PPC), on the other hand, is offered especially to children from prenatal period to young adults. Children are dynamic beings in terms of growth development and require special care, communication and education, which are very different from adults in physical and psychosocial terms.

In our present day, the mortality rate of newborns with many problems like prematurity and congenital anomalies has decreased with qualified care provided in neonatal intensive care units. Drugs, ventriculo-peritoneal shunts, and other surgical procedures, central venous access lines, gastrostomy tubes and ventilators are examples of development, which increase the life expectation of children. Parallel to these developments, the palliative care needs of children who benefit from care and treatment have also increased.

Today, most of the pediatric palliative care is provided in hospitals. Community-Based Pediatric Palliative Care (CBPPC) programs, on the other hand, are an integral part of access to pediatric palliative care. In this study, the importance of developing strong alliances and partnerships among hospitals, CBPPC programs, schools, athletic teams, places of worship and other community-based organizations is dealt with. With a multidisciplinary cooperation approach, it will be provided that children will have the opportunity to address their physical, psychological, social, emotional and spiritual needs in all of the natural environments in which they live, learn, grow and develop as a result of common knowledge and attitude of all caregivers. Nurses have a unique position especially in terms of therapeutic, preventive, caregiver, rehabilitative, consultant and educator roles. As a result, it will be possible to provide community-based palliative care through a holistic approach and cooperation with other professionals.

Key Words: pediatrics, palliative care, community, nurse

S-146 PALYATİF BAKIM EKİBİ VE PALYATİF BAKIM HİZMETİ VEREN HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI¹Zeliha CENGİZ¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan palyatif bakım birçok sağlık disiplininin bir arada olduğu multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Ülkemizde Sağlık bakanlığı, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını hemşire, doktor, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak belirlemiştir. Hastanın gereksinimlerine göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir. Ayrıca ekipte bir spiritüel bakım uzmanının da yer alması istenir.

Palyatif bakım ekibinde yer alan her bir sağlık profesyonelinin kaliteli palyatif bakım hizmeti sunabilmesi için; ekip olarak hasta ve ailenin fiziksel psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü değerlendirme yapabilmesi, hasta ve ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına yönelik disipline özgü girişimler yapabilmesi, etkin ekip çalışması ve iletişimi sağlayabilmesi hasta ve ailesi ile terapotik iletişim becerilerini kullanabilmesi ve hasta ve ailesi hakkında doğru karar verebilmek ve bu kararı hasta ve ailesi ile tartışabilmesi beklenmektedir. Palyatif bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakımın kalitesini arttırabilmek için mesleklerarası ekip işbirliği içerisinde olmalı ve bilgi paylaşımı yapmalıdır. Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin;

- Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirmek ve yönetimini sağlamak,
- Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlamak,
- Birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirmek, önceliklerini belirlemek ve normalden sapma durumlarda doktoruna bilgi vermek,
- Birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirmek,
- Birey ve ailesine hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda bilgi vermek,
- Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını sürdürmesine ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırmak,
- Birey ve ailesi için var olan sosyal desteklerin alınmasına yardımcı olmak, hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi vermek,
- Ekip üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlamak gibi sorumlulukları vardır.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, ekip, hemşire

S-147 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİN GİRİŞİMCİLİK DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Rukuye Aylaz¹, Cansu Gündüz², Ayşe Berktaş²

1. Prof.Dr. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya , Türkiye

Email:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr

2. Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik fakültesi, Malatya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Girişimcilik kavramı, sanayi devriminden bu yana tüm zamanlardakinden çok daha fazla önemli hale gelmiştir. Son yıllarda ise önemini geometrik olarak arttırmıştır. Yeni kurdukları işletmeler ile girişimciler, toplumların hayatını kolaylaştırmakta, ekonomik ve teknolojik olarak gelişmişlik seviyesini arttırmakta dolayısıyla günümüzün en önemli ekonomik sorunlarının başında yer alan işsizliğin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu temel sebeplere ilaveten yaşanan ekonomik krizlere çare olması için başarılı girişimciler tüm toplumların arzu ettiği ekonomik aktörlerdir. Üniversiteler, öğrencilerin girişimci özelliklerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahip olmakla birlikte, öğrencileri yeni girişimlere yönlendirmektedir. Öğrencilere, gelecekteki kariyerleri için sahip olmaları gereken bilgi ve becerilerin kazandırılması hedeflenmektedir. Bu anlamda üniversitelerde girişimcilik eğitiminin önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Bu araştırma hemşirelik öğrencilerin girişimcilik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1520

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma 12 Temmuz – 9 Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde yaz okulunda öğrenim gören 438 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 241 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu, Ölçme aracı olarak Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen üniversite öğrencilerinin girişimcilik düzeylerini belirlemeye yönelik 36 maddelik “Üniversite Öğrencileri Girişimcilik Ölçeği” kullanılmıştır. Her bir madde 5’li likert ölçeği (1, “Hiçbir zaman”dan 5, “Çok sık”a doğru) ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki maddeler 36 ile 180 puan arasında bir değere sahip olmaktadır. Katılımcılardan elde edilen puanlar toplanmak suretiyle her bir kişinin genel girişimcilik düzeyine ilişkin ham puanlar belirlenmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamaları 22.27 ± 1.8 , %52.3'ü 4.sınıf öğrencilerinden oluşmakta, %79.3'ünün annesinin ilkokul, %63.0'ın babasının üniversite mezunu %73.9'unun ekonomik durumunun orta ve öğrencilerin %11.2'sinin girişimcilik ile ilgili eğitim aldıkları saptandı. Araştırmada öğrencilerin girişimcilik puan ortalamaları 131.76 ± 21.6 (minimum 74, maksimum 180), girişimcilik puan ortalamaları ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması sonuçları incelendiğinde; sadece girişimcilik eğitimi alan öğrencilerin girişimcilik puan ortalaması ile arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($t = -2.41, p = 0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 131, standart sapması 21 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin yüksek girişimcilik özelliklerine sahip oldukları ve girişimcilik eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin girişimcilik düzeylerinin daha iyi olabilmesi için girişimcilik eğitimine müfredat da yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelime: Girişimcilik, öğrenci, hemşire

S-148 HOSPİS HASTALARINDA SPİRİTUAL GEREKSİNİMLER

Esra Çavuşoğlu¹, Meral Gün¹

1 Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/Türkiye

Özet

Yaşamının son döneminde yer alan birey için küratif tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda yaşam kalitesinin mümkün olduğunca korunması, konforun sürdürülmesi ve insan onuruna yakışır bir şekilde huzurlu ölüme ulaşmada yardımcı olan sağlık hizmetleri bütünü ‘hospis’ olarak adlandırılmaktadır.

Hospis süreci içerisinde hastanın semptom kontrolü ve konforunun sağlanmasında palyatif bakım felsefesi doğrultusunda bakım uygulamalarının devamlılığı son derece önemlidir. Bu bağlamda hospis sürecinde hastaların fiziksel, sosyal, emosyonel gereksinimleri kadar ölüme yaklaşma ile ilişkili olarak spiritual gereksinimlerde ortaya çıkmaktadır. Spiritualizm bireyin yaşamının anlamını araması, manevi duygular ile ilişkili olan ve özellikle bireyin tedavisi mümkün olmayan bir hastalık sonucunda yaşadığı çaresizlik, korku ve strese bağlı olarak ön plana çıkan bir gereksinimdir.

Hospis sürecinde hemşirelerin hastalarda fiziksel gereksinimler kadar, spiritual gereksinimlerin de farkında olup ve karşılanması için yardımcı olması hastaların ölüm sürecini daha kolay kabullenebilmesi ve bireyin kendini daha iyi hissetmesine açısından önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hospis, Palyatif bakım, Spiritual gereksinimler, Hemşirelik

1522

SPIRITUAL NEEDS IN HOSPICE PATIENTS

Abstract

In cases where curative treatment methods are insufficient for the individual who is in the last period of his / her life, the whole of the health services that help to maintain the quality of life as much as possible, to maintain comfort and to achieve peaceful death in a manner worthy of human dignity is called ‘hospice’.

The continuity of care practices in line with the philosophy of palliative care is extremely important in the symptom control and comfort of the patient during the hospice process. In this context, in the process of hospice, spiritual needs arise in relation to approaching death as well as physical, social and emotional needs of the patients. Spiritualism is the necessity of the individual's search for the meaning of life, due to the helplessness, fear and stress that the individual experiences as a result of a disease which cannot be cured.

In the process of hospice, nurses are aware of the spiritual needs as well as the physical needs of the patients and it is recommended that the patients help them to accept the death process more easily and make them feel better.

Key words: Hospice, Palliative care, Spiritual needs, Nursing

S-149 KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ - NİTEL BİR ÇALIŞMA

Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ, Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Lefkoşa / Kuzey Kıbrıs

Sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olan uyku kalitesindeki bozulma yaşlılar için önemli problem haline gelmekte ve birçok olumsuz tıbbi durumla ilişkili olduğu bilinmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte uyku örüntüsünde bozuklukların yaygınlığı artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte normal uyku düzeni değişmekte ve uyku kalite memnuniyeti düşerek uykudan yakınmalar artabilmektedir

Amaç: Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin uyku kalitesini değerlendirmek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Nitel fenomenolojik yöntemde planlanan çalışma; Kıbrıs'ta bulunan bir rehabilitasyon merkezinde yaşayan 13 yaşlı ile gerçekleştirildi. Çalışma verileri 10 Ekim - 10 Kasım 2017 tarihleri arasında katılımcılarla yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmelerle toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından çalışma tamamlandıktan sonra önceden belirlenmiş temalar temelinde sınıflandırılarak analiz edildi. Yaşlıların uyku kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin kategoriler ve temalar:

Kategoriler	Temalar
1. Uyku Özellikleri	1.1 Uykuya dalmak için yapılan eylemler 1.2 Yatma zamanı 1.3 Uykuya dalmak için geçen süre 1.4 Ortalama uyku süresi 1.5 Sabah uyanma süresi
2. Uyku sorunları	2.1 Algılanan uyku problemleri 2.2 Aynı odada kalan başkaları tarafından tanımlanan uyku sorunları 2.3 Uyku problemlerinin olumsuz etkileri

1523

Bulgular: Yaşlıların tümü, uykuya dalmakta zorluk, gece boyunca sık sık uyanma, tutarsız uyku saatleri, horlama, gece yarısı veya sabah erken uyanma, gece boyunca sık idrara çıkma ve ağrı yaşama, kabus görme, nefes almakta zorlanma ve öksürme gibi çeşitli uyku sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tümü geceleri aşırı soğuk veya aşırı sıcak hissettiklerini, uyku düzensizliği nedeniyle gün boyunca kendilerini uykulu hissettiklerini ve gün içinde uyuduklarını belirtti.

Sonuç: Uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve iyi bir uyku sağlamak için bakımın planlanması yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, uyku kalitesi, hemşirelik, geriatri

S-150 PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Esra Çavuşoğlu¹, Birgül Vural Doğru¹

1Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/Türkiye

Özet

Palyatif bakım bireylerin tedavi edilemez herhangi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan acı, ağrı gibi yaşam kalitesini ve konfor düzeyini etkileyen semptomların rahatlatılmasını sağlayan multidisipliner ekip anlayışını temel alan bir yaklaşımdır.

Palyatif bakım sürecinde hastalar çeşitli sağlık kuruluşlarında deneyimli sağlık profesyonellerinden aldıkları bakım yanında, informal bakım vericiler olan aile üyelerinden de bakım almaktadır. Palyatif bakım hastalarının bakım süreci ve bakım kalitesi özellikle aile bireylerinin bakıma yönelik bilgi düzeyleri, tutumları ve deneyimleri ile yakından ilişkilidir. Bireylerin sağlıklarını geliştirici, koruyucu ve sağlıktan sapan durumları düzeltici davranışları benimseyip, bu konuda bilgi edinmek amacıyla okuma, anlama, karar verme ve analiz etme yetkinliği sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, hastalarına verdikleri bakımın kalitesi de doğru orantılı olarak artmaktadır.

Bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasında hemşirelere de önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin bakım verenleri destekleyerek, gerekli bilgilendirmeleri yapmaları, bakım verenlerin bakım sürecini daha etkin şekilde yönetmesini sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Sağlık okuryazarlığı, Bakım veren, Hemşirelik

HEALTH LITERACY IN PALLIATIVE CARE PATIENT'S CAREGIVERS

Abstract

Palliative care is an approach based on multidisciplinary team approach that provides relief of symptoms that affect the quality of life and comfort level of individuals such as pain and pain that occur due to any incurable disease.

During the palliative care process, patients receive care from experienced healthcare professionals in various health care facilities as well as from family members who are informal caregivers. The care process and quality of care of palliative care patients are closely related to the knowledge, attitudes and experiences of caregivers, especially of family members. Health literacy is defined as the ability of individuals to adopt behaviors that improve their health, preventive and corrective situations deviating from health, and to read, understand, make decisions and analyze in order to obtain information on this subject. As the health literacy level of caregivers increases, the quality of care they provide to their patients increases in direct proportion.

Nurses also have important roles in increasing the health literacy level of caregivers. Nurses will support the caregivers and provide the necessary information to help caregivers manage the care process more effectively.

Key words: Palliative care, Health literacy, Caregiver, Nursing.

S-151 YAŞLI BİREYLERDE YAŞAMDA ANLAMIN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Ebru GÜL¹, Fatma KESKİN¹, Elanur VİCNELİOĞLU¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hemşirelerin sıklıkla bakım verdiği yaşlılarda yaşamda anlam ve manevi bakımın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma yaşlılarda yaşamda anlamın maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Veriler, Malatya Merkezde bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan, gönüllü 65 yaş ve üzeri 156 bireyden, Tanıtıcı Anket Formu, Yaşamda Anlam Ölçeği (YAÖ), Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeğiyle (MMBDÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon, OneWay-ANOVA, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yaşlıların %96.8'inin manevi bakımı gerekli gördüğü, %75.6'sının manevi sağlığını orta düzeyde tanımladığı ve %53.8'inin yaşamından kısmen memnun olduğu saptanmıştır. Yaşlıların manevi sağlık, gelir, yaşamdan memnuniyet durumlarıyla YAÖ ve MMBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). YAÖ alt ölçekleri yaşamda anlam arayışı ve anlamın varlığı ile MMBDÖ toplam puanları arasında çok anlamlı ($p<0.001$) ilişki saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin, yaşlılara yaşamlarındaki anlam doğrultusunda manevi bakım vermeleri ve geniş örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Manevi Bakım, Yaşamda Anlam, Yaşlı, Yaşlılık

S-152 YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülsüm YETİŞ¹, Seher ÇEVİK AKTURA², Emine AYDINALP³, Gönül AKBULUT⁴

¹Inönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya / Türkiye

²Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

³T.C. Sağlık Bakanlığı, Çermik Devlet Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

⁴ Atatürk Üniversitesi, Aşkale Meslek Yüksekokulu, Erzurum/ Türkiye,

ÖZET

Düşmeler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşlılık döneminin en önemli sağlık problemlerinden biri olarak görülmektedir. Yaşlanmayla beraber meydana gelen fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve anatomik değişiklikler, genel güçsüzlük, düşme öyküsü, uykusuzluk, görme duyusunun azalması, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar ve çevresel faktörler düşme riskini arttıran en önemli faktörlerdendir. Birçok risk faktörünün etkileşimi sonucu oluşan düşmelerin önlenmesi sürecinde düşmeye zemin hazırlayan faktörlerin tespit edilmesi oldukça önemlidir.

Amaç: Araştırma yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan bir aile sağlığı merkezine Şubat-Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran yaşlı bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığıyla, evreni 0.95 temsil gücüyle 129 yaşlı birey oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanılarak toplandı. Ölçek puanı 5 ve daha üzeri olanlar düşme riski açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, Oneway ANOVA, Kruskal Wallis, Correlation, Man Witney U testleri kullanılarak, sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların; % 51.2'si erkek, %30.2'si ilköğretim mezunu, yaş ortalamaları 71.31 ± 7.70 ve %53.5'i emekli aylığı almaktadır. Yaşlıların %43.2'si düzenli uyku uyuyabildiklerini, %50.4'ün kol ve bacaklarında güçsüzlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Örneklemin %38.0'i gözlük, %69.0'ı ilaç, %21.7'si de yürümek için yardımcı gereç (baston, tekerlekli sandalye) kullanmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %62.8'inin İtaki Düşme Riski Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre düşme riski açısından yüksek riskli olduğu bulundu. Yürümek için yardımcı araç kullanan (10.50 ± 8.46) ve ilaç kullanan yaşlıların (8.82 ± 6.57) düşme riski puan ortalamalarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Sonuç: Yaşlı bireylerin yarısından fazlasında düşme riskinin yüksek olduğu, yardımcı araç ve ilaç kullanımının düşme riskini arttırdığı görüldü.

EVALUATION OF FALL RISK IN THE ELDERLY

ABSTRACT

Falls are seen by the World Health Organization (WHO) as one of the most important health problems of the elderly. Physiological, biological, psychological and anatomical changes that occur with aging, general weakness, history of falls, insomnia, decreased vision, drugs used, chronic diseases and environmental factors are among the most important factors that increase the risk of falls. It is very important to determine the factors that prepare the ground for the fall in the process of preventing falls caused by the interaction of many risk factors.

Aim: The research was conducted as a descriptive in order to evaluate the risk of falls in the elderly.

Methods: The population of the study consisted of elderly individuals who applied to a family health center in Malatya between February-May 2019. The sampling, on the other hand, consisted of 129 patient complying with the inclusion criteria and having the power to represent the universe by 95% out of 95% confidence interval, determined according to the power analysis, with 0.05 influence quantity and 5% level of significance. Data were collected by using Personal Information Form and the Itaki Fall Risk Scale. Those with a scale score of 5 or higher are considered to be at high risk of falling risk. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t test, Oneway ANOVA, Kruskal Wallis, Correlation, Man Witney U tests, and the results were evaluated with 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: Participants of the study were; 51.2% were male, 30.2% were primary school graduates, the average age was 71.31 ± 7.70 and 53.5% were receiving pensions. 43.2% of the elderly stated that they could sleep regularly and 50.4% stated that they had weakness in their arms and legs. 38.0% of the sample uses glasses, 69.0% uses medication, 21.7% uses walking aids (walking stick, wheelchair). It was found that 62.8% of the elderly individuals who participated in the study were at high risk in terms of falling risk according to the scores they received from the Iki Fall Risk Scale. The mean score of fall risk was found to be statistically higher in the elderly using medication (10.50 ± 8.46) and using medication (8.82 ± 6.57) than the non-users ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the study; it was seen that the risk of falls was higher in more than half of the elderly individuals and the use of ancillary drugs and drugs increased the risk of falls.

Key Words: Elderly, fall risk, nurse

**S-153 HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:
FARKLI İKİ HASTANE ÖRNEĞİ****Halit Emin ALICILAR¹, Rukuye AYLAZ², Gülsen GÜNEŞ¹, Meltem ÇÖL¹**¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**Amaç:**

Ölüme yakın hastaların bakımında önemli rolü olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının, sunulan bakımın niteliği açısından belirleyici olması bu konunun araştırılmasını önemli kılmaktadır. Bu araştırma hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bazı faktörlerle ilişkinin incelenmesi ile elde edilen bulgular ışığında hemşirelerin bu konudaki eğitim gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Mayıs-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan toplam 1430 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 303 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 150 ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden 150 olmak üzere toplam 300 hemşireyle yapılması amaçlanmıştır. Her bir hastaneden 131 olmak üzere toplam 262 hemşireye ulaşılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile kişisel bilgi formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Bu ölçek, bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise uyarlama çalışması 2009 yılında Işık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği (kötü) yönünde değerlendirilmektedir. Veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Ölçekten alınan puanın normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-smirnov testiyle yapılmış, ölçek toplam puanı normal dağılıma uyduğundan ikili karşılaştırmalarda t testi, ikiden fazla değişkenlerde varyans analizi kullanılmıştır. Çalışma için İnönü Üniversitesi Etik Kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.49±7.46 yıl, % 79.4'ü kadın, %20.6'sı erkek, % 50'si Ankara Üniversitesi, % 50'si İnönü üniversitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğu lisans mezunudur. Hemşirelerin %55,2'si ölüm konusunda bir eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ÖKTÖ puanları kadınlarda 136.39, erkeklerde 127.86 bulunmuştur

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

($p= 0.009$). Ankara Üniversitesinde çalışan hemşirelerde 136,46, İnönü Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerde 133,50 'dir ($p= 0.294$) Yirmibeş yaş ve altı hemşirelerde 139,26, 26-34 yaş grubunda 132,96, 35-44 yaş grubunda 134,69, 45 yaş ve üzeri hemşirelerde 139,68'dir($p= 0.377$); çekirdek aile olarak yaşayanlarda 134,37, yalnız yaşayanlarda 156, 66 ($p= 0.072$). ÖKTÖ puanları en düşük olan hemşireler FTR, gastroenteroloji, psikiyatri bölümlerinde çalışanlar, en yüksek puan alanlar ise yoğun bakım ve Acil bölümünde çalışan hemşirelerdir. Ölçeğin ölüm korkusu alt boyutundan alınan puan çalışılan bölümlere göre anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Acil ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Araştırmada kadın, genç ve ileri yaştaki hemşirelerde, yalnız yaşayanlarda, yoğun bakımlarda ve acilde çalışan hemşirelerde ölüme karşı daha olumsuz bir tutum saptanmıştır. İki üniversitede çalışan hemşireler arasında fark yoktur. Acil ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanı en yüksek bulunmuştur. Özellikle acil ve yoğun bakımlarda, ölüme yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm kaygısı, hemşireler, ölüme karşı tutum

S-154 YAŞAM SONU BAKIM ETİĞİ

Asuman Şener¹, Zeliha Koç²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun/ Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Palyatif bakımın bir evresi olan yaşam sonu bakımda; hasta, aile ve sağlık bakım profesyonelleri birçok etik sorunla karşılaşmaktadır. Yaşam sonu bakımın etik konularını; beyin ölümü, organ ve doku bağıışı, postmortem prosedürler, otopsi, yaşam sonu desteğin durdurulması ve ötenazi gibi konular oluşturmaktadır. Hastaların yaşam sonu desteğinin geri çekilmesi kararı bazen sadece yaşadığı ülkenin bu konudaki yaklaşımı, kültürü ve dini inançlarından kaynaklanabilmektedir. Bir başka hastanın ise ölümüne kadar olan sürecinde acı çekmesine izin verilip verilmeyeceği ya da hastanın acısını azaltmak için gereken çabanın gösterilip gösterilmeyeceği konusunda ise birçok etik ikilem yaşanabilmektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonelleri etik bir sorunla karşılaştığında, etik ikilemleri yönetebilmeli, hasta haklarını savunabilmeli, hastaya zarar vermeden yarar sağlayabilmeli ve onların kararlarına saygı gösteren etik bir duyarlılığa sahip olabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: etik, palyatif bakım, yaşam sonu bakım,

END-OF-LIFE CARE ETHICS

Asuman Sener¹, Zeliha Koc²

¹Ondokuz Mayıs University, Vocational School of Health Services, Samsun/ Turkey

²Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun/ Turkey

ABSTRACT

In end-of-life care, a stage of palliative care, the patient, family and health care professionals face several ethical problems. The ethical issues of end-of-life care consist of brain death, organ and tissue donation, postmortem procedures, autopsy, ending end-of-life support and euthanasia. The decision to withdraw patients' end-of-life support can sometimes only result from the country's approach, culture and religious beliefs about this. On the other hand, many ethical dilemmas about whether or not to allow another patient to suffer until his or her death or whether or not to exert the necessary effort to reduce the patient's pain can be faced. Accordingly, when health care professionals face an ethical problem, they should be able to manage ethical dilemmas, defend patient rights, provide benefit to the patient without harming, and have an ethical sensitivity that respects their decisions.

Key word: end-of-life care, ethic, palliative care

S- 155 PEDİATRİK PALYATİF BAKIMAsuman Şener¹, Esra Danacı², Zeliha Koç³¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun/ Türkiye²Zonguldak Bülent Ecevit Üni, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/ TÜRKİYE³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye**ÖZET**

Kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlar ile yaşayan bireylerin sayısındaki artışa paralel olarak sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgileri son yıllarda hızla artmıştır. Pediatrik palyatif bakım yaşamı tehdit edici koşullar altında yaşayan çocuk ve ailelerine bakım sağlama konusunda organize ve yapılandırılmış bir sistemdir. Pediatrik palyatif bakım erişkin palyatif bakımdan farklı olmakla birlikte çocukların bakımı konusunda nitelikli eğitim almış sağlık profesyoneli olmayı gerektirmektedir. Pediatrik palyatif bakımın amacı, her yaşta çocuk ve aile üyeleri/destek sistemleri için semptomları önlemek ve rahatlatmak ile yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Pediatrik palyatif bakım hastaları; hastalık süreci boyunca acı çekmekte ve yaşam kalitesini azaltan birçok semptom deneyimlemektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonelleri çocukların semptomlarını değerlendirmede dikkatli olmalı, semptomların olası nedenlerini göz önünde bulundurmalı ve en iyi müdahale yolunu belirleyebilmelidir.

1532

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, pediatri, semptom**PEDIATRIC PALLIATIVE CARE****ABSTRACT**

In parallel to the increase in the number of individuals with chronic and life-threatening diseases and living with these problems, the interest of health professionals towards qualified care of these patients has increased rapidly in recent years. Pediatric palliative care is an organized and structured system of providing care to children living under life-threatening conditions and their families. Although pediatric palliative care is different from adult palliative care, it requires being a health care professional received a qualified education on care for children. The goal of pediatric palliative care is to prevent and relieve symptoms and maximize the quality of life for children and family members of all ages/support systems. Pediatric palliative care patients suffer throughout the course of the disease and experience many symptoms that reduce the quality of life. Accordingly, health care professionals should be careful in assessing children's symptoms, consider possible causes of symptoms, and be able to determine the best intervention.

Key word: palliative care, pediatric, symptom

S-156 PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE BAKIMA HAZIR OLUŞLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Elanur YILMAZ KARABULUTLU¹, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN¹, Safiye YANMIŞ²

¹ Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AB Dalı, Erzurum

² Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Erzurum’ da bir devlet hastanesinin Palyatif Bakım Ünitesi’ nde Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, belirtilen tarihler arasında Palyatif Bakım Ünitesi’ nde yatan hastaların bakım verenlerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olan biryelerle çalışma yürütülmüştür. Veriler, Hasta Yakını Soru Formu, Bakım Verme Ölçeği ve Bakım Verenlerin Hazır Olma Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalaması 42.6±14.4 olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin %57’ sinin kadın, %63.5’ inin evli, %56’ sının çalışmadığı, %42’ sinin hastasına 13-24 ay aralığında bakım verdiği, %61.5’ inin hastasının bakımına yönelik bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir.

Bakım verme yükü puan ortalaması 33.6±13.03’ tür. Hasta yakınları bakımını üstlendikleri hastaları orta derecede yük olarak algılamaktadır. Bakıma hazır oluşluk puan ortlaması 16.39±5.92 olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarının bakım verici rolünü üstlenmeye orta derecede hazır oldukları belirlenmiştir. Bakım vericinin bakımını üstlendiği hasta ile yakınlık derecesi kardeş olanların diğer yakınlık derecelerine göre bakıma hazır oluşluğu daha yüksek olduğu (p<0.05), emekli olan hasta yakınlarının tam gün çalışanlardan bakım yüklerinin daha yüksek olduğu (p<0.05), hasta ile birlikte yaşamayanların hasta ile birlikte yaşayanlardan bakım yükünün daha yüksek olduğu (p<0.001), kronik hastalığı olan bakım verenlerin olmayanlara göre bakım yükünün daha fazla olduğu (p<0.05), geliri giderinden yüksek olan hasta yakınlarının geliri giderine eşit olanlardan bakım yükünün daha fazla olduğu (p<0.001), hastanın bakım gereksinimini karşılamada güçlük yaşayan hasta yakınlarının hastanın gereksinimini karşılayabilenlere göre bakım yükünün daha fazla olduğu (p<0.05), hastaya bakım verilen süre arttıkça bakım yükünün de arttığı (p<0.05), bakımla ilgili bilgi seviyesi arttıkça bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir (p<0.05). Bakıma hazır oluşluk arttıkça bakım yükünün azaldığı, bakıma hazır oluşluk azaldıkça bakım yükünün arttığı belirlenmiştir (p<0.001).

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda, palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin bakıma hazır oluşluk düzeyleri arttıkça bakım yüklerinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Bakım yükü, bakıma hazır oluşluk.

EVALUATION OF CARE BURDEN AND READINESS OF CAREGIVERS FOR PALLIATIVE CARE PATIENTS

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the care burden and readiness of caregivers for palliative care patients.

Method: The research was carried out in the Palliative Care Unit of a public hospital in Erzurum between January and May 2019. In the study, the sample selection was not made and the study was carried out with the volunteers from the caregivers of the inpatients in the Palliative Care Unit. The data were collected by Relative Questionnaire, Caregiving Scale and Caregiver Readiness Scale. SPSS 22 was used to evaluate the data.

Results: The mean age of the caregivers participating in the study was 42.6 ± 14.4 years. It was determined that 57% of the caregivers were female, 63.5% were married, 56% were not working, 42% had care for their patients between 13-24 months, and 61.5% had knowledge about the care of their patients.

The mean care burden score was 33.6 ± 13.03 . Relatives of the patients perceive the patients they undertake as moderate burden. The mean score of readiness for maintenance was 16.39 ± 5.92 . Relatives of the patients were found to be moderately prepared to assume the role of caregivers. The affinity of the caregiver to the patient with whom the caregiver was cared was higher than that of other siblings ($p < 0.05$), the relatives of retired patients had higher care burden than full-time employees ($p < 0.05$), and those who did not live with the patient care burden was higher than those living together ($p < 0.001$), care burden was higher in caregivers with chronic disease than those without care ($p < 0.05$);), relatives of patients who have difficulty in meeting the need for care of the patient than those who can meet the needs of the patient's care burden is higher ($p < 0.05$), the duration of care given to the patient increases the burden of care ($p < 0.05$), the care load decreases with increasing level of knowledge ($p < 0.05$). It was determined that maintenance load decreased as maintenance readiness increased and maintenance load increased as maintenance readiness decreased ($p < 0.001$).

Conclusion: As a result of this study, it was determined that the care burden of the caregivers of palliative care patients decreased as the readiness of care increased.

Key words: Palliative care, Care burden, readiness for care.

S-157 KARACİĞER NAKLİ ALICILARININ KAYGI DÜZEYLERİ

Erman Yıldız

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Giriş- Amaç: Karaciğer nakli (KN), son evre karaciğer hastalığı olan hastalar için sağkalımı artırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir, ancak alıcılar nakil sonrası anksiyete de dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalabilir. Alan ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların bulgularına göre, KN sonrası hastaların sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşadıklarını bildirmektedir. Öte yandan KN sonrası hastaların karşı karşıya kaldıkları durumsal ve süreklilik kaygı durumları hakkında çok az bilgi mevcuttur. Bu nedenle hastalar için KN sonrası dönemi daha iyi anlamak için araştırmalara ihtiyaç vardır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma KN olan bireylerin anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakil Hastanesi'nde karaciğer nakli gerçekleştirilen hastalarla yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) aracılığıyla elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 46.72 ± 10.67 olduğu, %74.6'sının erkek, %81.6'sının eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %83.9'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %79.4'ünün orta düzeyde ekonomiye sahip oldukları belirlendi. Nakil olan hastaların DSKÖ alt boyutları olan durumluluk kaygı ortalaması 40.56 ± 9.53 , süreklilik kaygı alt boyut ortalaması ise 42.42 ± 7.31 olarak saptandı. Ayrıca hastaların %39.1'sinin orta düzeyde durumluluk kaygıya, %50.7'inin ise orta düzeyde sürekli kaygısının olduğu tespit edildi.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda karaciğer nakli uygulanan bireylerin önemli düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Karaciğer Nakli, Psikiyatri.

S-158 PALYATİF BAKIM SAĞLAYAN HEMŞİRELERİN İKİNCİL TRAVMA DÜZEYLERİErman Yıldız¹¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye**ÖZET**

Giriş- Amaç: Palyatif bakım veren hemşireler sürekli hastalarının çektiği acı ve ölümlere tanık olur, bu durum hemşirelerin fiziksel ve duygusal sıkıntı geliştirme riskini arttırmaktadır. Literatürde uluslararası alanda yapılan sınırlı sayıda çalışmanın bulgularına göre, palyatif bakım veren hemşirelerin ikincil travmatik stres yaşadıklarını belirtmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de palyatif bakım sağlayan merkezlerde çalışan hemşirelerin ikincil travmatik düzeyleri hakkında herhangi bir veri bulunmamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma palyatif bakım sağlayan hemşirelerin ikincil travmatik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’inin palyatif bakım ünitesinde görev yapan 43 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, verilerin normal dağılıp dağılmama durumlarına göre parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t testi, non-parametrik testlerden olan Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.05±4.60 olup, çoğunluğu kadın (%65), lisans mezunu (%92) ve bekarıdır (%54). Bekar olan hemşirelerin İTSÖ’nün alt boyutlarından olan duygusal kaçınma ve uyarılma puanlarının evli olan hemşirelere göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.05). Ayrıca eğitim düzeylerine göre duygusal kaçınma alt ölçek puan ortalamaları açısından yüksek lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelerde önlisans eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha yüksek düzeylerde olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edildi (p<0.05).

Sonuç: Sonuç olarak, palyatif bakımda görev yapan hemşirelerin ikincil travma düzeylerinin özellikle medeni durum ve eğitim düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İkincil Travma, Palyatif Bakım.

S-159 HEMŞİRELERE VERİLEN PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN PALYATİF BAKIM BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Tuğba MENEKLİ, Runida DOĞAN, Çiğdem ERCE

1 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

3 Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamak ve bu konuda yapılan eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek grupta ön test-son test yarı deneysel tasarımda olan araştırmanın örneklemini 01.04.2019 ile 01.06.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan 136 hemşire oluşturmuştur. Verilen eğitim palyatif bakım felsefesi, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemlerin yanı sıra; palyatif bakımın tanımı, tarihçesi, önemi, palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirenin sorumlulukları, Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakımın güncel durumu, semptom yönetimi ve yaşam sonu bakımı konularını içermektedir. Oturumlar haftada bir kez, yaklaşık 40 dakika süreyle beş ayrı grupta gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri tanıtıcı özellikler formu ve palyatif bakım bilgi testi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 kullanılarak, yüzdeler hesaplanarak, ortalama ve bağımsız ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda, hemşirelerin palyatif bakım eğitimi almadan önce palyatif bakım bilgi testinden 20 puan üzerinden “11.8±0.92” puan aldıkları, eğitimin sonunda ise “17.4±1.1” puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim almadan önce ve aldıktan sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin, bilgilerini olumlu yönde etkilediği ve bilgi düzeylerini yükselttiği belirlenmiştir. Palyatif bakıma yönelik planlı, etkili ve sürekli hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım Bilgi, Eğitim, Hemşire

THE IMPACT OF PALLIATIVE CARE EDUCATION ON NURSES' PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE LEVEL

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the level of knowledge of nurses about palliative care and to determine the effect of training on this subject.

Method: The sample of the study, which was a pre-test and post-test in a single group, consisted of 136 nurses working in Inonu University Turgut Özal Medical Center between 01.04.2019 and 01.06.2019. In addition to the philosophy of palliative care, pain, dyspnea, gastrointestinal and psychiatric problems; The definition of palliative care, history, importance of palliative care patients to the nurses' responsibilities, the current status of palliative care in the world and Turkey, includes symptom management and end of life care issues. The sessions were held once a week in five separate groups for approximately 40 minutes. The data of the study was collected by using descriptive characteristics form and palliative care information test. SPSS 18 was used for the evaluation of the data, percentage calculation, t test was used for the mean and independent and dependent groups.

Results: It was determined that the nurses received 11.8 ± 0.92 out of 20 points at the palliative care knowledge test and 17.4 ± 1.1 at the end of the training. There was a statistically significant difference between the mean scores of nurses before and after training ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the palliative care education given to the nurses had a positive effect on their knowledge and increased their knowledge level. Planned, effective and continuous in-service training for palliative care is recommended.

Keywords: Palliative care Knowledge, Education, Nurse

S-160 PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Gül DURAL, **Ümmühan AKTÜRK

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

***İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz- Eylül 2019 tarihleri arasında Palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 100 bakım verene ulaşılmıştır. Araştırmada veriler tanıtım formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 39.08 ± 14.07 , %68'i kadın, %36'sı ilköğretim mezunu, %81'i evli, %60 bir işte çalıştığı, %56 algıladıkları gelir düzeyinin iyi olduğunu, %45 6 ay ile 1 yıllık süredir bakım verdiklerini, %37 günlük 3 saat bakım verme ile uğraştıklarını, %74 bakım vermenin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediklerini ifade etmiştir. Araştırmada bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 59.77 ± 9.88 , ve Aile destek alt boyut puan ortalaması 22.46 ± 4.43 , Arkadaş destek alt boyut puan ortalaması 20.22 ± 5.61 , özel biri alt boyut ölçek puan ortalaması 17.09 ± 6.25 'dir.

Sonuç: Bu sonuçlara göre palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaya bakım veren hemşirenin klinik ve ev ortamında hastaya verilecek bakım hakkında bakım vericileri bilgilendirmeleri ve destek olmaları hem bakım veren hem de bakım alan bireylerin sosyal destek düzeylerini olumlu etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Bakım verenler, Algılanan Sosyal Destek

EVALUATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS OF CAREGIVERS OF PALLIATIVE CARE PATIENTS

*Gül DURAL, **Ümmühan AKTÜRK

Department of Internal Medicine Nursing, Faculty of Nursing, Inonu University, Malatya, Turkey

Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Inonu University, Malatya, Turkey

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the perceived social support levels of caregivers of palliative care patients.

Method: The sample of this descriptive study consisted of caregivers of inpatients in Palliative care units in Malatya Training and Research Hospital between July and September 2019. At the time of the survey, 100 caregivers who agreed to participate were reached. Data were collected by using the introduction form and Multidimensional Perceived Social Support Scale. Descriptive statistics and correlation statistics analysis methods were used in the evaluation.

Results: The mean age of the caregivers in the study was 39.08 ± 14.07 , 68% were women, 36% were primary school graduates, 81% were married, 60% were employed in a job, 56% were perceived to have a good income level, 45% stated that they had been caring for 6 months and 1 year, 37% said that they are engaged in care for 3 hours per day, 74% stated that caregiving negatively affects their social life. The mean score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale of the caregivers in the study was 59.77 ± 9.88 , and the average score of the family support subscale was 22.46 ± 4.43 , the average score of friend support subscale was 20.22 ± 5.61 , and the average score of a special sub-scale was 17.09 ± 6.25 .

Conclusion: According to these results, it was determined that the perceived social support levels of the caregivers of palliative care patients were above the moderate level. The fact that the nurse who gives care to the patient in the palliative care clinic informs the caregivers about the care that will be given to the patient in the clinic and home environment will positively affect the social support levels of both caregivers and the caregivers.

Keywords: Palliative care, Caregivers, Perceived Social Support

S-161 PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN EN SIK KARŞILAŞTIĞI ETİK SORUNLARTuğba Menekli¹, Merve Torun²¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktor Öğretim Üyesi²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Öğrencisi**ÖZET**

Giriş: Modern tıbbi teknolojiye ulaşan toplumlarda ölüm genellikle uzamış bir süreç haline gelmiştir(1). Günümüzde toplumların giderek yaşlanmaları, biyoteknolojik gelişmeler ölümü artık tıbbi bir olay haline getirmektedir. Bu noktada aslında doğal bir süreç olan ölüm, tıbbın müdahale alanına girmektedir. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden her türlü hastalığın teşhisi ile başlamakta ve duruma göre, ölüm sonrası hasta yakınlarının desteklenmesiyle ya da hayatta kalan hastanın rehabilitasyon süreci ile devam etmektedir(2). Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalık karşısında fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sorunları çözmeye odaklanır. Bu süreç sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini pek çok faktörü de barındırmaktadır(2). Türkiye’de 2010 yılından itibaren palyatif bakım politikaları oluşturulmuş ve önemli adımlar atılmıştır(1). Ülkemizde yürütülen projeler ve politikalar kapsamında palyatif bakım merkezleri hızla artmaktadır(2).

Amaç: Bu makalenin amacı palyatif bakıma ilişkin hemşirenin en sık karşılaştığı etik sorunları değerlendirmektir. Makalede; hastaya kötü haberin verilmesi, aydınlatılmış onam, fiziksel semptomların ve ağrının dindirilmesi, palyatif sedasyon, hasta ve ailesinin kararlara katılması, beslenme ve sıvı desteği ile resusitasyon başlıkları kapsamında etik sorunlar tartışılmıştır(1).

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, etik sorun, hemşire

The Most Common Ethical Problems of Palliative Nurses

Abstract: Death has become an extended process in the industrialized World. These days, the population is getting gradually older and biotechnological improvements have turned death to a medical subject. Currently, death, which is a natural process, has become an intervention area in medicine. Palliative care starts with the diagnosis of all kinds of diseases that threaten life and as required, continues either with support provided to the patient's relatives on the death of the patient or with the rehabilitation of the surviving patient. This period comprises not only medical factors but also many cultural, economic, and religious factors. Since 2010, palliative care policies have been established in Turkey and important steps have been taken. The number of palliative care centers is rapidly increasing within the scope of the projects performed and policies adopted in Turkey.

Objective: The aim of this article is to evaluate the most common ethical problems of the nurse in palliative care. In the article; ethical issues were discussed in the context of giving bad news to the patient, informed consent, relieving physical symptoms and pain, palliative sedation, participation of the patient and family in decisions, nutrition and fluid support and resuscitation.

Keywords: Palliative care , ethical problem, nurse

S-162 ÖĞRENCİLERİN İLETİŞİM DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERRukuye Aylaz¹, Aydın Avcı²

1. Prof.Dr. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya , Türkiye

Email:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr

2. Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik fakültesi, Malatya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kişinin yaşadığı toplum içerisinde var olan kuralları, değer ve inançları öğrenebilmesi iletişimle gerçekleşmektedir. Ayrıca başkalarıyla bir arada olmak, kendini anlatabilmek, diğerlerini anlayabilmek, kısacası toplumsallaşmak isteyen insan iletişim kurmaya yönelmektedir. Üniversite eğitiminin öğrencilerin iletişim becerileri açısından farklılaşp farklılaşmadığının araştırılması ve iletişim becerileri ile bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma 10 Nisan – 1 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 4. Sınıfta öğrenim gören 275 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak öğrencilerden bazıları araştırmaya katılmak istememeleri ve devamsızlık yaptıklarından dolayı 171 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “İletişim Becerileri Envanteri” aracılığı ile elde edilmiştir. Kişisel Bilgi Formu; öğrencilerin cinsiyet, yaş, öğrenim gördüğü sınıf, ailesinin yaşadığı yer, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne-babanın öğrenciye yönelik tutumları, öğrencinin arkadaşlarıyla ilişkileri gibi tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan oluşan bir formdur. İletişim Becerileri Envanteri (İBE), üniversite öğrencilerinin sahip oldukları iletişim beceri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen 5’li Likert tipi bir ölçek 45 sorudan oluşmaktadır. Envanter zihinsel, duygusal ve davranışsal açıdan iletişim becerilerini ölçmektedir. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Boyutlarda ve toplam iletişim becerisinde yüksek puan, yüksek iletişim becerisine karşılık gelmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45’dir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin yaş ortalamaları 22.62 ± 2.8 , %71.9’u kadın öğrencilerinden oluşmakta, %64.3’ünün annesi, %51.5’inin babasının ilköğretim mezunu %80.7’sinin ekonomik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

durumunun orta ve öğrencilerin %47.4'ü iletişim becerileri ile ilgili özel eğitim aldıkları saptandı. Araştırmada öğrencilerin girişimcilik puan ortalamaları 105.23 ± 11.6 (minimum 45, maksimum 139), puan ortalamaları ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması sonuçları incelendiğinde; bu konuda özel eğitimi alma ve anne eğitim durumları ile iletişim becerileri ortalaması arasında önemli bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada öğrencilerin puanlarının ortalaması 105, standart sapması 23 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler dikkate alındığında katılımcı öğrencilerin orta düzeyde iletişim becerilerine sahip oldukları ve eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin iletişim becerilerinin düzeylerinin daha iyi olabilmesi için iletişim beceri geliştirmelerine yönelik ortamların yaratılması önerilmektedir.

Anahtar kelime: İletişim becerileri, öğrenci, hemşire

S-163 PEDIATRİ HEMŞİRELERİNİN PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI VE KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLARIN İNCELENMESİ

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet: Bu çalışma pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları ve karşılaştıkları zorlukların arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışma; Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde pediatri kliniklerinde çalışan 53 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma verileri "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği (PCPS)", "Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PCDS)" ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %81.1'i kadın, %54.7'si 30 yaş ve altında, %79,2'si evli, %71.7'si çocuk sahibi, %71.7'si lisans mezunudur. PCPS ve PCDS puan ortalamaları sırasıyla 67,6±9,1 ve 72,0±12,0 olarak saptanmıştır. Öz Bildirime Dayalı Palyatif Bakım Uygulamaları Ölçeği toplam puanı ile Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Pediatri hemşirelerinin palyatif bakım uygulamaları arttıkça, yaşadığı zorlukların arttığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Palyatif Bakım Zorlukları, Hemşirelik

PALLIATIVE CARE APPLICATIONS OF PAEDIATRIC NURSES AND THEIR DIFFICULTIES

1545

Abstract: This study is to determine the relationship between the palliative care practices of pediatric nurses and the palliative care challenges they face. The study was conducted with 53 nurses working in pediatrics clinics in Malatya Turgut Özal Medical Center. The research data were collected with "Nurse Information Form", "Self-Reported Palliative Care Practices Scale (PCPS)", "Palliative Care Challenges Scale (PCDS)" and Pearson correlation analysis was applied. 81.1% of the nurses participating in the study were women, 54.7% were 30 years of age or under, 79.2% were married, 71.7% had children, and 71.7% were undergraduate graduates. PCPs and PCDS score averages were 67.6±9.1 and 72.0±12.0, respectively. The total score of the palliative care practices scale based on self-notification was found to be a moderately positive relationship between the total score of the palliative care challenges scale and the total score of the palliative care challenges scale. It was found that as paediatric nurses' palliative care practices increased, the difficulties they experienced increased.

Key Words: Palliative Care, Difficulties Of Palliative Care, Nursing

S-164 YOĞUN BAKIMDA GERÇEKLEŞTİRİLEN PALYATİF BAKIM UYGULAMALARINDA ORTAYA ÇIKAN ETİK SORUNLAR

Safiye YANMIŞ¹, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN²

¹ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

² Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

Özet

Giriş: Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalara sağladığı destek ve tedavi ile hayatta kalma şansını arttıran ve sağlık hizmetleri içinde çok önemli yere sahip olan özel hastane alanlarıdır. Ayrıca yoğun bakım üniteleri kritik hastaları destekleyerek iyileşmelerini amaçlayan, yerleşim biçimi ile hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, hastaların 24 saat yaşamsal göstergelerinin izlendiği multidisipliner bir ekibin hizmet sunduğu kliniklerdir. Palyatif bakım ise, yaygın olarak tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı ölümcül hastalarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltme hedefinde olan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda ağrıyı, acıyı hafifletmeye yönelik çalışmaların yanı sıra fiziksel, psikososyal ve ruhsal (manevi) bakım da yer almaktadır.

Bulgular: Yoğun bakımdaki palyatif bakım hastasının bakımında amaç; ölümün ne hızlandırılması ne de geciktirilmesidir. Aksine bu bakımda uygulanan bütüncül yaklaşım, hastanın fiziksel, psikolojik ve manevi sorunlarının tümüne birden eğilmeyi içerir. Yoğun bakım ve palyatif bakım uygulamalarının komplike olması nedeniyle kritik hasta bakımında uygulanan palyatif bakım sırasında birçok etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Kritik durumdaki hastalara palyatif bakım uygulanırken, teknolojinin sunduğu olanaklara gerçekte ne kadar gereksinim duyulduğu, artan hizmet maliyeti, hasta yeterlik ve özerkliğinin tartışmalı olması, kaynakların etkin ve adil kullanılması ve artan hasta beklentilerinin karşılanması sorumluluğu, boşuna tedavinin belirlenip sınırlandırılması ya da bazı tedavilere son verilmesi, ağrı tedavisi ve manevi bakım gibi konularda hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin zaman zaman etik boyutları olan sorunlarla karşılaşmaktadır.

Sonuç: Sonuç olarak; Yoğun bakımda palyatif bakım uygulamaları gerçekleştirilirken birçok etik sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık Profesyonellerinin en önemli sorumluluğu; ortaya çıkan etik

sorunları, temel etik ilkeleri rehber olarak çözüme ulaştırmak olmalıdır. Ortaya çıkan etik sorunlar insan hakları, hasta hakları, sınırlı kaynakların paylaşılması ve hastanın yaşam kalitesinin ön planda tutulması öğeleri ile ele alınması kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, palyatif bakım, palyatif bakım uygulamaları, etik.

Ethical Problems in Palliative Care Practices in Intensive Care

Abstract

Introduction: Intensive care units are private hospital areas that increase the chances of survival with the support and treatment it provides to critical patients and have a very important place in health services. In addition, intensive care units are clinics in which a multidisciplinary team provides services to support critical patients and to improve their health, to be privileged in terms of location and patient care, to be equipped with high-tech devices and to monitor the vital signs of the patients 24 hours a day. Palliative care, on the other hand, is commonly referred to as supportive care given to patients and their relatives in fatal patients where therapeutic approaches are inadequate. According to the definition of World Health Organization (WHO), palliative care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their relatives who struggle with life-threatening diseases. This approach includes physical, psychosocial and spiritual (spiritual) care, as well as pain relief and pain relief.

1547

Results: The aim of the care of the palliative care patient in the intensive care unit; neither accelerating nor delaying death. On the contrary, the holistic approach in this care involves addressing all of the patient's physical, psychological and spiritual problems. Due to the complexity of intensive care and palliative care practices, many ethical problems are encountered during palliative care in critical patient care. When palliative care is applied to critically ill patients, how much technology is actually needed, increased service cost, patient competence and autonomy are controversial, responsibility for effective and fair use of resources and meeting increased patient expectations, limiting or eliminating some treatment, The patient, his relatives and healthcare personnel sometimes encounter problems with ethical dimensions in issues such as pain treatment and spiritual care.

Conclusion: As a result; While performing palliative care in intensive care, many ethical problems are experienced. The most important responsibility of Health Professionals; the ethical problems that arise should be solved by guiding the basic ethical principles. It is critical to deal with ethical issues that arise from human rights, patient rights, sharing limited resources and prioritizing the quality of life of the patient.

Keywords: Intensive care, palliative care, palliative care practices, ethics.

S-165 PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ VE PALYATİF BAKIM

Filiz ERSÖĞÜTÇÜ, Maral KARGIN

1 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

2 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

ÖZET

Palyatif bakım kavramı İngiltere’de modern hospis ile başlamış, zamanla değişerek ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmış günümüzde kronik hastalığı olan tüm hastaların bakımını kapsayan bir kavram olmuştur. Palyatif bakım hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için verilen tüm hizmetleri bütüncül bakım anlayışı ile vermeyi içerir. Palyatif bakımın daha ziyade ağrı ve diğer semptomların kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi bakımı içermesinden dolayı psikiyatri hemşiresi palyatif bir bakım ekibinde hayati bir rol oynayabilir. Psikiyatri hemşiresinin palyatif bakımda değerlendirme, güven verici hemşire hasta ilişkisini oluşturma, terapötik iletişim, psikolojik destek, derivasyon tekniklerini kullanma, stres yönetimi, sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi önemli görevler üstlenir. Psikiyatri hastaları için palyatif bakım konusundaki son ampirik araştırmalar yeterli değildir. Psikiyatrik hastaların palyatif bakımında, psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara göre daha fazla psikososyal ve manevi bakım ihtiyacı olduğu görülmüştür. Psikiyatri hemşirelerini palyatif bakım konusunda eğitmek, fiziksel ve zihinsel sağlık bakım arasında işbirliği yapmak, psikiyatri hastalarının palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamak için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, hemşirelik, palyatif bakım

PSYCHIATRIC NURSING AND PALLIATIVE CARE

Filiz ERSÖĞÜTÇÜ, Maral KARGIN

1 Fırat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ/ Turkey

2 Fırat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ/ Turkey

ABSTRACT

The concept of palliative care began with modern hospice in the UK and has been used for the care of dying individuals over time, and today is a concept that covers the care of all patients with chronic disease. Palliative care involves providing all services that make the patient's remaining life meaningful and valuable with holistic care approach. A psychiatric nurse can play a vital role in a palliative care team, since palliative care often involves controlling pain and other symptoms, psychological, social and spiritual care. The psychiatric nurse undertakes important tasks in palliative care such as assessment, establishing reassuring nurse patient relationship, therapeutic communication, psychological support, using diversion techniques, stress management, mobilizing social support systems. Recent empirical research on palliative care for psychiatric patients is not sufficient. In palliative care of psychiatric patients, there was a need for more psychosocial and spiritual care than patients without psychiatric disorders. Training psychiatric nurses in palliative care, cooperating between physical and mental health care are very important to meet palliative care needs of psychiatric patients.

Key Words: Psychiatry, nursing, palliative care

S-166 PALYATİF BAKIMDA ÖLÜM KAVRAMIGülcan BAHÇECİOĞLU TURAN¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ², Didem COŞKUN³

1 Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum / Türkiye

2 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

3 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

ÖZET

Yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların ve kanser görülme sıklığının artmasının yanı sıra tıp ve teknolojik ilerlemeler ölümü geciktirmiştir. Ölümü yaklaşan hastaya bakım vermek emosyonel olarak acı veren, zor bir deneyimdir. Toplum ve hemşireler, ölümü yadsımakta ve ölmekte olan bireylerin kaçınılmaz sonunu görmezden gelip hasta bireyler olarak tedavi etme çabası göstermektedir. Genelde ölüm kavramının yaş, deneyim, kültür, inanç sistemi ve bunun gibi faktörlerden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Ölümü yaklaşan bireylerin yaşı, cinsiyeti, tanısı, sosyal rolü, palyatif bakım süresi, kişilik özellikleri kendisinin ve sağlık çalışanların ölüm kavramına tepkisini etkilemektedir. Ölüm tüm insanlar için kaçınılmazdır, burada önemli olan bu gerçeğe uyumlu hale gelerek yaşamın sürdürülebilmesinin sağlanmasıdır. Ölüm kavramının farklı yaş dönemlerinde nasıl algılandığı ve buna göre ölüm algısının gelişimi oldukça önemlidir. Bu noktada ölüm eğitimi, ölüm olgusu karşısında hemşirenin farkındalık geliştirmesini sağlayarak ölüm kaygısının azaltılmasında ve ölümcül hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumların değişmesinde etkili olabilmektedir. Okul öncesi dönemde, okul çağı ve ergenlikte ve yetişkinlikte bireylerin ölüm eğitimi ile ölüm kaygısını azaltacağı, ölümü anlama çabasındaki bireyin, yas sürecini daha olumlu atlatmasına yardımcı olması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hemşirelik, Ölüm Kavramı

THE CONCEPT OF DEATH IN PALLIATIVE CARE

Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ², Didem COŞKUN³

1 Ataturk University, Faculty of Nursing, Erzurum / Turkey

2Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazig / Turkey

3 Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazig / Turkey

ABSTRACT

The prolongation of life, the increase in the incidence of chronic diseases and cancer, medical and technological advances are the factors that delay death. Caring for the dying patient is an emotionally painful and difficult experience. Society and nurses deny death and try to ignore the inevitable end of dying individuals and treat them as sick individuals. In general, the concept of death is affected by factors such as age, experience, culture, beliefs and so on. Age, gender, diagnosis, social role, duration of palliative care, personality traits of the dying individuals affect their own and the health workers' response to the concept of death. Death is inevitable for all human beings, what is important here is to ensure that life can be sustained by harmonizing with this reality. How the concept of death is perceived at different age periods and the development of death perception are very important. At this point, death education can be effective in decreasing death anxiety and changing negative attitudes towards the care of dying patient by enabling the nurse to raise awareness in the face of death. Death education that will be given to individuals in preschool, school age, adolescence and adulthood periods is very important in terms of decreasing death anxiety in individuals and helping the individual who is in the effort to understand death to survive the mourning process more positively.

S-167 PALYATİF BAKIMDA HEMŞİRENİN ROLÜDidem COŞKUN¹, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN², Filiz ERSÖĞÜTÇÜ³

1 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

2 Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum / Türkiye

3 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

ÖZET

Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesidir. Ayrıca hastalık ve yas süreci boyunca bireyi ve ailesini desteklemeyi içeren aktif, bütüncül bir bakım yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Palyatif bakım ilkesinde acının hafifletilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesinin otonomisine ve kararına saygı duyma yer almaktadır. Bu bakımın etkili olabilmesi için multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerine odaklanması gerekmektedir. Palyatif bakım hemşiresinin bu gereksinimlerin belirlemesi ve karşılayabilmesi için etkili bir iletişim becerisine sahip olmalıdır. İletişimin de dürüst olmalı, saygılı davranarak hasta ve ailesinin güven duymasını sağlamalıdır. Hastanın yaşam kalitesinin artmasını sağlarken hastanın kontrol duygunu kaybetmemesine dikkat etmelidir. Hemşire bilgi, becerilerini sürekli geliştirerek daha etkili bakım vermelidir. Bakım verirken kanıta dayalı uygulamalardan en iyisini yapmalıdır. Böylece hasta ve ailesinin en iyi bakım uygulamalarından yararlanmasını sağlamış olacaktır. Bakım tanı konulduktan itibaren başlayıp, ölüm ve ölüm sonrası bakım ile devam eder. Bu derlenmenin amacı palyatif bakımda çalışan hemşirelerin bakım uygulamalarının neler olduğunu tartışması amaçlanmıştır.

A NURSE'S ROLE IN PALLIATIVE CARE

Didem COŞKUN¹, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN², Filiz ERSÖĞÜTÇÜ³

1 Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

2 Ataturk University, Faculty of Nursing, Erzurum / Turkey

3 Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

ABSTRACT

Palliative care is the early detection, careful evaluation and treatment of physical, emotional, social and spiritual needs of the patient and his/her family in case of a life-threatening problem. It is also defined as an active, holistic care approach that includes supporting the individual and his or her family during the illness and mourning process. The principle of palliative care includes alleviating pain, improving the quality of life, and respecting the autonomy and decision of the patient and his/her family. In order for this care to be effective, it needs to be focused on the needs of the patient and the family with a multidisciplinary approach. The palliative care nurse must have effective communication skills to identify and meet these needs. These nurses should be honest in their communication and should gain confidence of the patient and the family by respecting them. While improving the quality of life of the patient, they should pay attention the patient to not to lose control. They should provide more effective care by continuously improving their knowledge and skills. They should apply the best evidence-based practice when providing care. This will enable the patient and his/her family to benefit from the best care practices. Care begins with diagnosis and continues with death and post-mortem care. The aim of this review is to discuss the care practices of nurses working in palliative care.

S-168 YENİ ALL TANISI ALMIŞ ÇOCUK VE AİLESİ: ROY ADAPTASYON MODELİ VAKA SUNUMU

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet: Roy Adaptasyon Modeli (RAM) bireylerin, ailelerin, toplumun ve insanın adaptasyon sistemine, çevresi ile etkileşimine odaklanmaktadır. Pediatri hemşirelerinin de, çocuğun ve ailesinin hastaneye yatma gibi yaşamlarında meydana gelen yeni durumlara karşı uyum sağlamalarında önemli rolleri bulunmaktadır. ALL' ye RAM çerçevesinde bakıldığında; hemşire öncelikle hastalığı (odak uyaran), sonra hastalığın tedavisinde yer alan ilaçların kullanımını (etkileyen uyaran) ve yaşanan sorunları tanımlayarak hasta ve ailenin eğitimini gerçekleştirmelidir. Bu olgu sunumunun amacı beş yaşında yeni tanı almış alan çocuğun Roy Adaptasyon Modeli çerçevesinde örnek bir hemşirelik bakım süreci oluşturmaktır.

Olgu: Beş yaşındaki erkek hasta temmuz ayında kemik ağrısı, ateş şikayetiyle dış merkeze başvurmuş, hasta tanısız işlemlerden (fizik muayene, laboratuvar testleri, kemik iliği aspirasyonu) sonra pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. Olguda ailenin hastalığı kabul etmemesi, çocuğun sürekli eve gitmek istemesi gibi tepkiler ile hasta ve ailesinin hastalık sürecindeki yaşadığı güçlükler, uyum sorunları tespit edilerek RAM çerçevesinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

1554

Anahtar Kelimeler: Roy Adaptasyon Modeli, Hemşirelik Bakımı, ALL, Olgu

NEW ALL DIAGNOSED CHILD AND FAMILY: ROY ADAPTATION MODEL CASE REPORT

Abstract: The Roy adaptation model (RAM) focuses on the interaction of individuals, families, society and man with their environment, with the adaptation system. Pediatrics nurses also have important roles in adapting to the new situations that occur in their lives, such as hospitalization of the child and his or her family. When all is looked at within the framework of RAM, the nurse should first identify the disease (focus stimulus), then the use of the drugs involved in the treatment of the disease (effect stimulus) and the problems experienced by the patient and the family. The aim of this case report is to establish an exemplary nursing care process within the framework of the Roy adaptation model of the newly diagnosed child at the age of five.

Case: In July, a five-year-old male patient admitted to the external center with bone pain, fever, and was admitted to the pediatric oncology service after diagnostic procedures (physical examination, laboratory tests, bone marrow aspiration). The patient and his family's difficulties in the disease process, adaptation problems were identified and nursing initiatives were implemented within the

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

framework of RAM with the reactions of the family not accepting the disease, the child constantly wants to go home.

Key Words: Roy adaptation model, nursing care, all, case

S-169 AKUT MİYELOİD LÖSEMİ'Lİ ÇOCUK VE AİESİ: FITZPATRİK'İN RİTİM KURAMI VAKA SUNUMU

Ayşe SÜLÜN, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Hemşirelik kuramcılarında Fitzpatrick kuramında temel hemşirelik kavramlarının yanı sıra ritim kavramından bahsetmektedir. Fitzpatrick, yaşam ritminin krizlerle kendini gösterdiğini, bireyin deneyimlediği krizlerin ise onların sağlığını etkilediğini belirtmektedir.

Akut miyeloid lösemi (AML), normal hücrelere göre proliferasyon (hücre çoğalması) hızı artmış, spontan apoptisi (hücre ölümü) azalmış hücrelerin kontrolsüz çoğalarak, kemik iliğini inhibe etmesi sonucu ortaya çıkan malign hastalıktır.

Olgu: On beş yaşındaki erkek hasta 2019 yılının haziran ayında göğsünde sıkışma ve nefes darlığı şikayeti ile çocuk acil servise başvuran hasta tanısal işlemlerden sonra AML tanısı konularak, hastanemiz pediatrik onkoloji servisine yatırılmıştır. Fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik anlamda şikayetleri artan çocuğun ihtiyacına yönelik olarak beslenme ritminin düzenlenmesi, boşaltım ritminin düzenlenmesi, uyku ritminin düzenlenmesi gibi hemşirelik uygulamaları ile bakım verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fitzpatrick'in Ritim Kuramı, AML, Hemşirelik Bakımı, Olgu Sunumu

1556

CHILDREN WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA AND THEIR FAMILIES: FITZPATRİK'S RHYTHM THEORY CASE REPORT

Abstract:In Fitzpatrick's theory of nursing theorists speak of basic nursing concepts as well as the concept of rhythm. Fitzpatrick states that the rhythm of life manifests itself in crises, while the crises experienced by the individual affect their health.

Acute myeloid leukemia (AML) is a malignant disease that occurs as a result of uncontrolled proliferation of cells and inhibiting bone marrow, which increases the rate of proliferation (cell proliferation) relative to normal cells, and decreased spontaneous apopticia (cell death).

Case: fifteen-year-old male patient admitted to the pediatric emergency department with chest compression and shortness of breath in June 2019, was diagnosed with AML after diagnostic procedures and admitted to the pediatric oncology service of our hospital. Nursing practices such as regulation of nutrition rhythm, regulation of excretory rhythm, regulation of sleep rhythm have been given care for the needs of the child whose complaints are increasing in physiological, psychological and sociological terms.

Key Words: Fitzpatrick's Rhythm Theory, AML, Nursing Care, Case Report

S-170 EVDE BAŞARISIZ İLAÇ YÖNETİMİNE YÖNELİK OLGU SUNUMU

Sevgi URUÇ, Ayşe SÜLÜN

1) Turgut Özal Tıp Merkezi, Büyük Çocuk Servisi, Malatya

2) İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet: Epilepsi; çocuğun fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle hemşireler, bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini uygulayarak epilepsi tanısı almış çocuk ve ailesine holistik hemşirelik hizmeti vermektedir. Bu hizmetlerden biri de evde ilaç uygulamaya yönelik aileye eğitim vermeleridir. Bu olguda; Epilepsi tanısı almış çocuğun annesinin evde ilaç uygulamaya yönelik yaşadığı güçlüğü hemşirelik süreci içerisinde ortaya konması hedeflenmiştir.

Olgu: 4500 gr normal vajinal yolla doğan 6 aylık erkek çocuktur. Düşük doğum ağırlıklı ve doğumda oksijensiz kalan hasta 24 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış, 3 günlük iken nöbet geçirmiş ve tedavi başlanmamıştır. 2 aylıkken nöbetleri tekrar başlamış ve doktora başvurmuşlardır. Doktor Luminatten, rivotril damla, tegretol, aptontain, topamax tedavisine başlamıştır. Bir süre sonra aile çocuğun nöbetlerinin sıklığının ve süresinin artması nedeniyle tekrar polikliniğe başvurmuş ve çocuğun kan tahlilinde yüksek doz ilaç aldığı saptanmıştır. Çocuğun servise yatışından sonra nöbet takibi yapıp, hastanın EEG ve VEP' i çekilmiştir. Hastaya yönelik eğitim materyali geliştirilerek ailesine eğitim verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç yönetimi, epilepsi, hemşirelik

CASE REPORT FOR FAILED DRUG MANAGEMENT AT HOME

Abstract: Epilepsy is a disease that requires the child to be prepared for physical changes, sleeping in daily medication use, repetitive medical examinations and acute medical emergencies, and negatively affects the quality of life. Therefore, nurses provide holistic nursing services to children and their families diagnosed with epilepsy by applying their independent, semi-dependent and dependent roles. One of these services is training the family to practice medicine at home. In this case; It is aimed to reveal the difficulty experienced by the mother of the child diagnosed with epilepsy in order to administer drugs at home in the nursing process.

Case: 4500 G is a 6-month-old boy born by normal vaginal route. The patient with low birth weight and without oxygen at birth remained in neonatal intensive care unit for 24 days, had a seizure while 3 days old and no treatment was started. When he was 2 months old, his seizures started again and they went to a doctor. Dr. Luminatten has started treatment with Rivotril drops, tegretol, aptontain, topamax. After a while, the family applied again to the Polyclinic due to the increased frequency and duration of the child's seizures and it was determined that the child had taken a high dose of medication in his blood test. After the child's admission to the service, seizure monitoring was performed and the patient's EEG and VEP were withdrawn. The training material for the patient has been developed and the family has been given training.

1558

Key words: drug management, epilepsy, nursing

S-171 KARACİĞER NAKLİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN BAKIM YÜKLERİ VE YAŞAM KALİTELERİ

Maksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, Emriye Hilal YAYAN¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Bu araştırma karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Esntitüsü ve Hastansi Çocuk kliniğinde yatarak tedavi gören çocukların ebeveynleri ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Verme Yükü Ölçeği” ve “WHOQOL-8.Tr” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ebeveynlerin büyük çoğunluğunun cinsiyetinin erkek (84.2) olduğu, nakil sürecini kötü geçirdikleri (63.2) ve hafif düzeyde bakım yüküne sahip oldukları (52.6) belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda ise ebeveynlerin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.022$). Sonuç olarak; Karaciğer nakli olan çocukların ebeveynlerinin bakım yükleri arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır.

1559

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, bakım yükü, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Parental care burden and quality of life of parent of children with liver transplantation

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the care burden and quality of life of parents of children with liver transplantation. This study was conducted with the parents of inpatients in İnönü University Liver Transplantation Institute and Hospital Children's Clinic. “Descriptive Information Form” prepared by the researcher, “Burden Interview” and “WHOQOL-8.Tr” were used as data collection tools. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of the statistical analyzes, it was found that the majority of the parents were male (84.2), had a poor transplantation process (63.2), and had a slight care burden (52.6). As a result of the correlation analysis, it was found that there was a negative relationship between the care burden of the parents and their quality of life ($p=0.022$). As a result; The quality of life decreases as the care burden of parents of children with liver transplantation increases.

Key Words: Parents, care burden, quality of life.

S-172 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MANEVİ DESTEK ALGILARI

Hakime Aslan¹ Cansu Gündüz² Aydın Avcı² Ayşe Berktaş²

1. Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.
2. Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Giriş ve Amaç: Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyo-kültürel, emosyonel ve manevi yönlerini dikkate alarak bütüncül bakım vermek hemşireliğin yapı taşıdır. Hemşirelerin sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi boyutlarında hastaların manevi yönlerini de dikkate alarak bakım vermeleri oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalar hemşirelerin eğitimleri sırasında manevi bakım konusunda yeterli bilgi alamadıkları, yoğun ve zor çalışma koşulları nedeniyle manevi bakım vermede kendilerini yetkin göremedikleri belirlenmiştir. Bu bağlamda bu araştırma, hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Haziran-Ağustos 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yapıldı. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak araştırma süresince izinde olan, araştırmaya katılmak istemeyen kişiler çalışma dışında bırakılmış toplam 221 hemşire ile araştırma yürütülmüştür. Veriler hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ve manevi bakıma ilişkin soruları içeren Tanıtıcı Bilgi Formu ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 23.0 paket programında yüzdeler, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.7 ± 7.2 'dir. Hemşirelerin %77.4'ü kadın, %63.3'ü evli, %63.3'ünün gelir seviyesi orta düzeyde, %76'sının eğitim seviyesi lisans düzeyinde, %34.8'i dahili birimlerde çalışmakta ve mesleki deneyim sürelerinin 11.2 ± 7.7 yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %79.2'sinin manevi bakımı duyduğunu ancak %66.1'inin manevi bakım ile ilgili eğitim almadıklarını bunun yanında %85.5'inin manevi bakımın gerekli olduğu ifade ettikleri görülmüştür. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin “Manevi Destek Algı” düzeyinin 51.21 ± 9.44 puan ve yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin manevi destek algısını belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmada, hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

S-173 BİRİNCİ BASMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE PALYATİF BAKIMIN YERİ

Eren ASLANOĞLU¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ²

1Fırat Üniversitesi, Kovancılar Meslek Yüksekokulu, Elazığ/ Türkiye

2 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

ÖZET

Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olan palyatif bakım ülkemizde uzun yıllar ihmal edilen bir konu olmuştur. Sağlık alanında günümüzde koruma ve tedavi hizmetleri yalnızca hastanelerle sınırlı değildir. Toplum temelli bütüncül sağlık bakımı düşüncesi hastaneden toplumsal alana doğru genişleyerek palyatif bakımı da bünyesine almıştır. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun, kanser ve kronik hastalıkların artması nedeniyle oluşan hastanelerdeki doluluk birinci basamakta palyatif bakım ihtiyacını artırmıştır. Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri daha çok; ağrı, konstipasyon gibi akut semptomların yönetimi, yara bakımı ve parenteral ilaç uygulamaları yapmayı içerir. Hastalar için birinci basamak palyatif bakım hizmetleri yeterli gelmiyorsa ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerine yönlendirilmelidir. Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri: aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği halinde yürütülür. Hemşire ekip içinde önemli bir role sahiptir ve ekibin çalışmalarına aktif olarak katılır. Hemşire eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rollerini yerine getirir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, halk sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CAREEren ASLANOĞLU¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ²1 Fırat University, Kovancılar Vocational High School, Elazığ/ Turkey

2 Fırat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ/ Turkey

ABSTRACT

Palliative care, which is an approach that aims to improve the quality of life, to alleviate and prevent pain in the patient and family who encounter problems due to life-threatening illness by meeting physical, psychosocial and spiritual needs through early diagnosis and perfect assessment, has been neglected for many years in our country. Today, protection and treatment services are not limited to hospitals in the field of health. The idea of community-based holistic health care expanded from hospital to social area and included palliative care. The high number of patients in hospitals due to the increase in the elderly population, cancer and chronic diseases increased the need for palliative care in primary health care in the world and in our country. Primary palliative care services include management of acute symptoms such as pain, constipation, wound care and parental drug administration. If primary palliative health care is not sufficient, patients should be directed to secondary and tertiary palliative health care services. Primary palliative care services are carried out in cooperation with family physicians, home care services, KETEM (cancer early detection screening and training center), municipalities and non-governmental organizations. The nurse plays an important role in the team and actively participates in the team's work. Nurse fulfills important roles such as education, treatment, coordination, care and leadership.

1562

Key Words:, Palliative Care, Public Health, Primary Health Care

S-174 AİLE MERKEZLİ BAKIM UYGULAMALARINDA TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Abdullah Sarman¹, Ulviye Günay²

¹ Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Bingöl/ Türkiye

² İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Giriş : Aile merkezli bakım; sağlık hizmeti veren ekip ile hastaların aileleri arasında iş birliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini içeren bir bakım yaklaşımıdır. İtibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması, aile ile işbirliği gibi temel öğeleri içermektedir. Aile merkezli bakımın amacı; sağlık çalışanlarının çocuğu ve aileyi desteklemesi, bilgilendirmesi, hastalık ve tedaviye bağlı sorunları azaltarak çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesini yükseltmektir. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de aile merkezli bakım yaklaşımının çocuk ve ailesi için uygun olduğu savunulsa da uygulamalarda istendik düzeyde yürütülmemektedir. Bu çalışma Türkiye'de aile merkezli bakımın durumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı. Konuyla ilgili literatür taraması “Pubmed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Google Akademi, Türk Medline” ulusal ve uluslararası veri tabanlarında “aile merkezli bakım, Türkiye, güncel durum, hemşirelik” anahtar kelimeleri girilerek yapılmıştır. Tüm yayınlar çalışma yöntemleri ve bulguları açısından sistematize edilerek incelenmiştir.

Türkiye'de aile merkezli bakıma yönelik bir sağlık politikası bulunmamakla birlikte ebeveynlerin hastanede çocuğunun yanında kalmasına genellikle izin verilmektedir. Ebeveynler, hastanede daha çok çocuğun fiziksel gereksinimini karşılamaktadır. Aile merkezli bakım uygulamaları yeterli oranda yürütülmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile merkezli bakım, Türkiye, Güncel durum.

FAMILY-CENTERED CARE PRACTICE SITUATION IN TURKEY

ABSTRACT

Objective: Family-Centered Care (FCC) is a care approach involving the healthcare team and the planning, presentation and evaluation of health care services based on cooperation between the families of patients. It includes basic elements such as reputation and respect, information sharing, family involvement in care and cooperation with the family. The purpose of FCC; to support the child and family of health workers, to inform, to reduce the problems associated with the disease and treatment and to improve the quality of life of children and parents. Although it is argued that the FCC approach in many countries and Turkey is appropriate for the child and his / her family, it is not implemented at the desired level in practice. This study was conducted to assess the status of the FCC in Turkey. A literature review on the subject “Family-Centered Care, Turkey, current status, nursing” keywords were entered in PubMed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Turkish Medical Index, Google Academy, Turkish Medline in national and international databases. All publications were systematically examined in terms of study methods and findings. Although there is no health policy for FCC in Turkey, parents are generally allowed to stay with their child in the hospital. Parents usually meet the physical requirements of the child in the hospital. FCC practices are not carried out adequately.

1564

Keywords: Family centered care, Turkey, Current status.

S-175 KADINLARDA MANEVİYAT İLE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Fatma KESKİN¹ Ebru GÜL², Hilal AKDAĞ³

¹ Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

² Arş. Gör., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

³ Hemşirelik 4. Sınıf Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

ÖZET

Bu araştırma kadınlarda maneviyat ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma, Haziran 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında 1 Aile Sağlığı Merkezinin bulunduğu bölgede 300 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Maneviyat Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA ve Korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmada kadınların %55.0'nın 18-24 yaş arasında olduğu, %60.3'ünün üniversite ve üstü mezunu olduğu, %53.7'sinin ise gelirin giderine denk olduğu, %75.7'sinin yaşamından memnun olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve yaşamdan memnun olma durumu ile maneviyat ölçeği ve yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Yaşam doyum ölçeği ve maneviyat ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r: 0.549, p < .001$). Bu sonuçlara göre kadınların sahip olduğu maneviyat düzeyi arttıkça yaşam doyumu da artmaktadır. Bu nedenle kadınların manevi gereksinimlerine karşı duyarlı olunmalı ve maneviyatın baş etmedeki rolü desteklenerek güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Maneviyat, Yaşam Doyumu

S-176 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNİN YASAL SORUMLULUĞU

Öğr. Grv. Yasin ÇETİN

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim ABD, Adıyaman, Türkiye.

Palyatif bakım, bireyin hayatını ciddi bir şekilde tehdit eden bir hastalığın oluşturduğu fiziksel, psikolojik, manevi ve sosyal sorunları çözümlenerek hasta ve hasta yakınını rahatlatmayı amaçlar. Ülkemizde ilk olarak 2010 yılında palyatif bakım politikaları oluşturulmaya başlanmış ve nafi tedavilerden hastaların korunması amaçlanmıştır. 2010 yılında ayrıca Palya-Türk projesi ile Kansere Savaş Daire Başkanlığı opioidlere ulaşım ve toplum temelli palyatif bakım modeli adı altında iki konu üzerine yoğunlaşmış ve aynı yıl içerisinde evde palyatif bakım hizmet ekipleri oluşturularak sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesi ve kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. 7 Temmuz 2015 tarihinde palyatif bakım hizmetleri hakkında yönergenin hizmete girmesiyle palyatif bakım merkezlerinin açılabilmesi için gerekli fiziksel donanım ve ekipmanlar standardize edilerek sağlık bakım kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Ayrıca yönergede, sağlık personelinin yasal olarak görev ve sorumlulukları bildirilmiştir. Yönergede hemşireler, diğer personel olarak adlandırılmış ve “tabip tarafından verilen görevleri yapar” şeklinde görev sorumluluk eklenmiştir. Oysaki, palyatif bakım yönergesinden dört yıl önce 2011 yılında hemşirelik yönetmeliğinde yapılan değişiklikte hemşirelerin palyatif bakım sürecinde, “birey ve ailesine duygusal destek sağlaması, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetiminin sağlaması, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirilmesi, birey ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgilerin verilmesi, bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi, birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirlenmesi, birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgilendirilmesi” rollerinden bahsedilmiştir. Palyatif bakım sürecinde oldukça fazla sorumluluk ve fedakarlığı olan palyatif bakım hemşirelerinin yasal sorumluluklarının farkında olması ve sürdürülen politikalarda sadece palyatif değil tüm hemşirelerin aktif rol almasının oldukça önem arz ettiği düşünülmektedir.

1566

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım hemşireliği, Yasal Sorumluluklar, Hemşirelik.

LEGAL RESPONSIBILITY OF PALLIATIVE CARE NURSES

Yasin CETIN

Department of Nursing, School of Health, Adiyaman University, Adiyaman, Turkey.

Palliative care aims to relieve the patient and their relatives by solving physical, psychological, spiritual and social problems caused by a disease that seriously threatens the life of the individual. In 2010, palliative care policies were started to be established in Turkey and it was aimed to protect patients from futile treatments. In also 2010, the Palya-Turk project and the Department of Cancer Control focused on two issues, namely, access to opioids and a community-based palliative care model and in the same year, and in the same year, it was aimed to reduce health care costs and to increase the quality by establishing palliative care service teams at home. With the come into use the directive on palliative care services on July 7, 2015, it was aimed to increase the quality of health care by standardizing the physical equipment necessary to open palliative care centers. The directive also states the legal duties and responsibilities of health personnel. In the directive, nurses are called other staff and nurses have been given the responsibility of "performing the tasks given by the doctor". However, in the amendment to the nursing regulation in 2011 four years before the palliative care directive, the role of nurses such as "providing palliative care to emotional support to the individual and his family, management of pain and other symptoms of the patient, raising awareness of the individual and his/her family about the ability to control symptoms at home, giving the necessary information about the individual and his/her family to reach the hospital and emergency services, improving the quality of life by maintaining independence and control during the daily care of the individual, identifying existing social support for the individual his/her family, informing individuals and their families about the economic dimension of the disease and the economic support they can receive/her family" was determined. It is thought that palliative care nurses who have a lot of responsibility and sacrifice in the process of palliative care should be aware of their legal responsibilities and that all nurses, not only palliative ones, should take an active role in the ongoing policies.

1567

Key Words: Palliative care nursing, Legal Responsibilities, Nursing.

S-177 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE OTANTİK LİDERLİK

Öğr. Grv. Yasin ÇETİN

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim ABD, Adıyaman, Türkiye.

Çağımızın getirdiği teknolojik gelişmelerle beraber geçmişte mortalite oranları çok yüksek olan kronik hastalıkların tedavi seçenekleri de paralel olarak çoğalmıştır. Yaşanan bu pozitif gelişmelerle birlikte artan yaşam süresi palyatif bakıma olan ihtiyacı da artırmıştır. Palyatif bakım hizmeti, multidisipliner bir organizasyon ile birlikte hasta ve ailenin gereksinimlerine özgü hizmet sunmayı gerektirir. Etkin bir palyatif bakım hizmeti doktor, psikolog, gerontolog, diyetisyen, fizyoterapist, din görevlisi gibi farklı mesleklerin hasta odaklı hizmet sunduğu kapsamlı bir ekip işidir. Bu ekip organizasyonu veya ekipler arası iletişimle beraber, palyatif bakım sunan hemşirelerin yöneticilik becerileri de etkin bir palyatif bakım için önem arz etmektedir. Bu doğrultuda yönetici hemşirelerin otantik liderlik becerileri ön plana çıkmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde görevli yönetici hemşireler otantik lider davranışlarında güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı, etkin iletişim becerilerine sahip olmalı, hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemeli, kendi ekip üyelerinin isteklerini dikkate almalı, personelin iş doyumunu artırarak motivasyonunu arttırmalı, sorun çözümede açıklık ve etik değerlerle hareket etmeli, çalışanların örgütsel bağlılıklarını sağlamaya yönelik teşvik edici girişimlerde bulunmalıdır. Bu doğrultuda yönetici hemşire seçiminde özellikle mesleki tecrübe veya yeterlilik kriterlerine ek olarak otantik liderlik özelliği aranmalı, hizmet içi eğitimlerle geleceğin yöneticilerini yetiştirmek adına liderlik eğitimleri verilmeli, lisans eğitiminde yöneticilik kavramını yerleştirmek amacıyla seçmeli derslerde tiyatro oyunlarında öğrencilere aktif rol verilerek gelişimleri sağlanmalı, diğer meslek gruplarının da olduğu liderlik konulu sempozyumlar, kongreler vs. düzenlenerek farkındalıklarının artması sağlanmalıdır. Böylece hem çalışanların hem de yönetici hemşirelerin otantik liderlik özelliklerinin artacağı, buna paralel olarak da hizmet alıcıları olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet oranlarının yükseleceği düşünülmektedir.

1568

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Palyatif Bakım, Otantik Liderlik.

Authentic Leadership in Palliative Nursing

Yasin CETIN

Department of Nursing, School of Health, Adiyaman University, Adiyaman, Turkey.

With the technological advances brought by our age, treatment options for chronic diseases which have high mortality rates in the past have also increased in parallel. With these positive developments increasing life expectancy has increased the need for palliative care. Palliative care requires a multidisciplinary organization and also the provision of services specific to the needs of the patient and family. An effective palliative care service is a comprehensive team work in which different professions such as doctors, psychologists, gerontologists, dietitians, physiotherapists, religious officials provide patient-oriented services. In addition to this team organization or inter-team communication, the management skills of nurses providing palliative care are also important for effective palliative care. In this direction, authentic leadership skills of executive nurses come to the forefront. Executive nurses in palliative care centers should be aware of their strengths and weaknesses in authentic leader behavior, have effective communication skills, determine the needs of the patient and family, take into account the wishes of their team members, increase the motivation of the staff by increasing job satisfaction and should act with openness and ethical values in problem solving. In this respect, in the selection of the executive nurse, authentic leadership feature should be sought especially in addition to the professional experience or qualification criteria, leadership trainings should be given within the scope of in-service training in order to train the managers of the future, in order to place the concept of management in undergraduate education, students should be actively involved in theatrical plays in their elective courses and their development should be ensured and symposiums and congresses etc. on leadership including other professional groups should be organized to increase their awareness. Thus, it is thought that the authentic leadership characteristics of both employees and executive nurses will increase, and in parallel, the satisfaction rates of patients and their relatives will increase.

1569

Keywords: Nursing, Palliative Care, Authentic Leadership.

S-178 BAKTERİYEL VAJİNOZİS TEDAVİSİNDE VAJİNAL PROBİYOTİKLERİN YERİ

Gülçin Nacar¹, Sermin Timur Taşhan¹

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Sağlıklı bir vajinal floranın en önemli bileşeni Laktobasillerdir. Laktobasiller vajinal enfeksiyonların oluşumunu çeşitli şekillerde engeller. Laktobasiller patojenlerin vajinal epitele tutunmasını önleyerek, antimikrobiyal bileşiklerin sentezine katkı sağlayarak, hidrojen peroksit üreterek ve glikojenden glikoz fermente edilmesi sırasında laktik asit üreterek ortamın PH' ını azaltır böylece vajinal kanalı patojen mikroorganizmalardan korur. Vajinal mikrobiyota menstruasyon döngüsünün aşamaları, cinsel ilişki sıklığı, vajinal duş ve deodorant gibi kimyasal ürünlerin kullanımı, gebelik, kontraseptif kullanımı, antibiyotik ve immün sistemi baskılayan ilaçların kullanımı gibi faktörlerin etkisi ile sürekli değişiklik gösterir.

Vajinal disbiyosis, vajinal florada Laktobasil yükünün azalması ve birbirinden farklı türde bakterilerin çoğalmasıyla sağlıklı vajinal floranın bozulması anlamına gelmektedir. Bakteriyel vajinozis de klinik olarak en iyi tanımlanmış ve sık görülen vajinal mikrobiyota dengesizliklerinden biridir. Bakteriyel vajinoziste, Lactobasil türlerinin egemen olduğu normal asidik flora Gardnerella Vaginalis gibi bakterilerin sebebiyle bozulur. Bakteriyel vajinozis cinsel yolla bulaşan hastalıklar, herpes simpleks virüs tip 2, pelvik inflamatuvar hastalık, HIV ve endometritin bulaşına ve yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Gebelikte ise, başta preterm doğum ve spontan düşük başta olmak üzere hem anne hem de bebek için ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır.

Bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotikler kullanılmaktadır. Ancak antibiyotik tedavisi uzun vadede yarar sağlayamamaktadır. Hatta tedavi sırasında hızla sayısı azalan patojen bakteriler, sıklıkla tedaviyi takiben tekrar ortaya çıkar. Son yıllarda, bakteriyel vajinozis tedavisinde antibiyotiklere alternatif veya tamamlayıcı olarak laktobasil içeren vajinal probiyotiklerin kullanılmasıyla semptomların azaldığı, rekürrens oranlarının azaldığı ve sağlıklı vajinal floranın yeniden oluşumuna katkı sağladığı görülmüştür. Bu nedenle derlemenin amacı, bakteriyel vajinozis tedavisinde vajinal probiyotiklerin yerinin mevcut literatür ışığında incelenmesidir.

Anahtar kelimeler: Bakteriyel vajinozis, tedavi, vajinal probiyotik

THE VALUE OF VAGINAL PROBIOTICS IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS

ABSTRACT

The most important component of a healthy vaginal flora is Lactobacilli. Lactobacilli prevent the formation of vaginal infections in various ways. Lactobacilli reduce the PH of the environment by preventing the attachment of pathogens to the vaginal epithelium, contributing to the synthesis of antimicrobial compounds, producing hydrogen peroxide and producing lactic acid during glucose fermentation from glycogen, thus protecting the vaginal canal from pathogenic microorganisms. The stages of the menstruation cycle of the vaginal microbiota vary with the effects of factors such as the frequency of sexual intercourse, the use of chemical products such as vaginal douchers and deodorants, the use of contraceptives, pregnancy and the use of antibiotics and immunosuppressive drugs.

Vaginal dysbiosis refers to the degradation of healthy vaginal flora by the reduction of lactobacilli load in the vaginal flora and the proliferation of different types of bacteria. Bacterial vaginosis is also one of the most clinically defined and common vaginal microbiota imbalances. In bacterial vaginosis, the normal acidic flora dominated by Lactobacillus species is degraded by bacteria such as Gardnerella Vaginalis. Bacterial vaginosis leads to transmission and spread of sexually transmitted diseases, herpes simplex virus type 2, pelvic inflammatory disease, HIV and endometritis. In pregnancy, it causes serious health problems for both mother and baby, especially preterm birth and spontaneous abortion.

Antibiotics are used to treat bacterial vaginosis. However, antibiotic treatment is not beneficial in the long term. In fact, pathogenic bacteria, which rapidly decrease in number during treatment, often reappear after treatment. In recent years, the use of vaginal probiotics containing lactobacilli as an alternative or complementary to antibiotics in the treatment of bacterial vaginosis has been shown to reduce symptoms, reduce recurrence rates and contribute to the regeneration of healthy vaginal flora. Therefore, the aim of this review is to investigate the place of vaginal probiotics in the treatment of bacterial vaginosis in the light of the current literature.

Key words: Bacterial vaginosis, treatment, vaginal probiotic

S-179 BAĞIRSAK MİKROBİYOTASI POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Gülçin Nacar*

* Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Postpartum depresyon doğum sonu kadınların %13' ünü etkileyen, yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Hem anne hem de yenidoğan için pek çok olumsuzluğu beraberinde getirme riski bulunduğundan önemle üzerinde durulması gerekmektedir. Hatta iyi tedavi edilmeyen veya kaçırılan vakalar intihar ile yaşamını yitirebilmektedir. Postpartum depresyon annenin bebeğe bakım vermesini ve ona sağlıklı bağlanmasını engellediği gibi, annenin yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini de olumsuz etkiler. Ayrıca postpartum depresyon bebeğin bilişsel, sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimi üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere neden olabilir. Postpartum depresyonun ortaya çıkışında inflamasyon, hormonlar ve nöroendokrin süreçler gibi fizyolojik ve metabolik etkenlerin yanı sıra, eşler arasındaki çatışma, sosyal destek yetersizliği ve stresli yaşam olayları gibi psikolojik faktörlerin de sorumlu olduğu belirtilmektedir. Ancak bağırsak mikrobiyota ile postpartum depresyon arasındaki ilişki ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile bağırsak ve beyin arasında iletişim bulunduğu ve barsak mikrobiyotasının değişiminin beyinde salgılanan kimyasalları değiştiği ortaya konmuştur. İlk olarak 2005 yılında probiyotiklerin majör depresyonda adjuvan tedavi olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Fermante edilen besinlerde, tüketimden önce meydana gelen biyoaktif kimyasalların oksatif stresi azalttığı belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada gebelik ve postpartum dönemde probiyotik tedavisi alan bireylerin depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur. Bu nedenle bu araştırmanın amacı, bağırsak mikrobiyotası ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin mevcut literatür ile derlenmesidir.

Anahtar kelimeler: mikrobiyota, postpartum depresyon, probiyotik

IS THE INTESTINAL MICROBIOTA RELATED TO POSTPARTUM DEPRESSION?**ABSTRACT**

Postpartum depression is a life-threatening complication that affects 13% of postpartum women. Since both the mother and the newborn are at risk of bringing about many negative effects, they should be emphasized. In fact, poorly treated or missed cases may die with suicide. Postpartum depression prevents the mother from providing care and healthy attachment to the baby and affects the quality of life and daily activities of the mother negatively. In addition, postpartum depression may cause long-term adverse effects on the cognitive, social, emotional and physical development of the baby. It is stated that physiological and metabolic factors such as inflammation, hormones and neuroendocrine processes are responsible for the emergence of postpartum depression, as well as psychological factors such as conflict between spouses, lack of social support and stressful life events. However, little is known about the relationship between intestinal microbiota and postpartum depression. Recent studies have shown that there is communication between the intestine and the brain and that the change in the intestinal microbiota changes the chemicals secreted in the brain. In 2005, it was first proposed that probiotics can be used as adjuvant therapy in major depression. It is stated that bioactive chemicals that occur before consumption in fermented foods reduce oxidative stress. In a study, it was found that depression and anxiety scores of the individuals who received probiotic treatment during pregnancy and postpartum period were significantly lower than the control group. Therefore, the aim of this study is to review the relationship between intestinal microbiota and postpartum depression with the current literature.

1573

Key words: microbiota, postpartum depression, probiotic

S-180 APEKDEKTOMİ YAPILAN GEBENİNİN OLGU SUNUMU

Gülçin Nacar¹, Semiha Dertli²

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile yoğun bakımda takip edilen yenidoğana sahip annenin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeyinin değerlendirilmesidir.

Giriş: Gebelikle ilgili olmayan cerrahi operasyon oranı 500 gebe birdir. Gebelikle ilişkili olmayan hastalık ve komplikasyonların cerrahi tedavisi hem anne hem de bebek için mortalite ve morbidite riski taşıdığından sağlık profesyonellerinin hassasiyetle yaklaştığı vakalardır. Gebelikle ilişki olmayan en sık cerrahi operasyon gerektiren hastalık apendisittir. Gebeliğin tüm trimesterlerinde görülmesine rağmen en sık iki ve üçüncü trimesterlerde görülmektedir. Apendisit ile gebelikte görülen bulantı kusma, karın ağrısı gibi bulguların karışması nedeniyle tanı koymak zordur.

Olgu: Abdomenin sağ alt kısmında ağrı şikayetiyle acile başvuran 30 yaşındaki kadın hastanın apendisit tanısı ile opere edilmesi planlanmıştır. Yapılan tetkikler sırasında kadının gebe olduğu anlaşılmıştır. Hastanın üçüncü gebeliği olup iki abortusu bulunmaktadır. Apendektomi yapılan hasta sonrasında uterin kanama ve amniyotik mayi kaybı yaşamıştır. Hastanın hastanede takibi sürdürülmüş ve oral progesteron tedavi almaya başlamıştır. Tedavi 20. haftaya kadar sürdürülmüştür. Anhidroamniyoz nedeniyle 27. haftada sezaryen doğum ile gebelik sonlandırılmıştır. 530 gram doğan kız bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırışı yapılmıştır. Yenidoğan prematürite ve düşük doğum ağırlığı tanısı ile bakım ve tedavi altına başlatılmıştır. Yenidoğana bir ay boyunca pompa ile sağılarak anne sütü verilmiştir. Annenin, sağlık durumunun stabil olduğu zamanlarda yenidoğanı kucağına alması sağlanmıştır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile yapılan değerlendirmede annenin depresyon riskinin yüksek olduğu ve puanının 19 olduğu görülmüştür. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile yapılan değerlendirmede ise, annenin puanının 6 olduğu ve bağlanma düzeyinin iyi olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Apendektomi, apendisit, cerrahi girişim, gebelik

CASE REPORT OF PREGNANT WOMEN WITH APENDICITIS

ABSTRACT

Objective: To evaluate the postpartum depression and maternal attachment level of a newborn mother with prematurity and low birth weight.

Introduction: The rate of non-pregnancy related surgical operations is one in 500 pregnant women. Surgical treatment of non-pregnancy related diseases and complications are cases where health professionals are approaching with sensitivity because of the risk of mortality and morbidity for both mother and baby. Appendicitis is the most common surgical operation without pregnancy. Although it occurs in all trimesters of pregnancy, it is most commonly seen in the second and third trimesters. Diagnosis is difficult due to confusion of symptoms such as nausea, vomiting and abdominal pain during pregnancy with appendicitis.

Case: A 30-year-old female patient admitted to the emergency department with pain in the right lower part of the abdomen was planned to be operated with the diagnosis of appendicitis. During the examinations, it was understood that the woman was pregnant. The patient had a third pregnancy and had two abortions. She underwent appendectomy and uterine bleeding and amniotic fluid loss. The patient was followed up in the hospital and started to receive oral progesterone treatment. The treatment was continued until the 20th week. Pregnancy was terminated by cesarean section at 27th week due to anhydramnios. 530 grams of newborn baby girl was admitted to the neonatal intensive care unit. Neonatal prematurity and low birth weight were diagnosed and treated. Breast milk was given to the newborn by being pumped for a month. The mother was allowed to hold the newborn in her arms when her health was stable. According to the Edinburgh Postpartum Depression Scale, the mother's risk of depression was high and her score was 19. In the evaluation made with the Mother-to-Infant Bonding Scale, the mother's score was 6 and the level of attachment was good.

Key words: Appendectomy, appendicitis, surgical intervention, pregnancy

S-181 KÜRESEL BİR SAĞLIK SORUNU OLAN KRONİK HASTALIKLARDA PALYATİF BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Serhat YILDIRIM¹ Papatya KARAKURT²

1 T.C. Sağlık Bakanlığı Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Elazığ/Türkiye

2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan/Türkiye

ÖZET

Dünya genelinde başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet, vb. hastalıklar olmak üzere kronik hastalıkların, insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıkların artması ile birlikte hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış bu nedenle profesyonel bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır. Palyatif bakım, tedavi edici yaklaşımların tükendiği kronik hastalar başta olmak üzere, tedavi süresince ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür. Palyatif bakıma muhtaç yetişkinlerin çoğunluğu, kardiyovasküler (% 38.5), kanser (% 34), kronik solunum yolu (% 10.3) vb. gibi kronik hastalıklara sahiptir. Palyatif bakım hemşireliğinin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken hemşire hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, palyatif bakım, hemşirelik

S-182 ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA *DEMODEX SPP* DAĞILIMI

Serpil Şener,¹ Birgül Cumurcu,² Ülkü Karaman³

¹Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Cildiye AD, Malatya

²Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Psikiyatri AD, Malatya

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji AD, Ordu

ÖZET

Amaç: Demodex insan vücudunda enfestasyon yapabilen bir ektoparazitir. İmmün sistemin baskılandığı durumlarda Demodex enfestasyonunun ağır seyredebileceği saptanmıştır. Alkol kullanan kişilerde immün sistem anormallikleri ve özbakımda azalma gözlenebildiğinden Demodex enfestasyonunun daha yaygın olarak görülebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada; alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konulmuş hastalarda *Demodex spp.* enfestasyonu ile arasında bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Psikiyatri polikliniğinde DSM-5'e göre alkol kullanım bozukluğu tanısı alan ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan sağlıklı gönüllü katılımcılar çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol gruplarına *D. folliculorum* 'un tanısında standart yüzeysel deri biyopsisi (SYDB) kullanılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmada Demodex ile alkol kullanımı ($p=0.001$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Alkol ve sigara kullanımı birlikte olan hastalara bakıldığında bu ilişki yine anlamlıydı ($p<0.001$). Alkol ile birlikte sadece 3 kişi esrar kullanmaktaydı. Alkol ve esrar kullanan bu üç kişide demodex pozitifliği anlamlı değildi ($p=0.097$).

Tartışma: Sonuç olarak alkol ve sigara kullanımı olan hastalarda *Demodex spp.* enfestasyonunun görülme sıklığının artabileceğinin göz önüne alınması gerektiği kanısına varılmıştır. Bu hastalarda özellikle yüzdeki eritemli, kaşıntılı lezyonlarda Demodex türlerinin fırsatçı patojen olabileceği gözönüne alınarak tedavisinin sağlanmasının gerekli olduğu önerisi sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Demodex, Alkol kullanım bozukluğu, sigara kullanımı,, bağımlılık ve Demodex.

S-183 ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİNİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Eda KALKAN¹, Funda KAVAK BUDAK²

¹Inönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

²Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi

ÖZET

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarının içgörülerinin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Haziran 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören yetişkin şizofreni hastaları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 300 şizofreni hastası araştırmaya dahil edilmiştir. Verileri toplamak için Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3), Brichwood İçgörü Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, Varyans Analizi, Korelasyon kullanılmıştır

Bulgular: Araştırmada hastaların çoğunun 29-39 yaş grubunda, erkek, ortaöğretim mezunu, bekâr olduğu, çalışmadığı, gelir düzeyini orta olarak algıladığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların % 60'ının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması 3.12±1.60 olarak bulunmuştur. Araştırmada hastaların içgörülerini ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmada şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının orta düzeyde, içgörülerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin hastalara yalnız olmadıklarını hissettirmesi, hastaların sosyal etkinliklere katılmasını sağlaması, hastalık ile ilgili olası sorunlarla başa çıkabilmesi için destek vermesi ve hastaların tedaviye uyumlarını artırma, içgörü düzeylerini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, İçgörü, Şizofreni, Tedaviye uyum

The Effect of Insight of Schizophrenia Patients on Treatment Adherence

Objective: the aim of this study was to determine the effect of the insight of schizophrenia patients on treatment adherence.

Materials and methods: The study was conducted in Elazığ mental health and illness Hospital between June 2017-June 2018. The universe of the research constitutes adult schizophrenia patients who were treated at Elazığ mental health and diseases hospital between June 2017-March 2018. In the study, 300 schizophrenia patients who meet the research criteria and agree to participate in the study were included in the study without going to sample selection. In order to collect the data, the Descriptive Form, The Morisky treatment compliance scale and the Brichwood Insight Scale were used. In the analysis of data; percentage distribution, arithmetic mean, t-test, Kruskall Wallis, variance analysis, correlation were used in independent groups.

Results: The study found that most of the patients were male, middle school graduate, bachelor, non-employed, moderate level of income, no history of mental illness in the family. In the study, it was determined that 60% of patients had moderate compliance with treatment. The mean score of the patients was 3.12 ± 1.60 in the insight scale. In the present study, there was a statistically positive correlation between the internal aspects of the patients and their compliance with treatment ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: in the present study, it was found that the adherence of schizophrenia patients to treatment was moderate and their insight was low. It may be suggested that nurses make them feel that they are not alone, that they participate in social activities, that they support them to deal with the possible problems related to the disease, and that they make attempts to increase the patient's compliance with treatment, and that they increase the level of insight.

Key words: Patient, Insight, Schizophrenia, Adherence to treatment

S-184 ANNELERİN POSTPARTUM UYKU KALİTESİNİN MATERNAL BAĞLANMA VE EMZİRMEYE ETKİSİ

Tekcan SEVGİ, Emriye Hilal YAYAN

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Amaç

Bu araştırmada annelerin postpartum uyku kalitesinin maternal bağlanma ve emzirmeye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında il merkezindeki bir ASM de 20-40 gün arası bebeği olan annelerle yapılmıştır. Araştırmanın verileri anne tanıtıcı formu, maternal bağlanma ölçeği, postpartum uyku kalitesi ölçeği (PUKÖ) ve LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme ölçeği kullanılarak mesai saatlerinde ASM' nin eğitim odasında yüz yüze yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde korelasyon, ANOVA, student T testleri ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30 ± 5.28 dir. Doğum haftası 37.51 ± 2.91 dir. Bebeklerin %39.3 ü kız ve %57.1 i sezaryen doğumla dünyaya gelmiştir. Maternal bağlanma puan ortalamaları 96.87 ± 7.17 , PUKÖ puan ortalamaları 28.78 ± 7.52 ve LATCH puan ortalamaları 8.21 ± 2.23 tespit edilmiş olup ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Annenin eğitimi, çalışma durumu, bebeğin doğum haftası ve doğum şeklinin ölçek puan ortalamalarını etkilemediği görülmüştür.

Sonuç

Annenin uykusunun maternal bağlanma ve emzirme üzerinde etkili olmayabileceği sonucuna varılmış olup çalışmanın büyük gruplarla yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: postpartum, emzirme, uyku, bağlanma, yenidoğan

S-185 PALYATİF BAKIMDA REİKİ KULLANIMI

Çiğdem ERDOĞAN¹

¹ Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli/Türkiye

Reiki, 1800’lü yılların sonunda Japanyo’da ortaya çıkan ve geliştirilen eski bir şifa biçimidir. Tüm canlılarda yaşamı destekleyen bir enerji akışı olduğunu destekleyen reiki “evrensel yaşam enerjisi” olarak çevrilebilir. Ülkemizde olmasa da diğer ülkelerde, reiki tedavisi ve eğitimi, tıp ve hemşirelik öğrencilerine seçmeli dersler, özel ilgi kulüpleri ve üniversite sağlık programları aracılığıyla giderek daha fazla sunulmaktadır. Reiki iyileşme sürecini desteklemek amacı ile hasta bireyin etrafında var olan enerjinin doğru yönlendirilmesine ve manipüle edilmesine dayanır. Reiki uygulayıcısı iyileştirici değildir, sadece hastanın aklına, bedenine ve ruhuna denge getirmek amacı ile ellerini belirli pozisyonlarda hastanın üzerinde gezdirerek enerjinin doğru yönlendirilmesini sağlar. Reiki özel bir birim ya da araç/gereç gerektirmediğinden, her zaman ve her yerde kolaylıkla uygulanabilmektedir. Reikin, iyileştirme sürecine etkisi ile ilgili bilimsel kanıtlar bulunmamaktadır. Fakat önemli ve kritik hastalığı olan ve tıbbi işlem uygulanan bireylerde ağrı, depresyon, anksiyete, uyku ve yaşam kalitesi gibi konularda iyileşme sağladığı bildirilmiştir.

S-186 PALYATİF BAKIMDA ÇOCUKLARIN AĞRISININ GİDERİLMESİNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Didem ÇOŞKUN¹, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ², Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN³

1Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

2Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

3Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum / Türkiye

ÖZET

Çocuklarda palyatif bakım, çocuğun ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerini içeren, hastalık ve yas süreci boyunca aileyi desteklemeyi içeren aktif, bütüncül bir bakım yaklaşımıdır.

Palyatif bakımda amaç çocuğun yaşam süresini uzatmak ya da kısaltmak değil. Amaç çocuğun yaşam kalitesini arttırmaktır. Ağrı çocukların yaşam kalitesi olumsuz etkileyen önemli bir semptomdur. Bu yüzden çocuğun ağrısının tanımlanması, değerlendirilmesi, tedavi ve bakımın sağlanması önemlidir. Çocukta ağrıya neden olabilecek gereksiz işlemlerden kaçınmakta gerekmektedir. Tedavide çocuğun ağrısının şiddetine uygun analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Ağrının değerlendirilmesinde hemşirenin çocukla olan iletişimi önemlidir. Çocuğun ağrısını gidermede gelişimsel yaşına uygun nonfarmakolojik yöntemler uygulanır. Bunlar; gevşeme, meditasyon yardımıyla hayal etme, akupunktur, ritmik solunum, teröpatik dokunma, hipnoz, dikkati başka yöne çekme, oyun terapisi, müzik terapisi gibi davranışsal ve bilişsel tepkiler, mizah ve sıcak-soğuk uygulama yöntemleridir. Çocuklarda palyatif bakım erişkinlerden farklıdır ve çocuğun gelişimsel yaşına göre farklı yaklaşımlara gereksinimleri vardır. Bu derlemede palyatif bakımda çocukların ağrısının giderilmesinde nonfarmakolojik yöntemlerin etkininin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hemşirelik, Çocuk, Ağrı

USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS IN PAIN RELIEF FOR CHILDREN IN PALLIATIVE CARE

Didem COŞKUN¹ Filiz ERSÖĞÜTÇÜ² Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN³

1 Fırat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

2 Fırat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

3 Ataturk University, Faculty of Nursing, Erzurum / Turkey

Abstract

Palliative care for children is an active, holistic care approach that includes the physical, emotional, social and spiritual needs of the child and its family and supports the family throughout the illness and mourning process.

The aim of palliative care is not to extend or shorten the child's life span. The aim is to improve the quality of life of the child. Pain is a critical symptom that adversely affects the quality of life of children. Therefore, it is important to identify and evaluate pain, provide treatment and care for the child's pain. It is also necessary to avoid unnecessary procedures that may cause pain in the child. Analgesic drugs suitable for the severity of the child's pain are used in the treatment. The communication of the nurse with the child is important in the assessment of pain. Non-pharmacological methods suitable for developmental age are applied to relieve the child's pain. These methods are behavioral and cognitive responses such as relaxation, imagination through meditation, acupuncture, rhythmic breathing, therapeutic touch, hypnosis, distraction, game therapy, music therapy, and humor and hot-cold application. Palliative care in children is different from adults and needs different approaches according to the child's developmental age. In this review, it has been aimed to discuss the effect of non-pharmacological methods on pain relief of children in palliative care.

S-187 PALYATİF BAKIM ÜNİTEMİZDE YATAN HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Ökkeş Hakan Miniksar¹, Ahmet Aydın²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, Yozgat/ Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Giriş: Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır.

Yöntem: Retrospektif yapılan bu çalışmada, Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesi PBM'de, Haziran 2016-Nisan 2018 tarihleri arasında takip ve tedavi edilen hastaların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi ve arşivlerindeki dosya kayıtlarının incelenmesiyle veriler elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 321 hastanın (%53,9 Erkek, %46,1 Kadın) ortalama yaşı $72,5 \pm 14,7$ ve ortalama yatış süresi $15,4 \pm 23,2$ gündü. Hastaların PBM'ye kabul yerleri en sık ayaktan (%37,4), yoğun bakım (%27,8), servisler (%23,1) ve acil servis (%11,6) olduğu tespit edilmiştir. En sık yatış endikasyonları oral alım yetersizliği (genel durum bozukluğu) %58,3, bakım eğitimi %14,3, ağrı palyasyonu %12,8 ve dekübit yara bakımı %7,5 idi. Ek hastalık olarak en sık sırasıyla SVO, Alzheimer, HT, KOAH ve DM eşlik etmekteydi. Hastaların 139'u (%43,3) malignite nedeni ile yatırılmış olduğu tespit edildi ve en sık eşlik eden malignite türü olarak Akciğer CA, daha sonra ise Mide CA bulunmuştur. Taburculuk durumu olarak; hastaların %42,7'si eve taburcu, %8,7'si 3. Basamak Yoğun Bakıma devir, %6,9'u kendi isteği ile taburcu, %3,7'si servislere devir, %1,2'si ileri merkeze sevk ve %36,8 hastanın ex olduğu belirlendi. Malignitesi olan 139 hastanın yaklaşık yarısının (74) mortal seyrettiği ve 4 hastanın yoğun bakıma devir edildiği görüldü. Uzun yatış süresi (1 aydan uzun) dekübit yara bakımı (%29,1) ve bakım eğitimi (%13) amaçlı yatan hastalarda görüldü.

Sonuç: Gerek yaşlı hastaların ve gerekse ileri evre onkolojik ve nörolojik hastaların sayısının artması nedeniyle PBM'lere ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmamız tek merkezli olup, Türkiye'deki PBM'lere veri sunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, kanser, yatış süresi

S-188 SÜREKLİ OKSİJEN TEDAVİSİ İLE TABURCU EDİLEN BRONKOPULMONER DİSPLAZİLİ PRETERM BEBEKLERİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

¹Hüseyin Kaya, ¹İsmail Kürşad Gökçe

¹Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Pediatri Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bronkopulmoner displazili (BPD) pretermilerin yaklaşık %25'i oksijen tedavisi ile taburcu edilmektedir. Biz bu hastaların uzun dönem sonuçlarını araştırdık.

Yöntem: Ocak 2016-Aralık 2018 tarihleri arasında ünitemizde BPD tanısıyla izlediğimiz ve oksijen tedavisi ile taburcu edilen prematüre bebeklerin aileleri ile görüşüldü ve tıbbi kayıtları incelendi.

Bulgular: Oksijen kondansatörü ile taburcu edilen 9 prematürenin ortalama doğum ağırlığı 951±226 gram, ortalama doğum haftası 27,5±2 haftaydı. Hastaların oksijen tedavisi taburculuk sonrası ortalama 120. gün (95-300) sonlandırılmıştı. Hastaların tümünde re-hospitalizasyon öyküsü ve tüm hastalarda belirgin büyüme geriliği (< 3.persentil) saptandı.

Sonuç ve Öneriler: Pulmoner rezervleri belirgin azalmış bu kırılğan bebeklerde taburculuk sonrasında büyüme geriliği ve re-hospitalizasyon oranı oldukça yüksekti. Bu hastalarda yeterli beslenme desteğine ve solunum sistemi enfeksiyonlarının uygun tedavisi ile bu olumsuz sonuçlar azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre; bronkopulmoner displazi; oksijen

Abstract

Long-term results of preterm infants with bronchopulmonary dysplasia discharged with continuous oxygen therapy

Background and Aim: Approximately 25% of preterms with bronchopulmonary dysplasia (BPD) are discharged with oxygen therapy. We investigated the long-term outcomes of these patients.

Methods: Between January 2016 and December 2018, families of premature babies who were followed up with BPD in our unit and discharged with oxygen therapy were interviewed and their medical records were examined.

Results: The mean birth weight of 9 prematurity discharged with oxygen condenser was 951 ± 226 grams and mean delivery week was 27.5 ± 2 weeks. Oxygen therapy was discontinued on the median 120th day (95-300) after discharge. All patients had a history of re-hospitalization and significant growth retardation (<3.persentile) in all patients.

Conclusions and Recommendations: The rate of growth retardation and re-hospitalization was very high in these fragile infants after discharge. In these patients, adequate nutritional support and appropriate treatment of respiratory system infections may reduce these negative outcomes.

Key Words: Premature; bronchopulmonary dysplasia; oxygen

S-189 PALYATİF BAKIM VE ÖLÜM KAYGISIHalit Emin Alıcılar^{*}, Gülsen Güneş^{**}, Rukuye Aylaz^{**}^{*}Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı^{**}İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD^{***}İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi**ÖZET**

Ölüm yaşamın doğal bir sonucudur. Tarih boyunca çeşitli toplumlar ölüme farklı anlamlar yüklemiştir. Ölüme yüklenen anlamlar gibi ölüme karşı tutumlar da farklılık gösterir. Ölüm kaygısı, kişinin ölüme karşı duyduğu endişedir. Palyatif bakımın amacı terminal dönemdeki hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini mümkün olduğunca en üst seviyede tutmaktır. Palyatif bakım alan hastaların ve yakınlarının ölüm kaygısı yaşaması da doğal bir süreçtir. Geleneksel derleme niteliğinde yapılan bu çalışmada, Google scholar, pubmed, ulusal tez merkezi gibi tarayıcılarda ölüm, ölüm kaygısı, ölüme karşı tutum ve palyatif bakım anahtar kelimeleriyle tarama yapılmış ve konuyla ilgili literatürlerden bir derleme hazırlanmıştır. Palyatif bakımda hizmetin niteliğini etkileyen önemli bir faktör sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları ve ölüm kaygısıdır. Sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları, hastaya verdiği hizmette belirleyici bir faktördür. Ölüme karşı tepkiler yaş gruplarında farklılık göstermektedir. Ölümün geri dönüşsüz olduğu on yaşından sonra fark edilebilir. Yaş arttıkça ölüme karşı farkındalık artmaktadır. Özellikle yaşlılıkta ölüm kaygısının arttığı görülmektedir. Çalışanların ölüme karşı tutumları, hastaya verdiği hizmette belirleyicidir. Belirli bir düzeyde ölüm kaygısı, normaldir ve hatta sağlık çalışanları için yardımcıdır. Ölüm kaygısının çok düşük olması, yaşam ve ölüm konularına yönelik fazla rahat kararlar alınmasına yol açabileceğinden olumsuz etki yapabilir. Benzer şekilde, aşırı derecede ölüm kaygısı da yaşamın sonuna yaklaşan hastalardan kaçınılması ve bireyin psikolojik sağlığını düşürmesi sebebiyle endişe vericidir. Ölüm kaygısına yönelik eğitim verilen çalışanların eğitim öncesi ve sonrası ölüm kaygısı düzeylerinde önemli bir azalma ve sağlık çalışanlarının hastalarla ve ailelerle olan ilişki becerilerinin kalitesine ilişkin algılarında önemli bir iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Bu tür eğitimlerin kaçınma mekanizmalarının kullanımını azaltacağı, sağlık çalışanlarının hasta ve aileye verdiği psikolojik desteği geliştireceği savunulmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşamın sonundaki hastaya nitelikli bakım verebilmeleri, kendi ölümlerine karşı tutumlarının sağlıklı olmasından geçer . Bu nedenle tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin eğitim süreçlerine, ölüme ve ölüm kaygısıyla baş etmeye yönelik eğitimlerin dahil edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ölüm, ölüm kaygısı, ölüme karşı tutum, palyatif bakım

Abstract:

Death is a natural consequence of life. Throughout history, various societies have put different meanings to death. Attitudes towards death differ, as do the meanings attributed to death. Anxiety is one's concern for death. The aim of palliative care is to keep the quality of life of the patients and their relatives in the terminal period as high as possible. It is also a natural process for patients and their relatives who have received palliative care to experience anxiety of death. In this study, which is a traditional review, it has been searched with keywords of death anxiety, palliative care in Google scholar, pubmed and national thesis center and a review has been prepared from related literature. An important factor affecting the quality of service in palliative care is the attitudes of health workers towards death and death anxiety. The attitudes of health professionals towards death are a determining factor in the service they provide to the patient. Reactions to death differ among age groups. Death is irreversible after ten years of age. As age increases, awareness against death increases. It is seen that death anxiety increases especially in old age. Employees' attitudes towards death are decisive in their service to the patient. Death anxiety at a certain level is normal and even helpful for healthcare workers. The fact that death anxiety is too low can lead to very comfortable decisions about life and death issues and may have a negative effect. Likewise, extreme death anxiety is of concern as avoiding patients approaching the end of life and lowering their psychological health. It has shown that there is a significant decrease in the level of death anxiety before and after training of the employees who are trained for death anxiety and there is a significant improvement in the perception of health workers about the quality of their relationship skills with patients and families. It is argued that such trainings will reduce the use of avoidance mechanisms and improve psychological support provided by health workers to patients and families. The ability of health care workers to provide qualified care to the patient at the end of life is based on their healthy attitude towards their own deaths. For this reason, the education process of the students of medical and nursing faculties needs to be included in the training to deal with death and death anxiety.

1588

Key words: death, death anxiety, attitudes towards death, palliative care

S- 190 KRONİK ALKOLİZME BAĞLI KARDİYOMİYOPATİNİN KARDİYAK ARRESTE NEDEN OLDUĞU METİL ALKOL İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

Murat BIÇAKCIOĞLU

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman/Türkiye

ÖZET

Metanol zehirlenmesi önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Otuzüç yaşında bilinen bir hastalık öyküsü olmayan erkek hastada metanol alımı sonrasında kardiyopulmoner arrest gelişmiştir. Yapılan resüsitasyon sonrası spontan dolaşım sağlanıp yoğun bakımda takibe alınmıştır. Anyon açıklı metabolik asidozu da olan hastaya hemodiyaliz ve intravenöz etil alkol infüzyonu başlandı. EKG' sinde dal bloğu görülen hastanın kardiyak incelemesinde Kalp yetmezliği de saptandı. Etyolojide kronik alkol alımı olduğu için alkolik kardiyomyopati düşünüldü. Yaklaşık bir ay yoğun bakımda takip edilen hasta kognitif fonksiyon bozukluğu ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Metanol, Zehirlenme, Kardiyomyopati, Yoğun bakım**Methyl Alcohol Intoxication Caused cardiac arrest of Cardiomyopathy Due to Chronic Alcoholism: A Case Report****Abstract**

Methanol intoxication is an important cause of morbidity and mortality. A 33-year-old male patient with no known disease developed cardiopulmonary arrest following methanol uptake. After resuscitation, spontaneous circulation was provided and the patient was followed up in the intensive care unit. The patient had anion gap metabolic acidosis and performed hemodialysis and intravenous ethyl alcohol infusion. Due to branch block in the ECG, heart failure was diagnosed as a result of cardiac examination. Alcoholic cardiomyopathy was considered in the patient with chronic alcohol intake. Cognitive dysfunction was observed during discharge from the patient who was followed up in the intensive care unit for about one month.

Key Word: Methanol, Poisoning, Cardiomyopathy, Intensive care unit.

S- 191 BONCUKTAN TAKI YAPMA ETKİNLİĞİNİN KANSERLİ ÇOCUKLARIN KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Ulviye Günay¹, Ayşe Sülün¹, Abdullah Sarman², Uygur Salman³

¹İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Malatya, Türkiye.

²Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Bingöl, Türkiye.

³İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gençlik Birimi, Malatya, Türkiye.

ÖZET

Amaç: Kanser nedeni ile tedavi gören çocuklar hastalık ve tedavi sürecindeki belirsizlik nedeni ile anksiyete yaşamaktadır. Bu çalışma boncuktan takı yapma etkinliğinin kanserli çocukların durumluk ve sürekli kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Metod: Bu randomize kontrollü çalışma bir üniversite hastanesinin çocuk hematoloji ve onkoloji kliniğinde kanser nedeni ile tedavi gören 9-17 yaş arasında 70 çocukla Ekim 2016 –Ağustos 2017 tarihleri arasında yapıldı. Çocuklar deney (n=35) ve kontrol grubuna (n=35) olacak şekilde randomize edildi. Deney grubuna alınan çocuklara dört hafta boyunca haftanın iki günü ve her oturumda 1,5 saat olacak şekilde takı yaptırıldı. Veriler, çocuklar için tanıtıcı bilgi formu, Spielberger'in Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile toplandı. Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ölçümleri birinci ve dördüncü haftada yapıldı. Analiz için tanımlayıcı istatistikler yöntemler ve t testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubu çocukların hem birinci hem de dördüncü hafta durumluk kaygı puan ortalamasının takı yaptıktan sonra düştüğü belirlendi. İki grup arasında durumluk anksiyete birinci ve dördüncü hafta son test puan ortalaması arasındaki fark önemli bulundu ($p < 0.05$). Deney grubu çocuklarda dördüncü hafta sürekli kaygı düzeyi puna ortalaması son teste kontrol grubuna göre azaldığı ve iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p < 0.01$).

Sonuç: Boncuktan takı yapma etkinliğinin, kanserli çocukların kaygı düzeyini azaltmaktadır. Çocuk onkoloji kliniği ve diğer çocuk kliniklerinde yatan çocukların kaygısını düşürmek için boncuktan takı yapma etkinliği kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: sanat terapi, çocuk, anksiyete, boncuktan takı yapma, pediatrik onkoloji, kanser, pediatri hemşireliği.

THE EFFECTS OF THE ACTIVITY OF MAKING JEWELRY FROM BEADS ON ANXIETY LEVELS OF CHILDREN WITH CANCER: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

ABSTRACT

Purpose: This study was conducted to find out the effects of making jewelry from beads on the state and trait anxiety levels of children with cancer.

Method: This randomized controlled study was conducted on 62 children between the ages of 9 and 17, who were being treated for cancer. It was conducted between October 2016 and August 2017 in a pediatric hematology and oncology clinic in Turkey. The children were randomized in intervention (n = 35) and control group (n = 35). The children in the intervention group made jewelry for two days during four weeks. Data were collected with Socio-demographic form and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory for Children. The measurements of the children in the intervention group and the control group were made in the first and fourth weeks. Descriptive statistical methods and t test were used for analysis.

Results: It was found that state anxiety levels in both first week and fourth week decreased in the intervention group children after making jewelry . State anxiety post test score average difference between the two groups was found to be significant first week and fourth week (p < 0.05). It was found that fourth week trait anxiety level score average of the children in the intervention group decreased when compared with the control group and the difference between the two groups was found to be significant (p <0.01).

Conclusion: The results of the study show that the activity of making jewelry from beads decreases anxiety levels of children diagnosed with cancer.

Keywords: child, art therapy, anxiety, making jewelry with beads, pediatric oncology, cancer, pediatric nursing.

S-192 ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İLE YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tülay YILDIRIM¹, Funda KAVAK BUDAK²

¹İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi

ÖZET

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı toplam 250 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 şizofreni hastasına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)" ve "UCLA Yalnızlık Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, ANOVA, Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık düzeylerinin 57.20 ± 10.38 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamalarının 79.65 ± 13.48 olduğu saptanmıştır. Hastaların yalnızlık ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .05$, $r = .854$).

Sonuç ve Öneriler: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeylerinin azaltılması için psikiyatri hemşireleri tarafından hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş Damgalanma, Şizofreni, Yalnızlık

The Relationship Between Internalized of Stigmatization and Loneliness in Patients with Schizophrenia

Aim: This relational descriptive study was conducted to determine the relationship between the internalized of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

Material and Method: The study was carried out between May 2018 and November 2018. The study population consisted of 250 patients with schizophrenia registered in the outpatient clinic of the Selahattin Eyyubi Hospital and Community Mental Health Center in the Province of Diyarbakır, Turkey. A total of 200 patients with schizophrenia who were accessible without sampling were selected in the sample group. Patient Information Form, UCLA Loneliness Scale and Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale were used for data collection. Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, independent samples t-test, Kruskal-Wallis, ANOVA and correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: It was determined that the mean UCLA Loneliness Scale total scores of the patients participating in the study were high. The mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients were high. There was a statistically significant positive relationship between Loneliness Scale total scores and mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients ($p<0.05$).

Conclusion: It was found that the level of stigmatization and loneliness was high in patients with schizophrenia. As the level of stigmatization of the patients increased, the level of loneliness increased too. It may be advisable to provide training to healthcare professionals in order to reduce the level of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

Keywords: Loneliness, Schizophrenia, Stigmatization

S- 193 BARIATRİK CERRAHİ VE RUH SAĞLIĞI**Elif ALTUN. Didar KARAKAŞ. Nermin GÜRHAN. Nurten Gülsüm BAYRAK**

Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığı hızlı bir şekilde artan obezite, evrensel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) tahminlerine göre obezitedeki bu artış eğilimi hızla devam etmektedir. Türkiye'de 2003 yılında obezite oranı %12 iken, 2008 yılında %15,2, 2010'da %16,9 ve 2012'de de 17,2 olarak artış göstermiş ve her geçen yıl düzenli bir şekilde artış göstermeye devam etmektedir. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 obezite verilerine göre Avrupa ülkeleri arasında en obez ülke sıralamasında birinci sırada bulunmaktadır. Obezite, bedendeki yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde fazla ve anormal olması olarak tanımlanmaktadır. Beden yağlanması Beden Kitle İndeksi(BKİ) ile ifade edilmektedir. Beden kitle indeksi 30 kg/m² olan birey obez tanısı almaktadır. Obezitenin yol açtığı fiziksel hastalıkların (kalp hastalığı, reflü, hipertansiyon vb.) yanı sıra dikkate değer bir konu olan obezitenin ruh sağlığı üzerinde oluşturduğu deformasyonlardır. Obezite tanısına sahip bireyin yaşam kalitesinde düşme, evlilik sorunları, beden algısında bozulma, cinsel problemler, depresyon, anksiyete, yeme ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarla da yakından ilişkilidir. Eşlik eden bu psikiyatrik problemler bazen de obezitenin sebebi de olabilmektedir. Obezite tedavisinde pek çok farklı yöntem ve teknikler kullanılmaktadır. Birinci basamakta yaşam stilini değiştirme, ikinci aşamada farmakoterapi, üçüncü ve en etkili tedavide ise cerrahi tedavi yer almaktadır. Üçüncü sınıf obez; BKİ ≥ 40 kg/m² olan ve ya komorbid risk etmenleri olan ikinci sınıf obez; BKİ ≥ 35 kg/m² olan bireylere cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Türkiye'de teknolojik alt yapı da dahil edilmek üzere tedavi yöntemleri ile (cerrahi, endoskopik vb) var olan morbid obezlerin 1/1000'i tedavi edilirken, ABD'de hastaların %1'den de azı bariatrik yöntemlerden faydalanmaktadır. Obezite tedavisinde son yıllarda Türkiye'de de sıklığı artan bariatrik cerrahi uygulamalarının başarılı sonuçları dikkate değerdir. Ancak ameliyattan elde edilen başarı sadece kişinin verdiği kilo ile değil hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası bireyin psikolojik sağlığı ve uyum sürecine etkisi de göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

S-194 ÖLÜM SÜRECİNDE ÇOCUK OLMAK

Didem COŞKUN¹ Filiz ERSÖĞÜTÇÜ² Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN³

1 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

2 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ / Türkiye

3 Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum / Türkiye

ÖZET

Çocuklar hem hasta ve hasta yakını olarak ölüm kavramıyla yüzleşebilir. Yetişkin için bile kavranması güç ölüm kavramını çocukların bir anda kavrayıp öğrenmesi beklenemez. Her iki durumda da özel bir yaklaşım süreci gerektirir. Ölmekte olan hastalar için fiziksel, zihinsel, manevi açıdan kapsamlı palyatif bakım vermek hemşireler için oldukça zordur. Bakım alan hastanın çocuk olması bu süreci emosyonel olarak daha da zorlaştırmaktadır. Pediatrik palyatif bakımda hedef; çocuğun yaşam süresini uzatmak değil, yaşam süresine hayat vermektir. Çocuğun yaşı, eğitim düzeyi, kültürel deneyimi, dini inançları, aile üyeleri ve arkadaşları arasında yaşadığı ölüm deneyimleri, onun ölüme ilişkin düşüncelerini önemli ölçüde etkiler. Pediatrik palyatif bakım hem terminal dönem çocuğun bakımı hem de ailenin yas dönemindeki bakımını içerir. Ölümden sonra ailelere destek verilmesi ve güvenin sağlanması yas sürecinde kolaylık sağlayacaktır.

Palyatif bakım hizmeti alan yakını kaybeden çocuğu endişelendiren şeylerin başında kayıptan önceki yaşamlarının aynı şekilde devam edip etmeyeceği gelir. Ölümü çocuklardan kaçırmak, bir tabu haline getirip konuşmamak, çocukları hayatın bu gerçeğine karşı savunmasız kılar. Bu nedenle çocuğa ölüm kavramının öykülerde, oyunlarda ölüme hafifçe yer verip çocukları bu gerçekle birlikte yaşamaya hazırlamak için hemşirenin aile eğitimi vermesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Ölüm Kavramı, Çocukluk Dönemi, Hemşirelik

CHILDREN FACING LOSS

Didem COŞKUN¹ Filiz ERSÖĞÜTÇÜ² Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN³

1 Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

2Firat University, Faculty of Health Sciences, Elazığ / Turkey

3 Ataturk University, Faculty of Nursing, Erzurum / Turkey

ABSTRACT

Children can face with the concept of death both as a patient and a relative. As it is even difficult for adults, children cannot be expected to grasp and learn the concept of death easily. Both cases require a special approach. It is very difficult for nurses to provide comprehensive palliative care in terms of physical, mental and spiritual aspects for dying patients. The fact that the patient is a child makes the process more difficult emotionally. The aim of pediatric palliative care is not to prolong the life of the child, but to vivify its life span. The child's age, educational level, cultural experience, religious beliefs, and experiences of death among family members and friends significantly affect his/her thoughts on death. Pediatric palliative care includes both the care of the child in terminal period and the care of the family during the mourning period. Providing support and ensuring confidence for families after death will facilitate the mourning process.

The main issue that bothers children who lost their relative that was receiving palliative care is whether their previous lives will continue in the same way. Hiding death from children, making it a taboo and not talking about it make children vulnerable to this fact of life. Therefore, it is important for nurses to provide education for the family to prepare the children to live with this reality by mentioning about death in stories or in games gently.

S-195 KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE YAŞAMIN ANLAMLANDIRILMASI VE ÖLÜM KAYGISI

*Zeliha CENGİZ, **Hilal YILDIRIM ***Züleyha GÜRDAP

*İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Malatya

**İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

*** Akçadağ Şehit Gökhan Aslan Devlet Hastanesi, Hemşire, Malatya

Giriş: Kronik hastalıklar hem dünyada hem de ülkemizde ölüm sebeplerinin başında gelen, uzun süre tedavi süreci gerektiren hastalıklardır. Yaşam süresini kısaltan kronik hastalıklar bireylerin yaşama dair geliştirdiği anlam, yaşantıları ve kararlarını pek çok noktada etkilemektedir. Her insanın yaşama ve ölüme ilişkin soruları ve bu sorulara ilişkin yanıtları bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan bireylerin yaşama yüklediği anlam ve ölüm kaygısı durumunu belirlemek ve yaşamı anlamlandırma ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Metod: Tanımlayıcı tipte olan araştırmaya kronik hastalığı bulunan (kalp hastalığı, diyabet, KOAH ve HT) 230 birey alındı. Veriler tanıtıcı anket formu, Yaşamın Anlamı Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: Kronik hastalığı bulunan bireylerin yaş ortalamasının 59.35 ± 13.05 olduğu ve % 72.6'sının kadın olduğu saptandı. Yaşamın anlamı ölçeği puan ortalamasının 51.86 ± 18.48 (var olan anlam alt boyutu: 26.83 ± 8.78 ; bulunmaya çalışılan anlam alt boyutu: 25.02 ± 10.65) ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının ise 8.59 ± 2.06 olduğu belirlendi. Kadınların ve gelir durumu kötü olanların ölüm kaygısı puan ortalamalarının önemli derecede yüksek, bakıcıyla yaşayan ve okuma yazma bilmeyenlerin yaşamı anlamlandırma puan ortalamalarının önemli derecede düşük olduğu belirlendi, Yaşama yüklenen anlam ile ölüm kaygısı arasında önemli bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Araştırma sonucunda kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşamı anlamlandırmalarının pozitif yönde olduğu, ölüm kaygısı düzeylerinin ise yüksek olduğu saptandı. Kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşamı anlamlandırmalarına ve ölüm kaygılarına dair ileri çalışmalar yapılmasını öneririz.

Anahtar kelimeler: kronik hastalık; ölüm kaygısı; yaşamın anlamı

S-196 HEMŞİRELER ÖLÜMÜ KONUŞABİLİYOR MU?

Hilal SEKİ ÖZ¹, Maral KARGIN²

1. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Kırşehir/Türkiye

2. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Elazığ/Türkiye

ÖZET

Ölüm, yaşayan tüm organizmaların paylaştığı en adil evrensel bir gerçektir. Uzayan insan ömrü ve gelişen tıbbi gelişmeler ile ölüm, artık insanların evlerinden çok hastanelerde gerçekleşmeye başlamıştır. Bu süreçte ölen bireye ve yakınlarına en fazla hemşireler eşlik etmekte ve destek vermektedir. Dini inançlar, kültürel geçmiş, ölüm ve kayıp deneyimleri, aile içi iletişim ve baş etme biçimleri birey ve ailesinin ölüme karşı tepkilerini etkileyebilir. Ölümün doğasını tartışmak, üzüntü ve yoksunluk duygusunu kontrol etmek oldukça güçtür. Hemşireler ölen birey ve ailenin ölüm korkusunun ele alması, ölüme hazırlanması ve ölümün kabul edilmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Hem bireyin hem de ailenin üzüntü ve yoksunluk duygularını anlayarak, empati kurarak yardım etmek hemşirenin sorumluluğundadır. En zor olan ise bunu başarabilmektir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ölümden sonra hasta yakınlarına destek olmada yetersiz hissettikleri, ölüm yaklaştıkça hastaya bakım vermektan korktukları, ölüm ile ilgili iletişim kurmaktan kaçındıkları, ölüm olgusuyla ağlayarak baş ettikleri ve yalnız kaldıklarında ölümle ilgili kötü düşüncelere yoğunlaştıkları belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin ölüm sürecinde birey ve yakınları ile ölümü konuşmaktan kaçtıkları, ölümü yeterince konuşamadıkları ve sundukları bakımın da olumsuz etkilenebileceği söylenebilir. Özellikle terminal dönemdeki bireylere bakım veren hemşirelerin ölüme yüklediği anlam, deneyimleri ve tükenmişlik düzeyi gibi faktörlerin araştırılması, hemşirelerin kendi ölüm algılarına yönelik kişisel farkındalığın sağlanması, hizmet içi eğitim programlarıyla ölmekte olan hasta ve hasta yakını iletişim konusunda becerilerin artırılması hemşirelerin ölümü konuşmaktan kaçmasını engelleyebilir. Hemşirelik eğitimi programlarında yaşam sonu bakım ve ölüm eğitimi konularına önem verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: ölüm, hemşire, iletişim

CAN NURSES SPEAK DEATH?

ABSTRACT

Death is the most just universal truth shared by all living organisms. With prolonged human life and developing medical advances, death has now begun in hospitals rather than in people's homes. In this process, nurses accompany and support the deceased individual and their relatives. Religious beliefs, cultural backgrounds, experiences of death and loss, communication within the family and ways of coping can affect the individual's and family's reactions to death. It is very difficult to discuss the nature of death and to control the feeling of sadness and deprivation. Nurses play an important role in addressing the fear of death of the deceased individual and family, preparing for death and accepting death. It is the responsibility of the nurse to help by understanding and empathizing both the individual's and the family's feelings of sadness and deprivation. The most difficult is to achieve this. In the studies, it was determined that nurses felt insufficient to support their relatives after death, they were afraid to give care to the patient as death gets closer, they avoided communicating about death, they cope with the phenomenon of death by crying and they concentrated on bad thoughts about death when they were alone. It can be said accordingly that nurses avoid talking about death with the individual and their relatives during the death process, that they do not speak the death adequately and that the care they provided may be affected negatively. Investigation of factors such as meaning of death, experience and burnout level attributed to death by nurses caring for individuals in terminal period, providing personal awareness of nurses' own perceptions of death, and increasing skills in dying patient and relatives communication with in-service training programs may prevent nurses from escaping death. In nursing education programs, it can be suggested to give importance to end-of-life care and death education.

1599

Key words: death, nurse, communication

S-197 PALYATİF BAKIMDA UYKU BOZUKLUKLARI: DERLEME ÇALIŞMASIErman Yıldız¹¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye**ÖZET**

Uyku bozukluğu, palyatif bakımda, yaşam kalitesinin düşmesine yol açan, hasta ve bakım verenin çeşitli sıkıntılar yaşamasına neden olan yaygın bir problemdir. Rutin uygulamada uyku bozuklukları ile ilgili semptomların taranması ve bunu takiben odaklanmış bir değerlendirme, bozukluğun yarattığı sonuçlar dikkate alındığında önemli ve gereklidir. Palyatif bakım popülasyonlarında bozulmuş uyku nedenleri çok faktörlüdür ve hastalık fizyolojisi, kontrolsüz fiziksel semptomlar, ilaçların olumsuz etkileri ve psikolojik sıkıntı veya psikiyatrik bozuklukları içerir. Mümkünse geri dönüşlü nedensel faktörlere dikkat etmek, uygun tedaviyi sağlamak için özel uyku bozukluklarının tespiti ve prognozu dikkate alan hastaya özelleştirilmiş bir tedavi planının geliştirilmesi önemlidir. Uyku hijyeni eğitimi gibi basit yaklaşımlar yardımcı olabilir, ancak uzun ve etkili yönetim için genellikle psikolojik ve farmakolojik ajanların bir kombinasyonu gerekebilir. İnsomnia (uykusuzluk) için bilişsel davranışçı terapi gibi, palyatif bakım bağlamında adaptasyon gerektirebilecek bilişsel ve davranışsal faktörleri hedef alan stratejiler birinci basamak tedavi olarak tercih edilebilir. İnsomniyayı yönetmek için kullanılan yaygın ilaçlar arasında benzodiazepin reseptör agonistleri, benzodiazepinler ve antidepresanlar yer alır, ancak bu ilaçların yan etkileri hakkında bilgi eksikliği vardır. Palyatif bakımda uykusuzluk ve diğer uyku bozukluklarının tedavisinde psikolojik tedavilerin ve farmakolojik ajanların etkinliğini sağlamak için yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu araştırma, palyatif bakımda uyku bozukluklarına genel bir bakış sunmak amacıyla gerçekleştirildi.

1600

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Uyku, Uyku Bozuklukları

S-198 PALYATİF BAKIM HASTALARININ AĞRI İNANÇLARI İLE AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tuğba MENEKLİ, Runida DOĞAN, Çiğdem ERCE

1 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

3 Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, palyatif bakım hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma 10.03.2019-10.06.2019 arasında Malatya eğitim ve araştırma hastanesi palyatif bakım ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini üniteye yatarak tedavi gören 138 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri literatürden yararlanılarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Ağrı İnançları Ölçeği, Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği ve Palyatif performans skalası kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 paket programı kullanılmış ve gerekli etik izinler alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 59.01 ± 9.38 olduğu, %65.1'nin kadın, %89.7'sinin evli, %56.3'ünün ilköğretim mezunu, %75.3'ünün çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Hastaların %82.3'ü evde eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığını, %82.1'i ise hastane dışında hastalığı ile ilgili destek olan kişilerin aileleri olduğunu belirtmiştir. Hastaların ortalama ağrı yaşama süresi 18.09 ± 4.06 aydır. Hastaların organik inançlar puan ortalaması 3.04 ± 0.38 , psikolojik inançlar puan ortalaması ise 4.83 ± 1.00 olarak bulunmuştur. Hastaların kendi kendine başa çıkma puan ortalaması 19.07 ± 5.18 , çaresizlik puan ortalaması 10.72 ± 3.00 , bilinçli bilişsel girişimler puan ortalaması 13.85 ± 4.05 ve tıbbi çare arama puan ortalaması 11.54 ± 3.08 dir. Hastaların %70.5'i ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inanmaktadır. Katılımcıların organik inançlar puanı ile kendi kendine başa çıkma ($p < 0.001$, $r = -.392$) ve bilinçli bilişsel girişimler puanı ($p < 0.001$, $r = -.350$) arasında negatif yönde; çaresizlik puanı ($p < 0.001$, $r = .380$) arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğuna inananların organik inançlar puanı düşüktür ve anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Sonuç: Ağrıya yaklaşımda temel hedef, bireye ağrının kontrol edilebilir bir durum olduğunu anlatmak olmalıdır. Bireyi ağrıyı kontrol etmede etkin konuma getirmek, ağrıya ilişkin düşünce ve yargılarını değiştirmesini sağlamak büyük önem taşımaktadır. Multidisipliner yaklaşım ve psikososyal desteğin ağrı ile başa çıkma becerilerinin artırılmasında kilit rol oynadığı unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Ağrı inancı, Ağrıyla başa çıkma

The Relationship Between Pain Beliefs And Coping With Pain Situations Of Palliative Care Patients

ABSTRACT

Objective: This study was defined as the descriptive relationship between pain beliefs and coping states of palliative care patients.

Method: The study was carried out in Palliative Care Unit of Malatya Training and Research Hospital, 10.03.2019-10.06.2019. The sample of the study consisted of 138 inpatients treated in the unit. Scientific Research Form, Pain Beliefs Scale, Pain Coping Scale and Palliative Performance Scale were collected by face to face interview method. In the evaluation of the data, SPSS 18 package program was established and necessary ethical permissions were obtained.

Results: The average age of was 59.01 ± 9.38 , 65.1% were women, 89.7% were married, 56.3% were primary school graduates and 75.3% were in the study room. 82.3% of the patients lived with their spouses and children at home and 82.1% of them gave support about the disease in the hospital environment. The mean duration of pain was 18.09 ± 4.06 months. The mean score of organic beliefs was 3.04 ± 0.38 , and the mean score of psychological beliefs was $4.74 \pm 1.00 \pm 3.08$. In 70.5% of the patients, the treatment of pain control is believed in the god. Where there is a positive weakness relationship between helplessness target ($p < 0.001$, $r = .380$). It is low that there are organic beliefs and there is a significant difference ($p < 0.05$).

Conclusion: The main objective in the approach to pain should be to explain to the individual that pain is controllable. It is very important to make an individual effective in controlling pain and to change his / her thoughts and judgments about pain. It should be kept in mind that multidisciplinary approach and psychosocial support play a key role in increasing pain coping skills.

Key words: Palliative care, Pain belief, Coping with pain

S-199 PALYATİF BAKIMDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN PSİKİYATRİK PARAMETRELER NELERDİR?Erman Yıldız¹¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye**ÖZET**

Psikolojik belirtilerin, palyatif bakım gerektiren kişilerde yaygın olarak görülmesi şaşırtıcı bir bilgi olmaktan uzak görünüyor. Öte yandan fiziksel belirtilerin bu kadar yoğun olarak görüldüğü bu popülasyonda, psikolojik belirtileri tanılamak, ortaya çıkarmak ve neyin müdahale gerektirebileceği konusunda oldukça tartışmalı bir durumda söz konusu. Neyin normal olup olmadığının belirlenmesinde önemli hususlar vardır. Nitekim bu popülasyonda hüznün, sıkıntı, kaygı ve depresyon bir arada olabilir ve bu haliyle dikkatli bir değerlendirme gerektirebilir. Palyatif bakımda sıklıkla karşılaşılan depresyon, ölümün normal bir parçası değildir. Psikolojik semptomların ve koşulların yönetimi, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedaviler açısından geniş ölçüde düşünülebilir. Bu yaklaşımlar sıklıkla, birbirini dışlayan bir düzenden ziyade, pragmatik kararlar çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Palyatif bakımda, psikolojik sorunların ve koşulların karmaşık doğasının anlaşılmasına, ortak somatik semptomların açıklanmasına, müdahale ve destek için bir planlama yapılmasına duyulan ihtiyaç her zamankinden fazla olabilir. Ayrıca bakım verenin yaşadığı yükün varlığı da göz önünde bulundurulması gereken başka bir dinamiği oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırma, palyatif bakımda üzerinde durulması gereken psikiyatrik parametrelere genel bir bakış sağlamak amacıyla gerçekleştirildi. Verilerin çoğu terminal kanserli hastaların çalışmalarından gelse de, burada özetlenen ilkelerin çoğunun palyatif bakım gerektiren geniş bir hasta yelpazesine uyarlanması muhtemel gözükmektedir.

1603

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Psikiyatri,

S-200 YENİDOĞAN YOĞUN ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Özkan Koç Tuba*, Aslan Sinan**

*Dr, Öğr. Üyesi, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Adıyaman, Türkiye

**Dr, Öğr. Üyesi, Batman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Batman, Türkiye

Amaç: Bu araştırma, yenidoğan yoğun ünitesinde çalışan hemşirelerin palyatif bakım konusundaki tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel olarak planlanan bu araştırma Temmuz-Ağustos 2019 tarihleri yürütülmüş ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 137 hemşireye ulaşılmıştır. Veriler, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği” kullanarak toplanmıştır. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği, Kain ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe’ye geçerliği ve güvenilirliği Akay ve Alptekin tarafından yapılmış, 5’li likertli tipte olup 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutlarından elde edilen puanın yüksek olması, ilgili alt boyutla ilgili yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzdelik değerler ve bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA uygulanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Batman Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı ve katılımcıların onam izinleri alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 27.56 ± 6.95 , %68,6’sı kadın, %43,8’i lisans mezunu, %73,7’sinin çalışma şekli hem gündüz hemde gece olarak çalıştığını belirtmiş, %57,7’si yenidoğan yoğun bakımdan çalışmakta memnun, %65,7’si yenidoğan yoğun bakım eğitimine katıldığını, katılanların %58,2’si hizmet içi eğitimde aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %89,4’ü palyatif bakım konusundan yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların palyatif bakım tutum puan ortalamaları $75,52 \pm 11,79$ dur. Yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma, yenidoğan yoğun bakım için eğitim alma ve palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu ile yenidoğan palyatif bakım tutum ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Hemşirelerin büyük bir kısmı palyatif bakım konusunda bilgileri yetersiz olduğu bulunmuş. Hemşirelere palyatif bakımı konusunda anne ve obstetrik bakımı, ailenin bakımı/desteklenmesi, eve geçiş, ömür boyu bakım ve yas hizmetleri/desteği gibi konularında etkin bir eğitim programı oluşturulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, tutum, yenidoğan. hemşire.

S-201 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNİN DİYABETE BAKIŞI

RABİA SOHBET¹, MÜJDE KERKEZ², BÜŞRA SİMSAR³, GÜLTEN ÖZDEMİR³, HİLAL SABUNCU³, CİHAN TAG³

1.Dr.Öğr.Üyesi.,Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

2.Uzman Hemşire, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

3. Hemşirelik Öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep/Türkiye

ÖZET

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Ümmügülsüm ve Nilüfer kız yurdundaki öğrencilerin Diyabetes Melitus hastalığı hakkındaki bilgisini ve bu hastalıkla ilgili bakış açılarını öğrenmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, yurttan kalan tüm öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemini, veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan yeterli, çalışmayı katılmayı gönüllü olarak kabul eden 500 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin dağılımında sayı, yüzdelik, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişki incelenmesinde t testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin, %60'ı kadın, %65,8'i (20-24±1,77) yaş grubu arasındadır. %74,8'i diyabet hastalığını duyduğunu ve %83,4 ü halk arasında şeker hastalığı olarak adlandırıldığını belirtmişlerdir. %59,2'si diyabetin predispozan etkilerini (obezite, kronik, dengesiz beslenme) belirtmişlerdir. %72,7 sinin ailesinde diyabet yoktur. %48,4 ü diyabet hastasına yardım vermenin gerekliliğini (doktora yönlendirme, stres yönetimi), %87,4 ü en çok etkileyen faktörün stres olduğunu belirtmiştir. %89,8'i beslenmenin önemini belirtmiştir. %50,6 sı diyabetin komplikasyonlarını (körlük, böbrek yetmezliği, inme) bildiğini, % 58,2 si diş etlerini ve %71,8 i cinselliği etkilediğini belirtmiştir. Cinsiyet ile diyabet yönetimi karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır(p<0.000).

Öğrencilerin diyabet hastalığının önemi ve baş etme yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve farkındalığın artırılması için toplu yaşanan yurt vb. yerlerde seminerler düzenlenmelidir. Diyabetin önlenebilirliği anlatılmalıdır. Stres yönetimi, beslenme ve fiziksel egzersizin önemi eğitimlerle desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bilgi, Üniversite Öğrencisi, Beslenme, Diyabet, Egzersiz

**S-202 GERİATRİK HASTALARDA BASINÇ YARALARI VE BAKIMDA
GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**

* Öğr. Gör. Ülkü SAYGILI ** Öğr. Gör. Dr. Bilsev DEMİR

* Selçuk Üniversitesi SHMYO Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü** Selçuk Üniversitesi SHMYO
Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

ÖZET

İlerleyen yaşla birlikte epidermin hücre yenilenmesi ve elastik liflerde dejenerasyonlar meydana gelerek, epidermal tabakanın incelmesine, kırışmasına, saçların grileşmesine, deri renginin matlaşmasına, cilt altı yağ dokusunun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum basınç yaralarının gelişmesi açısından risk taşımaktadır. Özellikle diyabet, ateroskleroz gibi sistemik hastalığı olan bireylerde bu risk daha da artmaktadır. Basınç yaraları önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, yerinde tedbirler alındığı zaman önlenabilir geriatrisendromlardan birisidir. Basınç yaraları önlenabilir olmasına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyada hala yüksek oranlarda görülmektedir. Bu derlemede yaşlıların basınç yaraları ve bakımda güncel yaklaşımlar özetlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Basınç yarası, yaşlanma, yara bakımı

ABSTRACT

Withaging, cellregeneration of the epidermis and degenerations of elastic fibersoccur, causing thinning of the epidermal layer, wrinkling, graying of the hair, dulling of the skin color, and decreasing of the subcutaneous fatt issue. This poses a risk for the development of pressure sores. This risk is particularly increased in individuals with systemic diseases such as diabetes anda therosclerosis. Pressure sores are one of the preventable geriatric syndromes that can cause significant morbidity and mortality and are taken when on-site measures are taken. Although pressure sores can be prevented, it is still seen in high rates both in our country and in the world. In this review, the factors affecting the healing process of pressure sores in the elderly and current approaches in care are summarized.

Keywords: Pressure wound, aging, woundcare.

S-203 ÇOCUĞU KARACİĞER NAKLİ OLAN EBEVEYNLERİN DUYGU DURUMLARI VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER; NİTEL BİR ÇALIŞMA

Hatice OLTULUOĞLU¹, Meral ÖZKAN¹, Zuhul MAHMURAT,² Emine BAYRAKÇI²

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Malatya/Türkiye.

² Inönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Servisi, Turgut Özal Tıp Merkezi Malatya/Türkiye.

Amaç; Bu çalışma çocukları karaciğer nakli olan ebeveynlerin duygu durumlarını ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacı ile nitel bir çalışma olarak yapıldı.

Yöntem; Çalışmada nitel bir araştırma yöntemi kullanıldı. Çalışmanın örneklemini Temmuz-Ağustos 2019 yılında, Turgut Özal Tıp Merkezinde çocuk organ nakli servisinde yatan ve organ nakli olmuş, herhangi psikiyatri hastalığı olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 12 çocuğun ebeveynleri (12 anne, 10 baba) oluşturdu. Veriler; ebeveynlerin demografik özelliklerini içeren anket formu ve ebeveynlerin yaşadıkları güçlüklerle yönelik hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme form kullanılarak toplandı. Görüşmeler sırasında ebeveynlere; “çocukların tanısını ilk duyduklarındaki duygularına”, “tedavisinin karaciğer nakli olduğu söylendiğindeki duygularına”, “ailenin diğer üyeleri ile ilişkilerine”, “karaciğer naklinin ebeveynlerin sosyal yaşamlarının etkilerine” yönelik sorular soruldu. Görüşmede araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildi. Ebeveynler ile bire bir derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak, yaklaşık 30 - 40 dakika süren görüşmelerin ses kaydı yapıldı.

Verilerin analizinde ses kayıt cihazına kayıt edilen görüşmeler araştırmacı tarafından, manuel olarak deşifre edilerek, temalar belirlendi. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanıldı.

Bulgular; Bu araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamaları 32.00±10.41, babaların yaş ortalamaları 36.90 ±7.68 olarak belirlendi. Annelerin %50’si, babaların %66,7’sinin ilköğretim mezunu olduğu, ebeveynlerin 10’unun şehir dışında ikamet etikleri belirlendi. Annelerin 11’inin herhangi bir işte çalışmadıkları, babaların 6’sının işlerini bu süreç nedeni ile bıraktıkları, 9 ebeveynin 1-2 çocuk sahibi olduğu ve nakil olan çocukların 7’sinin ilk çocukları olduğu belirlendi.

Çalışmamızda anneler; çocuklarının tanısını ilk öğrendiklerinde şok, üzüntü, hayal kırıklığı, suçluluk ve çaresizlik duyguları yaşadıkları saptandı. Nakil olması gerektiği söylendiğinde bir umut ışığı, hastalıktan kurtuluş olarak görüp, donör olmak için başvurdukları belirlendi.

Annelerin çoğu bu süreçte diğer çocuklarını göremediklerini onlarla yeterince ilgilenemediklerini bununla kendilerini ve çocuklarını olumsuz etkilediğini belirtirken, 4 anne aile içinde huzursuzluk yaşadığını, bunun aksine 3 annenin de bu süreçte eşleri ile daha da yakınlaştığı belirlendi. Hasta çocuğun annelerin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediklerini herhangi bir sosyal aktivitelerinin

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

olmadıklarını saptandı. Babaların çocuklarının tanıları ve organ nakli olması gerektiğini ilk öğrendiklerinde çok üzüldükleri saptandı. Babaların çoğu ailelerinden sosyal destek aldıklarını belirtirken, 4 baba diğer çocuklarını yeterince göremediklerini, onlarla ilgilenemediklerini, 2 baba da eşi ve hasta çocuğunun hastanede, diğer çocukların memlekette olmasından ailelerinin parçalanmış hissi vermesi nedeni ile mutsuz oldukları belirlenmiştir. Ayrıca babaların tamamı çocuklarının hastalığı nedeniyle maddi konularda sıkıntı yaşadıkları, çocuklarını tedavi ettirmek ve onlarla ilgilenmek için işlerinden ve memleketlerinden ayrıldıkları, sosyal ilişkilerinin azaldığı ve kendileri için herhangi bir sosyal aktivitede bulunmadıkları saptanmıştır.

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonuçları, ebeveynlerin, sağlık profesyonellerinden karaciğer nakli konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu süreçte psikososyal yönden desteklenmeye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli olan çocuk, ebeveyn, duygu durumu, nitel çalışma

S-204 PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE ÇALIŞAN DOKTOR ve HEMŞİRELERİN MANEVİ DESTEK ALGISI

Gülsüm Aşan, Ufuk Doğan, Pınar Soylar

- 1 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye
- 2 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye
- 3 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ/ Türkiye

Özet

Holistik sağlık hizmetlerinin sunumuna manevi bakımın entegre edilmesi son zamanlarda daha da önem kazanmıştır. Bu nedenle palyatif bakım merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma iki şehirdeki (Elazığ-Diyarbakır) palyatif bakım merkezinde çalışan doktor (n=11) ve hemşirelerle (n=53) yürütülmüştür. Manevi Destek Algısı Ölçeği ile doktor ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $29,28 \pm 4,81$, %56,3'u Kadın, %67,2'si lisans mezunudur. Doktor ve hemşirelerin "Manevi Destek Algı" düzeyinin yüksek olduğu ($49,46 \pm 8,81$) belirlenmiştir. Hemşirelerin "Manevi Destek Algı" düzeyi ($50,37 \pm 8,35$) doktorlardan ($45,09 \pm 10,09$) yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.12$). Katılımcıların eğitim, cinsiyet ve çalışma yılı değişkenine göre Manevi Destek Algısı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doktor ve hemşirelerin manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim, cinsiyet ve çalışma yılı değişkenlerinin manevi bakımı algılama düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Doktor, hemşire, palyatif bakım, manevi bakım, manevi destek

S-205 KANSERLİ BİREY VE AİLESİNE HEMŞİRELİK BAKIMI VE PALYATİF BAKIM

Ebru GÜL¹, Ümmühan AKTÜRK¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım hastalıkların semptomlarıyla karşılaşan hastaları destekleme geleneğinden doğmuştur. Özellikle kanser olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklarda palyatif bakım ihtiyacının farkındalığı artmaktadır. Bu derleme kanserli birey ve ailesine hemşirelik ve palyatif bakımı incelemek amacıyla hazırlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla Google Akademik, Pubmed, Science Direct veri tabanlarında Türkçe ve İngilizce yayınlanmış, “kanser”, “palyatif bakım”, ”hemşirelik bakımı” anahtar kelimeleriyle özet ve tam metnine ulaşılabilen makaleler incelenmiştir. Bu veri tabanları sağlık alanında önemli literatüre sahip olmaları sebebiyle tercih edilmiştir.

Bulgular: Bu bölümde literatür taraması sonucunda konuyla ilgili dikkat çekilen noktalara yer verilmiştir. Palyatif bakım, kanser bakımının önemli bir bileşeni olarak belirtilip kanser hastalarına bakım veren multidisipliner sağlık bakım ekibi hizmeti açısından tercih edilmesi ve geliştirilmesi gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç: Günümüzde kanser oranındaki artış palyatif bakıma olan ihtiyacı artırmaktadır. Palyatif bakımı sağlık bakımının temeline entegre etmek için karar vericilerin, ilgili kuruluşların ve sağlık profesyonellerinin değişime ve istekliliğe sahip olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Kanser, Palyatif Bakım

S-206 PALYATİF BAKIMDA PSİKOSOSYAL DESTEKDerya AKÇA¹, Derya BIÇAK AYIK², Zeliha CENGİZ³¹Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye²Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Siirt/Türkiye.³İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Palyatif bakım, gelişmiş hasta semptom kontrolü, yaşam kalitesi ve bakım memnuniyetinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Palyatif bakım, ciddi hastalıklarla yaşayan hastaların yaşam kalitelerini artırmak amacıyla fiziksel, psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarını ele almayı amaçlar (Shalev, Phongtankuel, Kozlov, Shen, Adelman & Reid, 2018).

Psikososyal bakım, hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal yönlerini ele almaktadır. İleri evre ve terminal dönemi kapsayan palyatif bakımda en çok görülen ruhsal bozukluklar anksiyete ve depresyondur. Bu psikolojik sorunlar hastaların yanı sıra aileleri, arkadaşları ve bakım vericilerinde de görülmektedir. Psikolojik semptomlar da fiziksel semptomlar kadar dikkatle değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir (WHO, 2016; Can, 2017).

Ölüm korkusu, aşırı yoksulluk, yetersiz yiyecek veya giyecek, konut yokluğu, hastalık, ciddi bir hastalık nedeniyle karşılaşılan finansal sorunlar, cinsiyet ayrımı, ırkçılık veya dini önyargı nedeniyle damgalama ve ayrımcılık gibi birçok kaynak psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri kapsamında gıda paketleri, konut edinmede yardım, damgalama ve ayrımcılığa karşı savaşa gibi psikososyal sorunlara neden olacak faktörleri gidermenin yolları aranmalıdır. Hastalar ve aileleri için ciddi hastalıklarla ilişkili olan psikolojik distrese karşı psikososyal sağlık durumları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Mali açıdan yetersiz olan aileler için fon kaynakları hakkında bilgi sağlanmalıdır (WHO, 2016; Kozlov, Niknejad & Raid, 2017).

Psikososyal bakım yalnızca herhangi bir disiplinin sorumluluğunda değildir. Çünkü ekipte hastalar ve aileleri için psikolojik bakımda birincil sorumluluğu kimlerin üstlendiğini belirlemek zor olabilir. Bunun yanı sıra tüm disiplinler tarafından hastalara sağlanması beklenen psikolojik destek ile zihinsel sağlık ihtiyaçları olan spesifik hastalar için psikolojik değerlendirme ve müdahale arasında bir ayrım vardır. Palyatif bakımdaki psikolojik sağlık uzmanlarının rollerini tanımlamaya yardımcı olan psikolojik değerlendirme ve müdahale için National Institute for Clinical Excellence (NICE) 4 düzeyli bir model yayınlamıştır. Bu modele göre tüm ekip üyeleri empatik dinleme ve tüm hastalara sosyal destek sağlamada temel becerilere sahip olmalıdır. Hastanın psikolojik

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

semptomları gittikçe şiddetlenirken, psikiyatrik değerlendirme ve tedavide spesifik eğitim ve uzmanlığa sahip olan kişilere danışılmalıdır (Kozlov, Niknejad & Raid, 2017).

Anahtar kelimeler: hemşire, palyatif bakım, psikososyal destek.

S-207 HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA SAYGIN ÖLÜM İLKELERİ İLE BAKIM VE REHABİLİTASYONUN ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Hilal YILDIRIM, ¹Zeliha CENGİZ, ¹Ela VİCNELİOĞLU

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

ÖZET

Amaç: Hastanede yatan yaşlı hastalarda saygın ölüm ilkeleri ile bakım ve rehabilitasyonun algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde yürütüldü.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Turgut Özal Tıp Merkezinde yatış yapan 65 yaş ve üstü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu hastanede yatış yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 56 yaşlı hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan 12 tanıtıcı bilgi formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği, Yaşlı Hastalarda Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı ölçeği ile soruların okunup cevaplandırılması yoluyla ortalama 25 dk Ocak- Ağustos 2019 tarihlerinde toplanmıştır. İstatistik analizinde sayı, yüzde, ortalama, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ile IBM SPSS 22’de değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı hastaların yaş ortalaması 68.62 ± 6.26 , ortalma yatış süresi 9.85 ± 16.37 ’dir. Bu hastaların %66.1’i erkek, %53.6’sı ilkokul mezunu, %44.6’sı kronik hastalığı yüzünden yatış aldığı, % 73.2’si eşi ile birlikte yaşadığı, %83.9’unun aylık gelirinین olduğu, %69.6’sının ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %96.4 ünün çocuğunun olduğu, %78.6’sının kronik hastalığa sahip olduğu, %69.6’sının hastaneye sık yatış yapmadığı, %57.1’nin yaşam memnuniyetinin biraz olduğu belirlenmiştir. Saygın ölüm ilkeleri puan ortalaması 48.78 ± 67.46 ile orta düzeyden yüksek bulunmuştur. Yaşlı bakım ve rehabilitasyon algısı puan ortalaması 67.46 ± 10.13 ile iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Saygın ölüm ilkeleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon algısı arasında pozitif güçlü bir ilişki belirlenmiştir ($.510, p < .05$). Erkeklerde, kanser hastalarında, yaşamdan memnun olanlarda, hastanede yatış süresi uzun olanlarda bakım ve rehabilitasyon algısı, diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur ($p < .05$). saygın ölüm ilkelerinden “İstedğim manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek isterim” en yüksek puan ortalamasına sahipken, “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve beni neyin beklediğini anlamak isterim” cümlesi en düşük puan alan cümledir. Yaşlı hastalarda bakım ve rehabilitasyonun algısında “Personel beni dinledi” en yüksek puanlanırken,” İhtiyaç duyduğumda doktorla görüşme fırsatım oldu” en düşük puanı almıştır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç: Yaşlı hastaların bakım ve rehabilitasyon algısı artıkça saygın ölüm ilkelerini benimsemesi de artmaktadır. Ölümü beklerken manevi ya da duygusal desteğe sahip olmak önem arz etmekte fakat ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve neyin beklediğini anlamak az istenen bir ilkedir. Personelin kişiyi dinlemesi algılanan bakım algısını olumlu etkilerken, doktorla görüşme fırsatı bulamamak bakım ve rehabilitasyon algısını olumsuz etkilemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlı bireylerin saygın ölüm ilkelerini benimsemelerini sağlayabilmek için verilen bakımın kalitesinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Saygın Ölüm, Bakım ve Rehabilitasyon Algısı

Evaluation of The Relationship Between Respectable Death Principles and Perception of Care And Rehabilitation in Elderly Hospitalized Patients

ABSTRACT

Objective: This descriptive study was conducted to evaluate the relationship between respectable death principles and perception of care and rehabilitation in elderly hospitalized patients.

Method: The population of the study consisted of patients aged 65 years or older who were hospitalized in Turgut Özal Medical Center in Malatya. The sample of the study consisted of 56 elderly patients who admitted to this hospital and accepted to participate in the study. The research data were collected between January and August 2019 by means of 12 descriptive information forms prepared by the researcher, Assessment of Attitudes Towards Principles of Reputable Death, Perception of Care and Rehabilitation in Elderly Patients and reading and answering the questions. In statistical analysis, number, percentage, mean, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and IBM SPSS 22 were evaluated.

Results: The mean age of the patients included in the study was 68.62 ± 6.26 , and the mean hospital stay was 9.85 ± 16.37 . 66.1% of these patients were male, 53.6% were primary school graduates, 44.6% were hospitalized due to chronic illness, 73.2% lived with their spouse, 83.9% had monthly income, 69.6% had moderate economic status. , 96.4% had children, 78.6% had chronic disease, 69.6% did not stay in hospital frequently, 57.1% had some satisfaction with life. The average score of respectable principles of death was found to be higher than moderate with 48.78 ± 67.46 . The average score of elderly care and rehabilitation perception was found to be good with 67.46 ± 10.13 . A strong positive relationship was found between respectable death principles and elderly care and rehabilitation perception (.510, $p < .05$). The perception of care and rehabilitation was higher in men, cancer patients, those who were satisfied with life, and those who had long hospitalization periods ($p < .05$). gın I want to have the moral or emotional support I want ”has the

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

highest average score, while“ I want to know when death will come and understand what awaits me üm is the lowest scoring sentence. While alg Staff listened to me ”was the highest in the perception of care and rehabilitation in elderly patients, im I had the opportunity to see a doctor when I needed it was the lowest.

Conclusion: As the perception of care and rehabilitation of elderly patients increases, the adoption of respectable death principles increases. It is important to have spiritual or emotional support while waiting for death, but it is a less desirable principle to know when death will come and to understand what is waiting. While listening to the personnel positively affects the perceived care perception, not having the opportunity to see the doctor negatively affects the perception of care and rehabilitation. In line with these results, it is recommended to increase the quality of care provided to enable elderly individuals to adopt respectable principles of death.

Keywords: Elderly, Respectable Death, Care and rehabilitation perception

S-208 PALYATİF BAKIM HASTALARINDA MÜZİK TERAPİNİN UYKU KALİTESİNE OLAN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

S. Ufuk YURDALAN*, Rafet Umut ERDOĞAN*, Ebru SULU**, Büşra Nur ER*, Rabia KUM*, Halide Fulya ULUDAĞ KIZILTEPE**, Özlem ORUÇ**

* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi

ÖZET

Amaç: Palyatif bakım hastası fiziksel ve ruhsal bütünlüğü içinde ele alınır. Bu anlamda Müzik Terapi, müzik aracılığıyla olgu ile bir bağ sağlayan hastanın fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmış terapötik bir yaklaşımdır. Çalışmamızda da bilimsel olarak tedavi etkisi saptanmış Türk Musikisi makamlarının palyatif bakım ünitesinde izlenen olgulara kulaklıkla dinletilerek uyku kalitelerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Palyatif bakım servisinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 9’u kadın, 21’i erkek 30 hastaya (yaş ortalaması 66.33 + 14,37 yıl, yaş dağılımı 25-91 yıl) tedavi öncesi ve sonrası yüz yüze Palyatif Bakım Uyku Günlüğü anketleri yapıldı. Hastalara bir seans “15 dk *Acemaşiran makamı*-5 dk *dinlenme*-15dk *Uşşak makamı*” protokolü ile toplam 30 dk müzik terapi uygulandı. Terapi öncesi ve sonrasında vücut sıcaklığı, kan basıncı, kalp hızı, solunum frekansı, ağrı düzeyi, uyku kalitesi ve ilaç kullanımı değerlendirildi. Hastaların renal, solunumsal nedenlerle uyanmaları, horlama durumları, rüya görme ve sekresyon miktarının müzik terapi ile değişimleri SPSS 11.5 istatistik programında analiz edildi.

Bulgular: Çalışma olguları en az 1, en fazla 5 hafta süreli palyatif bakım servisinde tedavi görmekte olup, ortalama serviste kalış süreleri 1,6 hafta idi. Olgularda solunumsal semptomlar yüzünden uyanma sıklığı ölçütünde azalma yönünde istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Tek seans uygulanan müzik terapi ile vücut sıcaklığı, kan basıncı, kalp hızı, solunum frekansı, ağrı düzeyi, uyku kalitesi ve ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuçlar: Çalışmamızda müzik terapi ile solunumsal semptomlar dışındaki değişkenlerde fark bulunmaması, olguların farklı tanımlara sahip olmaları ve aldıkları medikal tedavi çeşitliliğinin sonuçları etkilemesine bağlandı. Gelecek araştırmalarda; çalışmaya özelleştirdiğimiz hastane içi Palyatif Bakım Uyku Günlüğümüz ile hastanın seçeceği müzik makamı ve birden fazla seans uygulamasının, klinik etkinliği daha objektif yansıtılabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Palyatif Bakım, Müzik Terapi, Uyku Kalitesi

SUMMARY

Purpose: Palliative care is handled within the physical and mental integrity of the patient. Music Therapy is a therapeutic approach designed to meet the physical, cognitive, emotional and social needs of the patient, providing a connection with the phenomenon through music. In our study, it was aimed to evaluate the effect of Turkish Music maqams (makam, modals) on the sleep quality by listening to the headphones in the palliative care unit.

Material and Methods: Thirty patients (9 female, 21 male) (mean age 66.33 + 14.37 years, range 25-91 years) who had been admitted to the palliative care service and accepted to participate in the study were interviewed (**Palliative Care Sleep Diary**) face to face before and after treatment. The patients received a single-session 30 minutes of music therapy with a protocol of “15 min Acemasiran makam-5 min rest-15 min Uşşak makam”. Body temperature, blood pressure, heart rate, respiratory frequency, pain level, sleep quality and drug utilization were evaluated before and after therapy session. SPSS 11.5 statistical program was used to analyze the changes with music therapy in the awakening of the patients for renal and respiratory reasons, snoring, dreaming and phlegm.

Findings: The study subjects were treated in the palliative care unit for 1 to 5 weeks and mean length of stay was 1.6 weeks. A statistically significant difference was found in decreasing the frequency of awakening because of respiratory symptoms ($p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between music therapy and body temperature, blood pressure, heart rate, respiratory frequency, pain level, sleep quality and drug utilization ($p > 0.05$).

Results: In our study, there was no difference in variables other than respiratory symptoms with music therapy. this was attributed to the fact that the patients had different diagnoses and the variety of medical treatment they received. It was concluded that the music office and multiple sessions chosen by the patient could reflect the clinical effectiveness more objectively with our in-hospital Palliative Care Sleep Diary in future research

S-209 KADIN SAĞLIĞINDA AYURVEDANIN KULLANIMI**Çiğdem KARAKAYALI¹, Sıdıka Özlem CENGİZHAN²**¹Araştırma Görevlisi, İnönü Üniversitesi, Malatya/Türkiye²Uzman Ebe, Adıyaman İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Adıyaman/Türkiye**Özet**

Kökeni 5000 yıl öncesi Hindistan kültürüne dayanan en eski tıp sistemi olan Ayurveda (Sanskritçe: Ayus - hayat + Veda - bilgi) “gerçek yaşam bilgisi” anlamına gelmektedir. Ayurveda, insan vücudunun fiziksel, zihinsel ve bedensel işlevlerini dengeleyerek sağlık hizmetlerine bütüncül bir yaklaşım benimseyen bir sistem olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da bir tıp bilimi olarak kabul edilmektedir (1). Ayurveda sistemi, öncelikle kişinin ideal doshasını (beden tipini) belirlemeyi amaçlamaktadır. Dosha, fiziksel ve zihinsel bedenlerimizin birleşmesi neticesinde oluşan bünye tipi olarak tanımlanmaktadır (2). Ayurveda, kişinin doshalarındaki herhangi bir dengesizlik durumunda bu dengesizliği ortaya çıkaran belirtilerin kaynağını bularak, dengenin tekrar kurulması üzerine geniş kapsamlı önerilerde (beslenme tarzı, baharat kullanımları, meditasyon, aromaterapi, masaj, fiziksel aktivite, müzik, gündelik rutinler, mevsimsel rutinler, bitkisel tedaviler) bulunmaktadır Ayurveda'nın amacı; dosha (beden) tipini dengeleyen bir günlük rutin oluşturup, bunu destekleyici uygun ayurvedik yöntemler kullanarak, fiziksel, zihinsel ve bedensel sağlığı en üst seviyelere taşımaktır (3). Bu derlemede, kadın sağlığında ayurvedanın kullanımı hakkında kısaca bilgi vermek amaçlanmıştır. Ayurveda kadın sağlığında; premenstrual sendrom, menoraji, anemi, amenore, fibroidler, kistler, PKOS, endometriozis, menopozda görülen yakınmalar, osteoporoz, romoatid artrit, tükenmişlik anne sendromu, majör depresyon bozukluğu gibi fizyolojik dengesizliğe yol açan bu hastalıkların yönetiminde kullanılmaktadır (4-8). Sonuç olarak; Ayurveda'da sağlıklı bir bedene sahip olmak sağlıklı bir zihne sahip olmakla eş değer olup, sağlık hizmetlerine bütüncül bir yaklaşımı benimsemektedir (9).

Anahtar kelimeler; Ayurveda, Beden, Sağlık, Zihin.

USE OF AYURVEDA IN WOMEN'S HEALTH

Çiğdem KARAKAYALI¹, Sıdıka Özlem CENGİZHAN²

¹Research Assistant, Inonu University, Malatya/Turkey

²Expert Midwife, Adıyaman Provincial Public Health Directorate, Adıyaman/Turkey

Abstract

Ayurveda (Sanskrit: Ayus - life + Veda - knowledge), the oldest medical system based on Indian culture 5000 years ago, means “real life knowledge”. Ayurveda is a system that adopts a holistic approach to health services by balancing the physical, mental and physical functions of the human body and is accepted as a medical science by the World Health Organization (WHO) (1). The Ayurvedic system primarily aims to determine the ideal doshas (body type) of the person. Dosha is defined as the type of body formed as a result of the union of our physical and mental bodies (2). Ayurveda provides comprehensive suggestions (nutrition style, spice uses, meditation, aromatherapy, massage, physical activity, music, daily routines, seasonal routines, herbal treatments) on the restoration of balance by finding the source of the symptoms that reveal this imbalance in case of any imbalance in the person's doshas. The purpose of Ayurveda; to create a daily routine that balances the dosha type and to maximize physical, mental and physical health by using appropriate ayurvedic methods to support it (3). In this review, it is aimed to give brief information about the use of Ayurveda in women's health. Ayurvedic women's health; Premenstrual syndrome, menorrhagia, anemia, amenorrhea, fibroids, cysts, PCOS, endometriosis, menopause complaints, osteoporosis, rheumatoid arthritis, burnout mother syndrome, major depression disorder is used in the management of these diseases causing physiological imbalance (4-8). As a result; having a healthy body in Ayurveda is equivalent to having a healthy mind and adopts a holistic approach to health services (9).

Keywords; Ayurveda, Body, Health, Mind.

S 210 PALYATİF BAKIM MODELLERİ VE ORGANİZASYONU

¹Zeliha CENGİZ

¹Inönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan özel bir tıbbi bakımdır. Palyatif bakım, hastalık ne olursa olsun belirtilere sebep olan etkenleri tedavi etmeden, hastanın ağrısını dindirmeye, rahatlığını sağlamaya ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır.

Palyatif bakım, akut ve uzamış süreç yoğun bakımlarda, palyatif bakım kliniklerinde, hospislerde ve evde dönüşümlü olarak verilmektedir. Bu kuruluşlarda temellenen palyatif bakım hastane temelli, toplum temelli ve eve dayalı palyatif bakım gibi modellerle uygulanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde 1.Yataklı tedavi kurumları (Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi-III. Basamak; Palyatif Bakım Merkezi- II. Basamak; Palyatif Bakım Birimi- I. Basamak), 2. Evde Bakım Programları Modeli- I. Basamak, 3. Aile Hekimleri- I. Basamak ve 4. Hospis Kuruluşlarına temellendirilen dört farklı model göze çarpmaktadır.

Uzun süreli bakıma gereksinim duyan palyatif bakım hastasının yaşadığı çöküşlerde aileye yük olmayı istememesi, bireylere ailede bakacak kimsenin olmaması yada bakım vericilerin bu çöküşlerle baş edememesi durumunda yataklı palyatif bakım kurumları devreye girmektedir. Kapsamlı Palyatif bakım merkezinde (III. Basamak) hastanın semptomlarına yönelik farmakolojik tedavisi yapılırken aynı zamanda günlük yaşam içinde daha aktif ve üretken olmalarını sağlamak amacı ile ilgi alanlarına, hobilerine yönelik faaliyetlerde bulunabilmelerine de olanak sağlanmaktadır. Palyatif bakım merkezleri (II. Basamak) ise palyatif bakım hastasının hastanede hayatını kaybetmesi nedeniyle hastane içinde veya hastaneden bağımsız ek bir bina olarak kurulur. Palyatif bakım birimleri (I. Basamak) hastanın aile hekimiyle ve aynı zamanda evde sağlık ve bakım birimi ile bağlantı halinde olan kuruluşlardır. Evde bakım programları (I.Basamak), evde sağlık ve bakım birimleri tarafından yaşam sonu bakım hastalarının tedavi ve takiplerin yapılmasına yönelik ev ziyaretlerini içermektedir. Aile Hekimleri (I.Basamak) palyatif hastasının semptomlarını takip ve tedavi etmede, hastalığın seyrine göre palyatif bakım birim ve merkezlerine yönlendirmede rol oynamaktadırlar. Hospis Kuruluşları, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeniyle yaşamlarını son altı ay veya daha kısa bir süreside kaybedecekleri ön görülen hastalar için oluşturulmuştur. Bir hasta evde bakımı olası olmadığında veya hastanede mevcut tedavilerden yarar sağlamayacağı durumlarda hospise kabul edilir ve bireyin ömrünün geri kalan günlerini olabildiğince bilinçli olarak yüksek yaşam kalitesinde geçirmesi hedeflenir. Sonuç olarak ülkemizde palyatif bakımın gelişmiş ülkelerdeki uygulama örneklerinden yola çıkarak sözü geçen bu dört

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

farklı model birlikte ihtiyaca göre dönüşümlü olarak hasta bakımında rol almaktadır. **Anahtar Kelimeler;** palyatif bakım, modeller, organizasyon

S-211 HEMODİYALİZ HASTALARININ BAKIMINDA HEMŞİRELERİN ETİK SORUMLULUKLARI

Filiz TAŞ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kahramanmaraş

Özet

Bu çalışmada, Diyaliz hastalarının bakımında hemşirenin etik ilke ve sorumlulukları literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

Hemşireler için etik ilkeler ve kodlar, hastaların yaşayabileceği sağlık eşitsizliklerini önleyerek, özerklik, haysiyet, haklar, değerler ve inançları koruyacak şekilde bir bakım almaları için kullanılır. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların çoğunluğunun hastalığın gidişatı ve tedavi seçeneklerini bilmediği ve bu konularda bilgi sahibi olmayı arzu ettikleri belirtilmektedir (1-4). Bu nedenle hemşirelerden, hastaların bakım önceliklerini tespit ederek, bakımı planlaması, bakım hedeflerini belirlemesi, hastanın risk profilini ve prognozunu değerlendirmesi, hastanın ve ailesinin tedavi seçenekleriyle ilgili görüşmelere katılmasını sağlaması ve bireysel tedavi seçeneklerini ve muhtemel sonuçları bildirmesi beklenmektedir (2,5). Hemşire; hastanın özerkliğine saygı göstererek hastalara, tüm tedavi seçenekleri ve seçimlerinin muhtemel etkileri konusunda; diyaliz merkezinde ve evde hemodiyaliz, periton diyalizi, hemodiyaliz olmadan maksimum tıbbi bakım, palyatif bakım ve hastaneye yatırma dahil olmak üzere bilgi vermelidir (6-8). Diyaliz, yaşamı sınırlayan bir tedavi şekli olduğu için başlamadan önce bilgilendirilmiş onam sürecinin başlatılması ve hasta ile birlikte bakımın planlanması önemlidir. Bilgilendirilmiş onam, hastalarla tedaviye karar vermek için kabul edilen tıbbi uygulamaları, hasta özerkliği ve hastanın kendi kaderini tayin hakkına ilişkin bilgileri içerir ve yasalara uygun iyi ahlak kurallarına dayandırılır (6). Diyaliz ünitelerindeki uygulama kılavuzlarında, uygun zamanda diyaliz tedavisine başlama ve tedaviye son verme konusunda ortak karar verirken ve bilgilendirilmiş onam alırken her hastaya özgü prognoz tahmininin yapılması önerilmektedir (6). Etik ilkeler doğrultusunda hastanın tedavisinde, diyalizin kısıtlanması/sonlandırılması kararı”, “tedaviyi reddetme kararı”, “otonomi”, “yararlılık ve başkalarına zarar vermeme” ilkeleri ile örtüşmektedir. Bu ilkeler hastanın kararını destekleyen ve saygı duymayı gerektiren etik ve yasal durumlardır (9). Etik konulara yardımcı olmak amacıyla Amerikan Hemşireler Birliği, Renal Hekimler Birliği ve Amerikan Nefroloji Derneği tarafından diyalizin kısıtlanması/sonlandırılmasına yönelik önerilerin bulunduğu rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler, sağlık personellerine güncel bilgi sağlamanın yanında, hasta ile ilgili kararların kolay ve güvenli bir şekilde alınmasına ışık tutan kaynaklardır (9).

Anahtar Kelimeler; Hemodiyaliz Hastaları, Etik, Hemşirenin etik sorumlulukları

ETHICAL RESPONSIBILITIES OF NURSES IN HEMODIALYSIS PATIENT CARE

Abstract

In this study, the ethical principles and responsibilities of nurses in dialysis patient care are presented in the light of the literature.

The ethical principles and codes for nurses prevent inequalities in health the patients can experience and used to give patients care which protects their autonomy, dignity, values and beliefs. It is stated that a majority of the patients who are given hemodialysis treatment do not have information about the progress of the disease and the treatment opportunities and that they wished to be informed about these (1-4). Therefore, nurses are expected to identify the care priorities of patients, plan their care, identify care targets, evaluate patients' profile and prognosis, help patients and their families to participate in meetings on treatment choices and inform them about individual treatment choices and their possible consequences (2,5). Nurses should respect the autonomy of patients and inform them about all the treatment choices and the possible effects of their choices; hemodialysis at the dialysis center and at home, periton dialysis and maximum medical management without hemodialysis, palliative care and hospitalization (6-8). Since dialysis is a treatment which limits life, it is important that the informed consent process is initiated prior to the treatment and plan the care program with the patient. Informed consent contains information about the medical applications which are decided on with the patients, patient autonomy and patients' right to decide on their own fate and is based on moral and legal principles (6). In the application guides in the dialysis units, it is suggested that prognosis unique to the patients should be made while jointly deciding on when to begin the dialysis treatment and end it and when taking the informed consent of patients (6). In the treatment of the patients, ethical principles are in line with the "decision about limiting/ending dialysis", "decision about rejecting the treatment", "autonomy" and "effectuality and not harming others" principles. These principles are ethical and legal cases which require supporting and respecting the decision of the patients (9). With the purpose of assisting ethical issues, guides about limiting/ending dialysis have been developed by the American Nurses Association, Renal Doctors Association and American Nephrology Foundation. These guides provide current information to health workers, besides being sources which shed light to taking easy and safe decisions about patients (9).

Key Words: Hemodialysis Patients, Ethics, Ethical Responsibilities of Nurses

S-212 EVDE, YOĞUN BAKIMDA VE YATAKLI HASTA SERVİSLERİNDE TAKİP EDİLEN PALYATİF BAKIM HASTALARINDA DEKÜBİT ÜLSERİ GÖRÜLME SIKLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Eyyüp TAŞDEMİR (Başasistan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Palyatif Bakım Merkezi / BURSA)

Özgür DAĞLI (Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği / BURSA)

Amaç: Dekübit, basınca maruz kalan vücut bölgelerinde oluşan ülserdir. Literatürdeki bu tanıma rağmen dekübite yatkınlık tam olarak anlaşılamamıştır. Yatağa tam bağımlı olan palyatif bakım hastaları evde, hastanede yataklı servislerde, yoğun bakımlarda ve palyatif bakım ünitelerinde takip edilmektedir. Dekübit ülserlerinin yoğun bakım ünitelerinde daha sık görüldüğüne dair bir ön yargı olabilir. Bu çalışmada literatür ışığında bu görüşü araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım merkezinin Mayıs 2016 - Eylül 2017 tarihleri arasındaki tıbbi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Palyatif bakım hastaları evde takip edilen, yoğun bakımda takip edilen ve yataklı hasta servislerinde takip edilen olmak üzere üç gruba ayrıldı. Dekübit ülseri olanlar belirlendi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 113 hastanın % 43,4'ü kadın (n: 49), %56,6'sı erkek (n=64) idi. Hastaların yaş ortalaması: $67,03 \pm 20,42$ idi. Palyatif bakım kliniğimizde % 66,4 (n:75) oranında dekübit ülseri görüldü. Evde takip edilen 25 palyatif bakım hastasının % 64'ünde (n: 16), yatan hasta servislerindeki 23 palyatif bakım hastanın % 69,6'sında (n: 16) ve yoğun bakımda tedavi edilen 65 palyatif bakım hastanın % 66,2'sinde (n: 43) oranında dekübit ülseri bulundu. Gruplara göre dekübit ülseri görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç: Dekübit ülserleri konumdan bağımsız olarak hasta ve bakım faktörleri nedeniyle gelişebilir. Bu çalışma, YBÜ, evler ve hastaneler arasındaki olayları literatür ışığında karşılaştırarak bu görüşü desteklemektedir.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları

Demografik Özellikler		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-97 (75)
	<i>Ort±Ss</i>	67,03±20,42
Cinsiyet	Kadın	49 (43,4)
	Erkek	64 (56,6)
Yatış süresi (gün)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	3-114 (24)
	<i>Ort±Ss</i>	30,22±22,90

Tablo 2: Gruplara Göre Dekübit Ülseri Oranları

		<i>Toplam 113 hastanın %66,4'ünde</i>			
		Ev	Servis	YBÜ	
		(n=25)	(n=23)	(n=65)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Dekübit ülseri	Yok (n=38)	9 (36,0)	7 (30,4)	22 (33,8)	0,919
	Var (n=75)	16 (64,0)	16 (69,6)	43 (66,2)	

Pearson Ki-kare Test

S-213 YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ PALYATİF BAKIMA ETKİSİ

Maksude YILDIRIM¹, Yeliz SUNA DAĞ¹, M.Emin DÜKEN², Emriye Hilal YAYAN¹

¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye

²Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ş.Urfa/Türkiye

ÖZET

Bu çalışma “Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarının palyatif bakıma etkisi”ni incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Malatya ilindeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 26 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği”, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ortalama, standart sapma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 33.07 ± 1.57 , büyük çoğunluğunun (%73.1) evli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durumları ile Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin “Kaynaklar” alt boyutu ($p=0.006$) ve palyatif bakım toplam puan ortalaması ($p=0.040$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ancak ölüme karşı tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Palyatif Bakım Ölçeği “Klinik” alt boyutu ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin “Ölüm Korkusu” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$). Hemşirelerin “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının 82.88 ± 9.52 , “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının ise 20.74 ± 3.53 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; hemşirelerin ölüme karşı tutumları palyatif bakım tutumlarını etkileyebilir. Bu konuda daha büyük örneklem ile daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, ölüme karşı tutum, palyatif bakım

The effect of attitudes towards death of nurses who work in neonatal intensive care unit on palliative care

Abstract

This study was conducted as a descriptive study to investigate the effect of nurses' attitudes towards death on palliative care in neonatal intensive care unit. The sample of the study consisted of 26 nurses who worked in neonatal intensive care units in Malatya and accepted to participate in the study. Research data were collected using “The Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS)”, “Death Attitudes Profile – Revised” and “Descriptive Characteristics Form” prepared by the researcher. Percentage mean, standard deviation and correlation analysis were used to evaluate the data. As a result of the statistical analysis, it was determined that the mean age of the nurses participating in the study was 33.07 ± 1.57 and the majority of nurses (73.1%) were married. It was found that there was a statistically significant relationship between the marital status of the nurses and the the Neonatal Palliative Care Attitude Scale's (NiPCAS) “Sources” sub-dimension ($p = 0.006$) and the mean total palliative care score ($p = 0.040$), but it did not affect their attitudes towards death. It was found that there was a statistically significant relationship between the “Clinical” subscale of the Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS) and the “Fear of Death” subscale of the Death Attitudes Profile – Revised ($p = 0.002$). It was determined that The mean score of “The Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS)” of the nurses was 82.88 ± 9.52 and the mean score of “Death Attitudes Profile – Revised” was 20.74 ± 3.53 . As a result; nurses' attitudes towards death may affect the attitudes of palliative care. Further studies with larger samples are recommended.

Keywords: Neonatal, attitude towards death, palliative care

S-214 HEMŞİRELERİN ÖTENAZI, ÖLÜM ve ÖLÜMCÜL HASTAYA İLİŞKİN TUTUMLARI

Hakime ASLAN¹, Aydın AVCI², Cansu GÜNDÜZ²

1. Dr. Öğrt. Üyesi., İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD.
2. Lisans öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Özet

Giriş ve Amaç: Hayatın bitişini ifade eden ölüm, yaşamın ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, varoluşu tehdit eden, zorunlu olan ve hayatı sınırlayan bir kavramdır. Bu yönleriyle de bilinmezlik korkusu, anksiyete ve hatta depresyona yol açabilen, insanoğlunun yüzyıllardır ilgi duyduğu aynı zamanda kaçındığı ve tanımlamaya çalıştığı karmaşık bir olgudur. Terminal dönem hastalarına ve bu hastaların yaşadıkları güçlüklerle hastanenin her ortamında rastlanabilmektedir. Bu sebeple, bu araştırma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Araştırma, Haziran-Ağustos 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan hemşireler (950) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 244 hemşire ile araştırma sürdürülmüştür. Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)” kullanıldı. Veriler SPSS 23.0 paket programında yüzdeler, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 33.8 ± 7.5 olduğu, %79.1’inin kadın, %62.3’ünün evli, %68’inin lisans eğitim seviyesinde ve mesleki deneyim süresinin 11.7 ± 7.8 yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %42.2’i ülkemizde ötenazi olmamasını ve %63.1’inin terminal dönemdeki bakımın yararsız olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalaması $84,4 \pm 10,7$ ’dir. Alt ölçeklerin puan ortalaması “Ötenaziye İlişkin Tutum” için $38,3 \pm 8,8$, “Ölüme İlişkin Tutum” için $24,1 \pm 3,8$, “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” için $21,9 \pm 3,3$ ’tür. Ölçekten alınabilecek puanların ortalaması dikkate alındığında; araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalamasının, ötenaziye ilişkin tutum puanlarının, ölüme ilişkin tutum puanlarının ve ölümcül hastaya ilişkin tutum puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu gözlenmektedir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum puanlarının ortalamasının üzerinde çıkması nedeniyle hemşirelere gerek eğitimleri, gerek iş hayatları süresince ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin olumlu tutum kazandırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenli aralıklarla verilmesi önerilebilir.

S-215 MÜZİK TERAPİSİNİN HEMODİYALİZ HASTALARININ SAĞLIĞINA ETKİSİ

Rukuye AYLAZ¹, Serap PARLAR KILIÇ²

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, TÜRKİYE

²İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ile müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının sağlığına etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online’de Eylül 2018’e kadar olan Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanmış makaleler veri kaynaklarını oluşturmuştur. Çalışma İngilizce olarak yayınlanmış, “hemodialysis patients” ve music therapy”, Türkçe olarak yayınlanmış “hemodiyaliz hastaları” ve “müzik terapi” olarak anahtar kelimeleriyle; tam metnine ulaşılabilen çalışmaların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların başlık ve özet kısımları uygunluk açısından Ağustos 2018 ile Eylül 2018 arasında sistematik olarak incelenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Yetişkin nüfusta her 6-7 kişiden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı ve her 20 erişkinden birinde kritik glomerüler filtrasyon hızındaki azalması (<60 ml/dakika) olduğu bildirilmiştir. Düzenli olarak hemodiyaliz hastası tedavi programında izlenen hasta sayısı 1990 yılında 3069 iken, 2015 yılı itibarıyla bu sayının 56951 olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında müzik tedavinin fizyolojik etkileri; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirme arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalar, müziğin hemodiyaliz hastalarında, uyku, ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken ve hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır. Müzik hemodiyaliz hastalarında sağlıklı bir çevre yarattığı için hastaların fiziksel, emosyonel ve ruhsal sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır.

Anahtar kelime: Müzik terapi, hemodiyaliz, hasta

THE EFFECT OF MUSIC THERAPY ON THE HEALTH OF HEMODIALYSIS

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the effects of music therapy on the health of hemodialysis patients.

Data sources: Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, Sage Journals Online. “Hemodialysis patients” and “music therapy”, written in English, with “hemodialysis patients” and “music therapy” in Turkish, full text was obtained by examining the work that can be reached. The headings and summary sections of the studies were systematically reviewed between August 2018 and September 2018 for convenience.

Findings and Conclusion: In the adult population, one in every 6-7 people reported kidney disease at different stages and a decrease in critical glomerular filtration rate (<60 ml / min) in one out of every 20 adults. The number of patients followed up in the treatment program of hemodialysis patients was 3069 in 1990 and it was determined as 56951 in 2015. Physiological effects of music therapy in hemodialysis patients; Psychophysiological stress varies between creating a behavioral change and reducing mood by reducing pain, anxiety and isolation. Studies have shown that music has a positive effect on sleep, pain and anxiety in hemodialysis patients and it improves the quality of life of patients or healthy individuals. Music is an important tool that reduces heart rate, blood pressure, body temperature and respiratory rate, allows relaxation, changes the patient's pain perception, distracts his attention and improves the quality of life of patients. As music therapy creates a healthy environment in hemodialysis patients, it makes a significant contribution to the physical, emotional and mental health of patients.

1631

Keywords: Music therapy, hemodialysis, patient

S-216 MEME KANSERİ ENDİŞE DÜZEYİ İYİ ÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ ETKİLER Mİ?

Gülçin Nacar¹, Elif Özfidan², Sermin Timur Taşhan¹

¹ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

² Hemşirelik Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: İyi ölüm temel bir insan hakkıdır. Tüm bireyler zaman zaman onurlarına yakışır, acısız bir ölüm yaşamayı düşler. Ancak kronik hastalıklar, korku, endişe gibi durumlar rahat, huzurlu ve ağrısız ölüme düşüncelere daha zaman ayırmaya neden olur. Araştırmanın amacı, meme kanseri endişe düzeyinin iyi ölüme ilişkin düşünceler üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma ülkenin doğusunda bulunan bir aile sağlığı merkezinde (ASM) 18 yaşın üzerindeki kadınlarla yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip ASM' kayıt olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yetişkin kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini 300 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Katılımcı Tanıtım Formu, Meme Kanseri Endişe Skalası (MKES) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada kadınların yaş ortalamasının 38.98 ± 9.94 olduğu, %28.7' sinin lise mezunu olduğu, %56.7' sinin gelirinin giderine eşit olduğu ve %70.3' ünün çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların MKES puan ortalamasının 11.86 ± 4.68 olğı ve %60.3' ünün yüksek meme kanseri endişe düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kadınların İÖÖ puan ortalaması ise 58.98 ± 8.25 olarak bulunmuştur. Kadınların meme kanser endişe düzeyi ile iyi ölüme ilişkin düşünceleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Sonuç: Kadınların meme kanseri endişe düzeyi iyi ölüme ilişkin düşüncelerini etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Düşünce, iyi ölüm, meme kanseri endişe düzeyi.

DOES BREAST CANCER WORRY LEVEL AFFECT THINGS ABOUT GOOD DEATH?**Abstract**

Objective: Good death is a fundamental human right. All individuals from time to time benefits their dignity, dream of a painless death. However, chronic diseases, fear, anxiety, such as situations that lead to comfortable, peaceful and painless death more time to think. The aim of this study was to investigate the effect of breast cancer anxiety on thoughts about good death.

Method: The research was descriptive and relationship seeking. The study was conducted with women over the age of 18 in a family health center (FHC) in the eastern part of the country. All adult women who enrolled in the study and accepted to participate in the study were included in the study. The sample of the study consisted of 300 women. Data were collected using the Participant Identification Form, Breast Cancer Worry Scale (BCWS) and Good Death Scale (GDS).

Results: The mean age of the women was 38.98 ± 9.94 , 28.7% were high school graduates, 56.7% were equal to income and 70.3% were not working. It was found that the mean BCWS score of women was 11.86 ± 4.68 and 60.3% had high breast cancer anxiety level. The mean GDS score of the women was 58.98 ± 8.25 . No statistically significant difference was found between the level of breast cancer anxiety and the opinions of women about good death.

Conclusion: Women's anxiety level of breast cancer did not affect their thoughts about good death.

Key Words: Thought, good death, breast cancer anxiety level.

S-217 HENDERSON HEMŞİRELİK MODELİ'NE GÖRE OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA TANILI ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMUYeşim ERDEN KARABULUT¹ Ela DURDU TURAN¹¹Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya/ Türkiye**Özet**

Osteogenezis imperfekta (OI) kemik, deri, tendon, diş ve skleralarda bulunan tip 1 kollajenin sentezinde ve yapısındaki bozukluktan kaynaklanan otozomal dominant kalıtsal bir hastalıktır. Yaygın osteoporoz, tekrarlayan kemik kırıkları ve bunun sonucunda oluşan deformitelerle karakterizedir. Kemik kırılabilirliğinin artması sebebiyle hastalık “kırılgan kemik hastalığı” ya da “cam kemik hastalığı” olarak da bilinmektedir. OI'nin görülme sıklığı 10.000 doğumda bir olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada osteogenezis imperfekta tanılı hastanın gereksinimlerinin Henderson'ın Hemşirelik Modeline göre değerlendirilmesi ve bu kapsamda hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır. Hemşirelik için önemli isimlerden birisi olan Henderson'a göre hemşirenin en önemli rolü; hasta ya da sağlıklı bireyin sağlığına kavuşmasına, sağlığını devam ettirmesine, bağımsızlığını kazanmasına mümkün olduğunca hızlı bir şekilde yardımcı olmaktır. Olgu 14 yaşında ve 2012 yılında kolunun kırılmasıyla OI tanısı almış ve İV bifosfanat tedavisi almaya başlamıştır. 2013 yılında femur fraktürü olan olgu düzenli olarak ilaç tedavisini almıştır. 2014 yılından sonra tedavi almayı kesen olgu 2017 yılında Radius-ulna fraktürü ile kliniğimize başvurmuş ve tedavi almak için yatırılmıştır. Hemşirelik tanısı olarak olguya; Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Barsak Boşaltımında Değişiklik, Fiziksel Harekette Bozulma, Uyku Örüntüsünde Değişim, Bireysel Bakımda Eksiklik, Vücut Isısında Değişim, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Travma Riski, Sözel İletişimde Bozulma, Bilgi Eksikliği tanıları koyulmuş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Virginia Henderson, Hemşirelik Bakımı, Osteogenezis İmparfekta, Olgu Sunumu

S-218 KOLON KANSERİ TANISIYLA PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYİN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

Zeynep Sağlam¹, Tuğba Kavalalı Erdoğan¹, Zeliha Koç¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Kolon kanseri, kanserle ilgili mortalite ve morbiditenin en yüksek olduğu kanser türlerinden biridir. Kolon kanseri en sık görülen kanser türleri içerisinde erkeklerde dördüncü, kadınlarda ise üçüncü sırada yer almaktadır. Onkoloji hastaları, hastalığın tanı aşamasından itibaren başlamak üzere bakım ve tedavi süreci boyunca fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutta birçok problemle baş etmek durumunda kalmaktadır. Hastaların deneyimledikleri sağlık problemleri ve semptomları etkin bir şekilde yönetilmediğinde, hastalar ile birlikte hasta yakınları bu süreçten olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu doğrultuda hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve öz bakım güçlerinin artırılmasında hasta ve ailesinin eğitimini de içinde barındıran kapsamlı bir palyatif bakım hizmetinin sunulması son derece önemlidir. Hastaların bakım gereksinimlerinin optimum düzeyde karşılanabilmesi, hemşirelik bakımının standartlar doğrultusunda planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine bağlıdır. Bu olgu sunumunda palyatif bakım ünitesinde kolon kanseri tanısı alarak bakım ve tedavi gören bir birey “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” doğrultusunda değerlendirilmiş ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılması yapılmıştır.

1635

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kolon kanseri, Palyatif Bakım, NANDA-I

NURSING CARE OF INDIVIDUAL RECEIVING TREATMENT IN THE PALLIATIVE CARE UNIT WITH COLON CANCER DIAGNOSIS IN LINE WITH THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL: CASE REPORT

ABSTRACT

Colon cancer is one of the cancer types with the highest cancer-related mortality and morbidity rates. Colon cancer is the fourth most commonly seen cancer type in males and third in females. Oncology patients have to deal with many physical, psychological, social and economic problems during the care and treatment process starting from the diagnosis stage of the disease. In cases which patients' health problems and symptoms are not managed effectively, patients, as well as their relatives, are adversely affected by this process and their quality of life declines. In this respect, it is very important to provide a comprehensive palliative care service that also includes the education of patients and their families in order to increase their self-care abilities and the quality of life of patients and their relatives. Meeting the care needs of patients at an optimum level depends on the planning, implementation and evaluation of nursing care in accordance with standards. In this case report, an individual with colon cancer receiving care and treatment in the palliative care unit was evaluated in line with the "Functional Health Patterns Model" and nursing diagnosis was made in line with NANDA-I.

1636

Keywords: Cancer, Colon cancer, Palliative Care, NANDA-I

S-219 PALYATİF BAKIMDA TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINDA MÜZİK TERAPİNİN ETKİSİ

Funda ÖZDEN

1. İnönü Üniversitesi, Güzel Sanatlar ve Tasarım Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Müzik terapi uygulaması, yüzyıllardır çeşitli hastalıklar için kullanılmış, modern tıp protokollerinin yanında tamamlayıcı bir tedavi yaklaşımıdır. Palyatif bakımda müzik terapi uygulaması; yaşamının son döneminde veya hastalığın herhangi bir döneminde, ayrıca terminal dönem kanser hastalarında; başta ağrı olmak üzere, çeşitli semptomları azaltmada, yaşamının son dönemlerini kaliteli ve pozitif geçirebilmelerini sağlamak amacı ile, müziğin öğelerini terapötik amaç için kullanma ilkesine dayanmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde yapılan müzik terapi çalışmaları; hastaların ağrılarının dindirilmesi, çevreye oryantasyonun sağlanması, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyon için yaşam kalitelerinin artırılmasında etkin rol oynamaktadır. Bu bildiride müzik terapi uygulamasının palyatif bakım ünitelerinde nasıl işlendiğine dair çalışmalara yer verilmiştir. Çalışmanın bir takım sınırlılıkları olduğu ve gelecekte benzer konularda yapılabilecek araştırmalara yönelik bazı önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Müzik Terapi, Kanser, Palyatif, Ağrı

1637

Abstract

Music therapy is a complementary treatment approach in addition to modern medical protocols that have been used for various diseases for centuries. Music therapy in palliative care; in terminal cancer patients during the last period of life or at any time of the disease; It is based on the principle of using the elements of music for therapeutic purposes in order to provide quality and positive life in the last stages of life in reducing various symptoms, especially pain. Music therapy studies in palliative care units; The patient plays an active role in relieving the pain of the patients, providing orientation to the environment, and improving the quality of life for physical and mental rehabilitation. This paper includes studies on how music therapy is handled in palliative care units. The study has some limitations and some suggestions for future research on similar subjects are included.

Key Words: Music Therapy, Cancer, Palliative, Pain

S-220 ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI VE SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU: OLGU SUNUMU

Özlem Soylu*, Gülçin Nacar**

*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi

** İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD

ÖZET

Serebral venöz tromboz (SVT), çeşitli semptom ve bulgular gösterdiğinden tanılması zor bir hastalıktır. Son yıllarda teknolojik ilerlemelere paralel olarak ortaya çıkan görüntüleme yöntemleri ile tanı koymak kolaylaşmış ve hastalığın görülme sıklığı artmıştır. SVT erişkinlerde meydana gelen inmelerin %0.5' inden sorumludur. SVT kadınlarda daha sık görülmektedir. Erkeklerde her yaş grubunda homojen görülmesine rağmen, kadınlarda en sık 20-35 yaş grubunda görülmektedir. Bu durum SVT' nin gebelik ve oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Hastalar genellikle kuvvetsizlik, uyuşma, zonklayıcı baş ağrısı, çift görme, nöbet, ve bilinç kaybı şikayetleriyle hastaneye başvurmaktadır. Bu olgu sunumunda, 45 yaşındaki kadın hastanın Ramazan ayında menstruasyon oluşumunu engellemek amacıyla oral kontraseptif kullanması sonucu ortaya çıkan SVT tanısı nedeniyle almış olduğu tedavi ve bakım incelenmiştir. Hasta baş ağrısı ve mide bulantısı şikayetiyle kliniğe başvurmuştur. Yapılan beyin MR ile hastanın bulgularının SVT ile uyumlu olduğu görülmüştür.

1638

Anahtar kelimeler: menstruasyon, oral kontraseptif, serebral venöz sinüs trombozu

ORAL CONTRACEPTIVE USE AND CEREBRAL VENOUS SINUS THROMBOSIS: CASE REPORT

ABSTRACT

Cerebral venous thrombosis (CVT) is a difficult disease to diagnose because it presents various symptoms and signs. In recent years, diagnostic methods have become easier and imaging incidence has increased in parallel with technological advances. CVT is responsible for 0.5% of strokes in adults. CVT is more common in women. Although it is homogenous in men in every age group, it is most common in women in the 20-35 age group. This suggests that CVT may be associated with pregnancy and oral contraceptive use. Patients usually present to hospital with weakness, numbness, throbbing headache, double vision, seizures, and loss of consciousness. In this case report, the treatment and care of a 45-year-old female patient with the diagnosis of CVT caused by the use of oral contraceptives to prevent menstruation during Ramadan was examined. The patient was admitted to the clinic with headache and nausea. Brain MRI showed that the patient's findings were compatible with CVT.

Key words: cerebral venous sinus thrombosis, menstruation, oral contraceptives

S-221 PALYATİF BAKIM HASTALARININ AĞRI YÖNETİMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNEMİ

Cafer ÖZDEMİR¹, Ebru KARAZEYBEK¹, Serap PARLAR KILIÇ², Nermin KILIÇ²

1. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya/ Türkiye

2. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

ÖZET

Giriş: Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı yaklaşımlardır. Kanser hastalarının %70'i hastalığın herhangi bir evresinde ağrı yaşadığı ve palyatif bakım alan hastaların da %90'ının ağrısının olduğu bilinmektedir. Buna rağmen ağrının %80-90 oranında yetersiz tedavi edildiği saptanmıştır.

Amaç: Bu derlemedeki amacımız; palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamak ve literatürü gözden geçirerek konuyla ilgili güncel bilgiler sunmaktır.

Yöntem: Taramalarda “google scholar, pubmed, EBSCO” veri tabanlarındaki “Ağrı”, “Ağrı Yönetimi”, “Palyatif Bakım” ve “Hemşirelik Bakımı” anahtar kelimeleri kullanılarak, güncel makalelerden faydalanılmıştır.

Bulgular: Ağrının hem değerlendirilmesinde, hem de kontrol edilmesinde belli başlı güçlükler yaşanmaktadır. Bu engeller; ağrının yeterince değerlendirilememesi, bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili yanlış inanışlar, hastaların semptomlarını gizlemeleri ve semptom kontrolüne önem verilmemesi olarak gösterilebilir.

Sonuç: Palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetiminin önemi ve buna yönelik neler yapılabileceği tartışılmıştır.

Öneriler: Palyatif bakıma ihtiyaç duyan son dönem kanser hastalarında ağrı yönetimine yönelik yeni bakım hedefleri oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: “Ağrı”, “Ağrı Yönetimi”, “Palyatif Bakım” ve “Hemşirelik Bakımı”

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN PAIN MANAGEMENT OF PALLIATIVE CARE PATIENTS

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families who encounter life-threatening diseases. It is experienced pain 70 % of cancer patients at any stage and 80-90 % of these patient is inadequate treated. It has been reported that 90 % of patients taking palliative care experience pain.

Objective: The aim of review is to emphasize the importance of pain management in end - stage cancer patients who need palliative care and to present current information related subject reviewing the literature

Method: In the surveys, it was used by current articles in the databases of "google scholar, pubmed, EBSCO" using the keywords "Pain", "Pain Management", " Palliative Care " and " Nursing Care ".

Result: There are difficulties in both assessing and controlling pain. These barriers can be shown as insufficient assessment of pain, lack of information, reservations about narcotic dependence, patients hiding their symptoms, and lack of attention to symptom control.

Conclusion: The importance of pain management in end-stage cancer patients who need palliative care and what can be done for this purpose are discussed.

Suggestion: New care goals for pain management in end-stage cancer patients who need palliative care should be established.

Key words: "Pain", "Pain Management", " Palliative Care " and " Nursing Care ".

S-222 İSKEMİK KÖKENLİ KALP YETERSİZLİĞİNİN TIBBİ TEDAVİSİNDE ANJİYOTENSİN DÖNÜŞTÜRÜCÜ ENZİM İNHİBİTÖRÜ (ACEİ) İLE ACEİ VE ANJİYOTENSİN RESEPTÖR BLOKERİ (ARB) KOMBİNASYON TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ebru İpek Türkoğlu, Hüseyin Bozdemir, Serdar Payzın

Özet

Amaç: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), etkilerinin doz bağımlı olduğu ve etkinlikleri gösterilen dozların kullanılması gerektiği bilinmekte ama birçok hastada bu dozlara ulaşamamaktadır. Anjiyotensin reseptör blokerlerinin (ARB), ACEİ'ne üstünlüğü gösterilememiş olsa da düşük doz kombinasyonun, ACEİ ile karşılaştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmada tolere edilebilen en yüksek dozda ACEİ ve düşük doz ACEİ+ARB kombinasyonu alan iskemik KKY hastalarının 6 aylık takip periyodu boyunca ekokardiyografik parametreleri karşılaştırıldı.

Materyel-Metod: Çalışmaya sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) <%35, fonksiyonel sınıfı New York Kalp Cemiyetine (NYHA) göre 3-4 olan ve spironolaktonu tolere edemeyen iskemik kalp yetersizlikli (KY) hastalar alındı. Hastalar ACEİ (enalapril) ile düşük doz enalapril ve losartan kombinasyonu gruplarına ayrıldı. Her 2 grup 6 aylık süre boyunca 3 ayda bir ekokardiyografi ile takip edildi

Bulgular: Başlangıçta her 2 grupta benzer olan LVEF ($29.7\pm 5.6\%$ vs $27.2\pm 4.8\%$) izlemde her iki grupta da benzer şekilde artmıştı ($32.5\pm 5.0\%$ vs $33.6\pm 6.4\%$). Hiperpotasemi kombinasyon kolunda daha sık görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada NYHA 3-4 iskemik KY hastalarında hem enalapril hem de kombinasyon tedavisi, 6 ayın sonunda LVEF'da anlamlı düzelme ile birlikte bulundu..

Anahtar kelimeler: ACEİ, kombinasyon tedavisi, kalp yetersizliği

S- 223 AİLE MERKEZLİ BAKIM VE HEMŞİRELİK

Sedef Seval MEMİŞ

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım ÜnitesiUzman Hemşire

Özet

Çocuk, toplumun temel yapı taşı olan aile kurumu içinde yetişir, bilinçlenir ve topluma hazırlanır. İnsanın yaşamı boyunca aile ve aile bireyleri arasındaki ilişkileri sürekli olarak ve farklı boyutlarda devam eder. Hastaneye yatan çocuklarda da bu sürecin kesintiye uğramasının engellenmemesi önemlidir. Sağlıklı ya da hasta çocuğa bakım ve tedavi uygularken çocuk ailesinden ayrı bir birey olarak düşünülmemelidir.

Çocuk sağlığı hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak benimsenen aile merkezli bakım; çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediği bilgisi doğrultusunda, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Yani hemşire, çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik bakım verir.

Amerikan Pediatri Akademisi(AAP), Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgeleri' nde yer alan çocuk haklarına ilişkin maddeler de bu ilkeye paralellik göstermektedir.

Literatür incelendiğinde özellikle İngiltere, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş birçok ülkenin çocuk hastanelerinde çocuk ve ailelere aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda bakım verildiği, aile merkezli bakımın hastanelerin kurum politikası olarak kabul edildiği, yoğun bakım ve acil gibi kliniklerde bile aile merkezli bakım verildiği ve ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabilmeleri için gerekli fiziksel koşulların sağlandığı bilinmektedir.

Aile merkezli bakımın ülkemizdeki durumu incelendiğinde ise, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı ve hastanelerdeki uygulamalar arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir.

Literatüre bakıldığında Aile merkezli bakımın ilkelerine dayanan bakımın çocuk için çok fayda sağladığı görülmektedir. Aileler için bu durumun avantajı ve dezavantajları olduğu görülmektedir. Dezavantajları, çocuk veya ailenin hazır olduğundan daha fazla bilgi verilmesi ve ailenin yetersiz hissedebilmesi iken; Bakım verme becerilerini ve memnuniyetini yükselten, öz yeterlilik duygusunu arttıran, ailelerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan çocukların iyileşme sürecini arttıran bir bakım modeli olduğu söylenebilir.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

Pediatride "en iyi uygulama" olarak tanımlanırken pediatrik ortamda uygulanmasının düşük olduğu çalışmalarda görülmüştür. Bu nedenle hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte iş birliği yaparak aile merkezli bakımı uygulama konusunda gerekli, çalışmalara aktif olarak katılmaları ve aile merkezli bakım ilkelerini hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: aile merkezli bakım, çocuk, aile, çocuk sağlığı hemşireliği

S-224 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'INDA (KOAİ) PALYATİF VE YAŞAM SONU BAKIMI

Mehmet Uçar, Rukuye Aylaz

1 Muş Alparslan Üniversitesi, Varto Meslek Yüksekokulu, Muş/ Türkiye

2 İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya/ Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Hastaların çoğu için KOAİ'nin en son tedavisi semptomları rahatlatmak ya da yatıştırmaktır; semptomlar büyük ölçüde yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Bu olguda en önemli noktalar: Hasta-sağlık ekibi iletişimi ve prognoz tahmininde belirsiz kalınmasıdır. Bu derlemenin amacı KOAİ'li hastalar ve yaşam sonu bakımı hakkında bilgi vermektir.

Yöntem: Konuyla alakalı veritabanlarından KOAİ, palyatif bakım, yaşam sonu bakım anahtar kelimeleri girilerek 2009 - 2019 yılları arasındaki makaleler incelenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Hastalar ve yakınları genellikle şiddetli KOAİ'nin ilerleyici ve terminal bir hastalık olduğunu anlayamazlar. Bakımın kalitesini etkileyebilen iki alan göze çarpar: Birincisi KOAİ'li hastalar için yaygın sorun olan endişe ve depresyonun rolü, ikincisi ise ileri bakım planlarının önemidir. Palyatif ve yaşam sonu bakımının gelişmesi için iletişim önemlidir.

Anahtar Kelimeler: KOAİ, palyatif bakım, yaşam sonu bakımı, iletişim

S-225 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN DUYARLILIKLARI İLE İYİ ÖLÜM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ

Hilal YILDIRIM* Neslihan SÖYLEMEZ** Ela KARACA** Merve ACUN **

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Dr. Arş. Gör

**İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Lisans Öğrencisi

ÖZET

Giriş: Ölüme karşı verilen tepkiler toplumda yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, kültür, inanç sistemi, yaş ve gelişimsel seviye, bireysel değerler ve duyarlılık düzeylerinden etkilenebilir. Bireyler ölüm hakkında aynı düşüncelere sahip değildir, dolayısıyla ölüm kavramı kişiden kişiye göre değişiklik gösterebilir.

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı lisans birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin duyarlılık düzeylerini değerlendirmek, iyi ölüm hakkındaki düşüncelerini belirlemek ve duyarlılık ile ölüm hakkındaki düşünceler arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma 2018-2019 eğitim öğretim yılında bir üniversitenin lisans birinci sınıf hemşirelik öğrencileri (n=232) ile yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, İyi Ölüm Ölçeği ve Duyarlılık Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, ANOVA ve korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 20.02 ± 0.12 olan öğrencilerin % 59.9 kadındır. Öğrencilerin % 49.6'sı hemşirelik mesleğini biraz sevdiğini ifade ederken, % 30.2'si hayatları boyunca ölümünden etkilendikleri bir yakınlarının olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları 52.55 ± 10.62 , duyarlılık puan ortalamaları 53.24 ± 7.64 olarak belirlendi. Öğrencilerin iyi ölüm ve duyarlılık toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Kadın öğrencilerin ölüme ilişkin daha olumlu düşüncelerinin olduğu ve duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). Mesleği sevme ile iyi ölüm puanlarını olumlu yönde etkilediği saptanırken, ölümünden etkilendikleri birinin varlığı ölçek puanları üzerinde etkili olmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin duyarlılık düzeyleri arttıkça iyi ölüme dair düşüncelerinin de arttığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: empati, hemşirelik, manevi bakım.

S-226 PALYATİF BAKIM VE DAHİLİ KLİNİKTE YATMAKTA OLAN YAŞLI HASTA YAKINLARININ BAKIM SÜRECİNDE DİNİ BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

MÜJDE KERKEZ, BEHİCE ERCİ

ÖZET

Yaşlılık, bireyin fiziksel gücünün azaldığı, tüketimin arttığı, iş kayıplarının yaşandığı, bağımlılığının ve kaza riskinin arttığı, yeti yitiminin arttığı, dış çevreye uyumunun azaldığı, immün sistemin yetersizliğinden dolayı birçok hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı, genel olarak “organizmanın geri dönüşü olmayacak şekilde işlevlerinin bozulması” olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık, hem sağlık sistemini hem de sosyal, ekonomik sistemleri ilgilendiren multidisipliner hizmeti gerektiren bir toplum sağlığı sorunudur. İnsan ömrünün ve hastalıklardan sağ kalım sürelerinin uzaması sonucu bakım ihtiyacı duyan birey sayısı artmış bulunmaktadır. Bu gelişmeler sonucunda bakım ve bakım veren kavramının önemi artmıştır.

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ nde palyatif bakım ve dahili klinikte yatmakta olan yaşlı hasta yakınlarının bakım sürecinde dini başa çıkma stratejileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı çalışmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden sözel onamı alınan 69 kişi oluşturmuştur. Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik programı kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalamasının 45.42 ± 11.10 (25-70 yaş), %66.7’ sinin kadın, %66.7’ sinin evli, %71.0’ inin çocuk sahibi olduğu, %26.1’ inin hastanın kızı, %76.8’ inin hastayla birlikte yaşadığı, %33.3’ ünün bakım sürecinin 3-6 saati aldığı, %53.7’ si en çok fizyolojik ihtiyaçları karşılarken zorlandığı belirlenmiştir. Dini başa çıkma tarzları toplam puan ortalamaları 2.2 ± 0.5 , DSÖ yaşam kalitesi puan ortalamaları 80.36 ± 13.76 belirlenmiştir. Bakım vericilerin, Yaşam Kalitesi Toplam Puanı İle Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları Toplam Puanı ($r = -.255$, $p < .034$), Sosyal Alan Alt Boyut Puanı İle Dini Başa Çıkma Tarzları Toplam Puanı ($r = -.331$, $p < .005$), Sosyal Alan Alt Puanı İle Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzları Alt Puanı Sırasıyla ($r = -.239$, $p < .048$; $r = -.287$, $p < .017$), Çevresel Alan Alt Puanı İle Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları Alt Puanı ($r = -.331$, $p < .005$) arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, bakım vericilerin; çoğunlukla orta yaş, evli ve hastanın kız çocuğu olduğu, bakım vericilerin büyük çoğunluğunun bakım sorumluluğunu tek başına yerine getirdiği, ve bakım verdiği bireyin gereksinimini tam olarak karşılayamadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerinin yaşları arttıkça yaşam kalitesi puanları azalmaktadır. İnfomal bakım vericilerin yaşadıkları güçlüklerin geçerli,

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

güncel ölçme araçları kullanılarak somutlaştırılması ve gerekli hemşirelik girişimlerinin yapılması, danışmanlık hizmeti ve gelir dengelerini sağlama hususunda destek alması, bakım verenlerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi, kadının aile içi sorumluluklarının azaltılması, çocuk bakımı, yaşlı, hasta bakımı gibi görevlerin aile üyeleri arasında paylaşılması, kadınların iş ve aile süreçlerindeki yükünün hafifletilmesi önerilmektedir.

S-227 KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTA GRUBUNDA İLAÇ UYUMU YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLİYOR MU?

Fatma BOĞAN¹, Medet KORKMAZ²

1) Gaziantep Üniversitesi, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi

2) İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya / Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Kronik kalp yetersizliği; akut alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Miyokartta meydana gelen yıkım geri dönüşümsüz olup, gelişen fonksiyon kaybı bir hayat boyu devam eder. Çalışmamız kalp yetersizliği olan hastaların tedaviye uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmamızın evrenini, Gaziantep ilinde yer alan iki Üniversite Hastanesinin Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Kliniğinde, Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Kronik Kalp Yetersizliği (KKY) nedeniyle tedavi gören hastalar, örneklemini ise kabul kriterlerini karşılayan 100 KKY hastası oluşturmuştur. Çalışma verilerinin elde edilmesinde; Hasta Tanıtım Formu, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanamamıştır. Medeni durum ve çalışma durumunun ilaç uyumu ve yaşam kalitesi anketi skorlarını etkilemediği görülmüştür. Erkek cinsiyetin yaşam kalitesi skorları kadınlara göre daha yüksek iken, ilaç uyumu ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. İlaç uyum ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında da ilişki bulunamamışken, eğitim düzeyinin düşük olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile ilaç uyum ölçeği skorları arasında ilişki bulunamamışken, obezlerin fiziksel alt boyutta yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi düşmekte iken, ilaç uyumu değişmemektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmanın sonunda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İleri düzey KKY hastalarının ilaç uyumlarının hastalar ile ilgilenen bakıcılarına bağımlı olduğu düşünülmektedir. İlaç uyumu ile ilgili olarak bu hastalar ile birinci dereceden sorumlu bireyleri kapsayan çalışmaların yapılması önerilir. Kalp yetersizliği olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması ve ileri düzey kalp yetersizliği olan hastaların tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olması nedeniyle bu sorumluluğu üstlenmek üzere evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir. **Anahtar kelimeler:** İlaç Uyumu; Yaşam kalitesi, Kalp Yet

S-228 PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN DEMANSLI BİR BİREYİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR OLGU SUNUMU

Seval Ağaçdiken Alkan¹, Cansev Bal¹, Zeynep Sağlam¹, Tuğba Kavalalı Erdoğan¹, Zeliha Koç¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/ Türkiye

ÖZET

Demans tek bir hastalığa verilen isim olmayıp, bellek ve benzeri zihinsel yeteneklerin bozukluğu ile karakterize hastalıklara verilen genel bir addır. Demans yaşlanan tüm bireylerde mutlak gelişen bir durum olmamakla birlikte, demansa ilişkin hastalıkların tümünde bir takım değişikliklere bağlı olarak hastalıklara özgü bulgular ortaya çıkabilmektedir. Demanslı bireyler genellikle hastalığın ilerleyen evrelerinde uzun süreli bakım ve tedaviye ihtiyaç duyabilmektedir. Hasta ve ailesinin ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımı, çoğu zaman uzun süreli bakım merkezlerinde ve hastanelerde karşılanmaktadır. Günümüzde özellikle palyatif bakım ünitelerinde demanslı bireylerin yaşadıkları semptomlar etkin bir şekilde yönetilerek kaliteli bir bakım sunulmaktadır. Bu olgu sunumunda demans tanısı alarak bir devlet hastanesinin palyatif bakım ünitesinde tedavi gören bir hasta Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda değerlendirilmiş ve NANDA-I doğrultusunda hemşirelik tanılaması yapılmıştır. Yapılan değerlendirme doğrultusunda bireyde doku bütünlüğünde bozulma, düşme riski, etkisiz hava yolu açıklığı, oral mukoz membranda bozulma, üriner boşaltımda bozulma ve özbakım eksikliği sendromuna yönelik bakım gereksinimleri belirlenerek uygun hemşirelik girişimleri planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Demans, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, Palyatif bakım

NURSING CARE OF AN INDIVIDUAL WITH DEMENTIA UNDER TREATMENT IN THE PALLIATIVE CARE UNIT IN LINE WITH THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL: A CASE REPORT

ABSTRACT

Dementia is not a name given to a single disease, it is a general name given to diseases characterized by impaired memory and similar mental abilities. Although dementia is not an absolute condition in all the aging individuals, disease-specific findings may arise due to several changes in all the diseases related to dementia. Individuals with dementia usually need long-term care and treatment in the later stages of the disease. The nursing care needed by the patient and his/her family is often met in long-term care centers and hospitals. Today, especially in palliative care units, the symptoms experienced by the individuals with dementia are managed effectively and quality care is provided. In this case report, a patient who was diagnosed with dementia and treated in a palliative care unit of a state hospital was evaluated in accordance with the Activities of Daily Living Model and had nursing diagnosis according to NANDA-I. Upon the evaluation, appropriate nursing interventions were planned by determining the care needs of the individual for disruption in tissue integrity, risk of falling, ineffective airway patency, deterioration of oral mucous membrane, deterioration of urinary excretion and self-care deficit syndrome.

1650

Keywords: Dementia, Activities of Daily Living Model, Palliative care

POSTER BİLDİRİLER

P-1 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ YOĞUN BAKIMDAKİ HASTALARIN BASI YARALARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem YAR1, Özden OMCA ÇALIŞKAN1, Dilek MEMİŞ2, M.Turan İNAL2

1. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yara Bakım Hemşiresi, Edirne/Türkiye
2. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Yoğun Bakım, Edirne/Türkiye

Özet

Giriş ve Amaç: Yoğun bakımda uzun süreli takip edilen hastalarda, hemodinaminin stabil olmayışı, uzun ventilasyon süresi ve sıklıkla enfeksiyon gelişmesinden dolayı basınç yarası oluşmaktadır. Bu çalışmada yoğun bakımda 3 aylık zaman zarfında basınç yaralarının retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan –Haziran 2019 tarihleri arasında anesteziyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan 129 hasta incelenmiştir. Bası yarası riski Norton skalası ile değerlendirilmiştir. (Norton skalasına göre 1-11 puan yüksek riskli, 12 puan ve üstü risk yok kabul edilmektedir.)

Bulgular: Yoğun bakımdaki 129 hastadan 19 hastada basınç yarası gözlenmiştir. Bası yarası gerçekleşen hastaların 6'sı kadın 13'ü erkektir. Basınç yarası gelişen hastaların ortalama yatış süresi 52,5 günken, basınç yarası gelişmeyenlerin ortalama yatış süresi 4,6 gündür. Basınç yarası gelişen hastaların 12'si ex olmuştur. Hastaların basınç yarasına göre evrelendirilmesi ; Evre 1, Evre 2, Evre 3, Evre 4, Evrelendirilemeyen evre, derin doku hasarı, tıbbi cihaza bağlı basınç yaralanması, mukoz membran yaralanması şeklindedir (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların Basınç Yarasına Göre Evrelendirilmesi

Basınç Yarası Evresi	Hasta Sayısı
Evre 1	1
Evre 2	13
Evre 3	görülmedi
Evre 4	görülmedi
Derin doku hasarı	4
Evrelendirilemeyen Evre	1
Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yaralanması	görülmedi
Mukoz Membran Hasarına Bağlı Basınç Yaralanması	görülmedi

Sonuç: Yoğun bakım sürecinde uzun süreli yatışa bağlı olarak basınç yaralanmalarında artma gözlemlenmektedir. Bu durum mortalite de ve morbidite de ciddi artışa neden olmakta olup basınç yaralanmalarının erken teşhis edilmesini ve erkenden sıkı takibi yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Basınç yarası, Evrelendirme, yatış süresi.

P-2 PALYATİF BAKIM ÜNİTEMİZDE PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ UYGULANAN GERİATRİK HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Retrospective Analysis of Geriatric Patients Undergoing Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Our Palliative Care Unit

Ökkeş Hakan Miniksar¹, Ahmet Aydın²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, Yozgat/Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Malatya/Türkiye

Özet

Giriş: Perkütanöz endoskopik gastrostomi, sıklıkla beslenme problemi olan ve 4-6 haftadan uzun süreli enteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalarda, malnütrisyonun önlenmesi için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Biz bu çalışmada oral alımı yetersiz olan ve enteral beslenmelerini PEG ile gerçekleştirdiğimiz yaşlı hastalarımızda yapılan takiplerimizi inceleyerek sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesi PBM’de Ocak 2016-Aralık 2018 tarihleri arasında PEG uygulanan 75 yaş üzeri 30 geriatric hastaların klinik sonuçlarını inceledik. Bu hastaların demografik verileri, primer tanıları, işlem öncesi beslenme türleri, işlemin gerçekleşme gün süresi, girişim sonrası komplikasyonlar, YBÜ’de kalış süreleri, taburculuk durumu ve mortalitesi retrospektif olarak incelendi. Veriler hasta dosyalarından ve hastane bilgi yönetim sisteminden elde edildi. Sonuçlar yüzde olarak verildi.

Bulgular: 20 kadın ve 10 erkek olmak üzere toplam 30 hastaya PEG işlemi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 79.7±4 yıl bulundu. Primer hastalık olarak alzheimer 12 (%40), SVO 8 (%26.6), parkinson 4 (%13.3), malignite 4 (%13.3), KOAH 1 (%3.3) ve beyin tümörü 1 (%3.3) hastada bulunduğu tespit edildi. PEG işlemi öncesi beslenme türü NG 18 hastada, TPN 8 hastada ve NG+TPN 4 hastada idi. PEG işlemi süresi hastaların yatışlarının ort 16.4±10 gününde olmuştur. Olguların çoğuna işlem yatak başında lokal anestezi ile sedasyon altında yapıldı. Bir hasta endoskopi ünitesinde işlem esnasında solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı, yoğun bakıma yatırıldı ve hastaya bir gün sonra cerrahi gastrostomi uygulandı. İki olguda PEG etrafında ciltte hiperemi, lokal ısı artışı ile yüzeysel sellülit gelişti. Bu iki hastada beslemeye ara verilip, antibiyotik tedavisi sonucunda iyileşme sağlandı. İki hastada kateterde tıkanma, 4 hastada kateter kenarından sızdırma oldu ve 2 hastada kateterin hasta tarafından çekilmesi gerçekleşti. Bu hastalarda kateter çıkarıldı ve bir hafta içerisinde yenilendi. İki hastada

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

oral alımın yeterli hale gelmesi üzerine kateter çıkarıldı. Yedi hastada primer hastalıkları nedeniyle eksitus gerçekleşti. Bu hastaların işlem sonrası yaşam süreleri ort 29.5 gün olduğu saptandı (9-78). Tüm hastaların ünitemizde ort yatış sürelerinin 43 gün (13-102) olduğu belirlendi.

Sonuç: PEG hayatı tehdit eden komplikasyonlara nadiren neden olsa da; minimal invaziv bir yöntem olması, kolay uygulanması ve beslenme için devamlı kullanım imkanı sağlaması nedeniyle yaşlı hastalarda enteral beslenmede tercih edilebilir bir yöntemdir. Hastalarımızın hiçbirinde PEG işlemine bağlı mortalite görülmedi fakat literatür ile karşılaştırıldığında komplikasyon oranının yüksek olduğunu belirlendi. Yutma güçlüğü bulunan ve uzun süreli oral beslenemeyeceği düşünülen yaşlı hastalarda, deneyimli klinisyenler tarafından PEG katateri yerleştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Perkütan endoskopik gastrotomi, geriatri, palyatif bakım

P-3 KAKULE'NİN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Esra Fidan¹, Burcu Çavdar²

¹Konya Numune Hastanesi, Nutrisyon Birimi, Konya.

²Tokat Devlet Hastanesi, Diyet Polikliniği, Tokat.

Küreselleşen dünyada artan insan popülasyonu sonucu besin gereksiniminin artışı hızlı-hazır besin üretimini bir sektör haline getirmiştir. Fast-food ürünlerin hazırlanış şekilleri, çevresel ajanlar ve kimyasallara maruziyet gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkan serbest radikaller ve reaktif oksijen türleri(ROT) türleri fizyolojik stresin artışına ve beraberinde obezite, diyabet, kardiyovasüler hastalıklar gibi kronik hastalıkların artışına neden olmaktadır. Kronik hastalıkların hızla artışı sağlık otorlerinin, bu hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere, içerdikleri fitokimyasallar sayesinde serbest radikalleri temizleyerek oksidatif stresi azaltmadaki ve inflamasyonu önlemedeki potansiyellerinden dolayı, çeşitli baharatları araştırmasına ve değerlendirmesine neden olmuştur.

Elettaria Cardamomum (Kakule) ; Arap ülkelerinde “Hab-u Hel” olarak, Çin’ de ise ‘Heel Khurd’ olarak bilinir. Bitkinin dünya genelinde vanilya ve safrandan sonra en değerli baharat olduğu bilinmektedir. Kakule 3000 yıllık geçmişe sahip olan tropik ve subtropik ülkelerde yetişmekte olan zingibareceae(zencefilgiller) familyasına ait, kendine has tat ve kokusu olan aromatik bir baharattır. Büyük yapraklı, beyaz çiçekli 2-4 m boylu, bir bitkidir. Meyveleri oval, üç köşeli, sarı-yeşil kapsüllüdür. Her meyvede kırmızımsı siyah, köşeli, 15-20 adet tohum bulunur. Baharat üretiminde kullanılan tohumlar tatlımsı, aromatik ve keskin bir kokuya sahiptir. Baharatların kraliçesi olarak da anılan kakule Yakın Doğu ülkelerinde toz halinde çaya-kahveye karıştırılarak kullanılmaktadır. Bitkinin tohumları ülkemizde ise besin sanayinde ekmek, bisküvi, kurabiye, turşu, içki ve bazı yemeklerin yapımında kullanılmaktadır.

Yüzyıllardır kakule bitkisinin yaprak, tohum, kabuk, kök ve çiçek gibi bölgeleri geleneksel olarak Ayurvedik-Unani ve Çin tıbbında gastrointestinal sistem hastalıkları (iştah kaybı, bulantı vb.), astım, zehirlenmelerde, epilepsi, hiperstansiyon hastalıklarında tedavi amaçlı kullanıldığı bilinmektedir. Kakule, yakın zamanda Almanya Sağlık Bakanlığı tarafından da sindirim problemleri tedavisinde etkin olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Son dönemde ise tüm dünyada kakulenin hastalıklar üzerindeki etki mekanizması araştırılmaya başlanmıştır. Kakulenin ethano-farmakolojik yapısını ve fitokimyasal karakterizasyonunu saptamak için yapılan çalışmalarda; antioksidan, antikanser, anti-inflamatuvar, antibakteriyel, antifungal, antiproliferatif, antidiyabetik ve antiviral gibi çeşitli biyolojik etkileri olan 1,8-cineole, α -terpinyl acetate gibi majör metabolitleri, β -sitostenone ve γ -sitosteroller , limonen ve bir çok minor

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

metabolitleri içerdiği belirlenmiştir. Buna ek olarak antioksidan etkileri kanıtlanmış flavonoller (quarsetin, kaempferol), falavon (luteolin) ve nükleer factor κB (NF- κB) supresörü olan antosiyanidin (pelarnogidin) gibi birçok polifenolik bileşikler de içerir.

İnsülin sekresyonunda, insülin direncinde, lipid, glikoz ve enerji metabolizmasında, enflamatuar süreçte, kardiyovasküler, böbrek ve non-alkolik yağlı karaciğer(NAYK) hastalıklarında, mitokondriyal ve fizyolojik fonksiyonlarda ve kilo kaybında önemli rol oynamaktadır. Bu etkilerin gerçekleşmesinde rol oynayan maddelerden biri içeriğindeki flavonollerden biri olan Quersetindir. Quersetin, sessiz bilgi düzenleyici proteinlerden (insanlarda histon deasetilaz-III olarak bilinen) Sirt1 in deasetilasyon etkisini 46 kat artırarak süperoksit dismutaz (SOD) ve katalaz da dahil olmak üzere antioksidan enzimleri aktive ederek oksidatif stresi azaltır. Ayrıca Sirt1 aktivasyonunun artışı, PPAR- γ koaktivatörü-1 alfa (PGC-1 α) artırarak NF- κB yi baskılar, bu durumda inflamatuvar sitokinleri inhibe ederek insülin duyarlılığını düzenler.

Bir diğer etken ise kakule içeriğinin %36'sını oluşturan 1,8- scineole metabolitidir. Bu metabolitin bilinen etkileri arasında apoptozun artışı; sitokinler, nitrik oksit, lökotenler, interlökin-1 β , TNF- α , indüklenbilir-nitrik oksit sentaz (İNOS), siklooksijenaz-2 ve prostaglandinlerin baskılanması; karaciğer nekrozunun, vazodilatasyonun, muskarinik reseptör blokajının ve antikolinerjik etkinin azalması da vardır.

1655

Son yıllarda tüketiciler doğal, fazla işlem görmemiş, en az seviyede kimyasal koruyucu içeren besinlerle beslenmek ve toksik olmayan tedavi yöntemleri kullanarak yaşamlarını sağlıklı sürdürmek istemektedirler. Bu nedenle bitkilerden gelen şifanın göz ardı edilmemesi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının ve araştırmalarının birlikte yürütülmesi fayda doğuracaktır.

PALYATİF PALLIATIVE
ULUSLARARASI INTERNATIONAL
BAKIM CARE
KONGRESİ CONGRES

1656

